



MAYÚLI AVILA PÉREZ

**ATENÇÃO AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA PARA EVITAR
GRAVIDEZ PRECOCE**

PORTO ALEGRE-RS

2017



MAYÚLI AVILA PÉREZ

**ATENÇÃO AOS ADOLESCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA PARA EVITAR
GRAVIDEZ PRECOCE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Cynthia Ramos

PORTO ALEGRE-RS

2017

RESUMO

A atividade sexual, na adolescência, inicia-se cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas, como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez, muitas vezes também indesejável, e que, por isso, pode terminar em abortamento. O problema da gravidez na adolescência não tem causa específica, mas é multi-determinada. Na Unidade de Saúde Santa Maria onde trabalho foi identificado a gravidez precoce como um dos principais problemas, sendo este o tema do trabalho de conclusão, a necessidade de diminuir este indicador foi a principal ideia do atual portfólio. Primeiramente mostramos as características principais do município e da Unidade, para posteriormente avaliar um caso clínico de uma gestante adolescente mostrando todos os procedimentos realizados numa consulta como parte de nosso trabalho com o pré-natal. Numa segunda parte estabelecemos um conjunto de ações de promoção e prevenção todas elas relacionadas com a forma de evitar a gravidez na adolescência e as indicações para um pré-natal saudável e sem riscos. Posteriormente se descreve uma visita domiciliar a uma família com uma idosa com doenças crônicas e uma gestante adolescente, com todas as atividades feitas durante a visita como parte da vinculação com a comunidade. Finalmente mostramos um projeto de intervenção educativa, que teve como cenário a comunidade da Unidade de Saúde Santa Maria do Bairro Rubem Berta, localizada no Município Porto Alegre, do Estado Rio Grande do Sul, no período Setembro 2016- Junho 2017 com o objetivo de reduzir a incidência de gravidez na adolescência, aumentando o conhecimento sobre o tema na população-alvo. Participaram do projeto uma amostra de 50 adolescentes de ambos os sexos, 40 do sexo feminino, e 10 do sexo masculino, incluindo na amostra feminina 20 adolescentes grávidas ou que já tiveram um filho.

Descritores: Atenção Primária, Complicações na Gravidez, Gravidez na Adolescência, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	17
4. VISITA DOMICILIAR	24
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO	37

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mayuli Avila Pérez. Sou médica Especialista em Medicina Geral Integral formada em Cuba no ano 2006, na Faculdade de Ciências Médicas de Ciego de Avila, do ISCM de Camaguey, desde esse momento trabalho na Atenção Básica, como médica de família. Com este perfil trabalhei na Venezuela durante três anos. Cheguei ao Brasil em Novembro do 2015 para formar parte do Programa Mais Médicos para o Brasil e comecei a trabalhar na cidade de Porto Alegre, capital do Estado Rio Grande do Sul, iniciando em junho de 2016 o Curso de Especialização em Saúde da Família.

Desde minha chegada atuo na Unidade de Saúde Santa Maria, do Bairro Rubem Berta pertencente à Gerência Distrital Norte – Eixo Baltazar. atendendo os moradores da Vila Amazônia, Jardim da Amizade e Vila Santa Maria, com um total de 4700 pessoas cadastradas, em 1370 famílias. As casas da região são de alvenaria (feitas de tijolos, cimento e areia) e casas de madeira, trata-se de uma população pobre de escassos recursos, com invasões e várias casas de aluguel. As vivendas têm água tratada que chega pelas torneiras. O lixo é recolhido três vezes por semana nesta área, contam sistema de esgoto. É uma região violenta.

Não conta com muitas estruturas comunitárias só uma creche, "Meu Dengo", perto da Unidade onde realizamos trabalho educativo. Quanto à infraestrutura, a unidade apresenta: sala de sinais vitais, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de grupos/reuniões, sala de curativos, sala de limpeza e esterilização de materiais (área limpa e área suja), cozinha, sala de armários e limpeza, quatro banheiros (um para funcionários, um para pacientes no consultório, dois para pacientes em sala de espera), três consultórios de medicina/enfermagem, almoxarifado, recepção e farmácia. O estacionamento localiza-se na área lateral à unidade, e os resíduos são armazenados em dois armários localizados na área externa, atrás da unidade.

A unidade possui duas equipes de Saúde da Família (ESF), que totalizam duas enfermeiras, duas médicas, três técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um zelador e uma auxiliar de limpeza. Não contamos com odontologista. As consultas agendadas incluem pré-natal, pré-nenê, HIPERDIA (hipertensos e

diabéticos), saúde mental, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher e outras demandas. Além disso, há visitas domiciliares, realização de coleta de exame citopatológico; testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites e o aconselhamento pré e pós teste; distribuição de medicamentos e materiais especiais (e.g. dietas enterais, sondas, cateteres, etc.); realização de curativos e outros procedimentos (e.g. aplicação de medicamentos), vacinação e esterilização de materiais.

Dentro das principais demandas atendidas nas consultas temos as Doenças Crônicas não Transmissíveis, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Asma, Saúde Mental, como temos exposto, mas na demanda espontânea são mais comuns as Doenças respiratórias e digestivas fundamentalmente. Trabalhamos segundo os princípios da Atenção Básica e damos vital importância às atividades de promoção e prevenção. Atualmente formados diversos grupos para este trabalho o Grupo de Convivência, o Grupo de Asma, Roda Materna, Grupo de Caminhadas, Tabagismo e Grupo de Faltosos são mantidos na Unidade.

A nossa chegada identificamos vários problemas na comunidade dentro de eles encontramos um alto índice de gravidez na adolescência onde nos últimos três anos a prevalência é estimada numa média de 13 casos por ano representando um 18 % do total das grávidas. Pelo que decidimos iniciar um trabalho educativo para diminuir este índice. Assim se justifica o tema para meu Trabalho de conclusão do curso, sobre ações de tipo educativo que ajudem a diminuir a gravidez na adolescência. Assim mesmo instauramos nosso projeto de intervenção (Encontra –se nos Anexos) com o desenvolvimento de uma intervenção comunitária para adolescentes do território e melhorar o conhecimento sobre o tema abrindo um caminho para futuras intervenções que melhorem a modificação de estilo de vida e redução da gravidez precoce na comunidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Cada dia em nossa prática médica recebemos casos que fazem demonstrar nossas habilidades como profissionais e como seres humanos sensíveis. Ao chegar ao Brasil encontramos casos muito similares aos tratados em outros países, mas também encontramos doenças diferentes, e fundamentalmente alta prevalência e incidência de situações que são muito susceptíveis para o paciente de maneira individual e para às famílias em geral, sobre uma dessas situações trata-se nosso caso, os nomes simplesmente com iniciais preservando a confidencialidade do paciente.

UBS SANTA MARIA ANAMNESE

Identificação Nome: ARH Idade: 14 anos Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio incompleto Religião: Sem religião

Estado civil: Solteira Profissão: Estudante

Naturalidade: Porto Alegre / RS Residência Atual: Porto Alegre

QUEIXA PRINCIPAL: Vômitos e dor abdominal

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL: Acolhimento (15/12/2016): Chega na Unidade EHD, feminina de 60 anos de idade acompanhando a sua neta ARH feminina de 13 anos de idade neste momento, pois a adolescente começou há dois dias com mal estar geral, vômitos e dor abdominal. Relata a avó que a menina está muito triste, isolada, não quer conversar em casa, acha que porque sua filha, mãe da menina (ARH), não deixou que ela fosse numa festa há 15 dias; passa no acolhimento com a enfermagem que depois de avaliar passa para atendimento médico.

1ª Consulta Médica (15/12/2016) Paciente adolescente ARH de 13 anos, não coopera no interrogatório, repeti o mesmo relato dos sintomas apresentados pela avó no acolhimento, sinalando que a dor abdominal é baixo ventre, com azia, senti-se muito cansada, com sono. Avó relata que quase não come e acha que pode ser anemia. Questiono sobre o ciclo menstrual declarando que sua DUM foi no início do

mês anterior exatamente o dia 2 de novembro de 2016. Negando uso de anticoncepcional e declarando que teve relações com seu namorado de 15 anos, mas que a camisinha se estourou. Avó fica irritada, pois a mãe com os problemas depressivos que tem desde há 4 anos quando perdeu um filho e se separou do esposo, voltou - se muito permissiva e foi quem permitiu ter esse namorado. Imediatamente indico teste de gravidez (HCG) em urina feito na hora com resultado positivo. A paciente referiu que tinha medo da reação de sua mãe e começou a chorar, deprimida e assustada.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Perda de apetito, mal estar geral, cansaço marcado, sono.
Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas.

Tórax: Nega tosse, dificuldade respiratória, coriza, ou dor torácico. Abdome: Presença de vômitos, azia, nega diarreias.

Sistema Geniturinário: Retraso menstrual de duas semanas, dor baixo ventre, nega disúria, nega corrimento vaginal.

Sistema endócrino: nega alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações; Sistema nervoso: Triste, chorosa, assustada, isolada.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Fisiológicos: Nascida de parto normal, a termo, é a primeira filha, não tem irmãos (o irmão faleceu no parto há 4 anos)

Menarca: 11 anos, Sexarca: 12 anos. História Obstétrica: G1 P0 C0 A0.

Anticoncepcionais: Uso de anticoncepcional de barreira, Camisinha

Antecedentes Patológicos: Doenças da infância: (Varicela) Sem antecedentes de doenças crônicas.

Antecedente Cirúrgico: sem histórico de cirurgias.

Alergia a medicamentos: Sem histórico de alergia a medicamentos. Nega outras alergias.

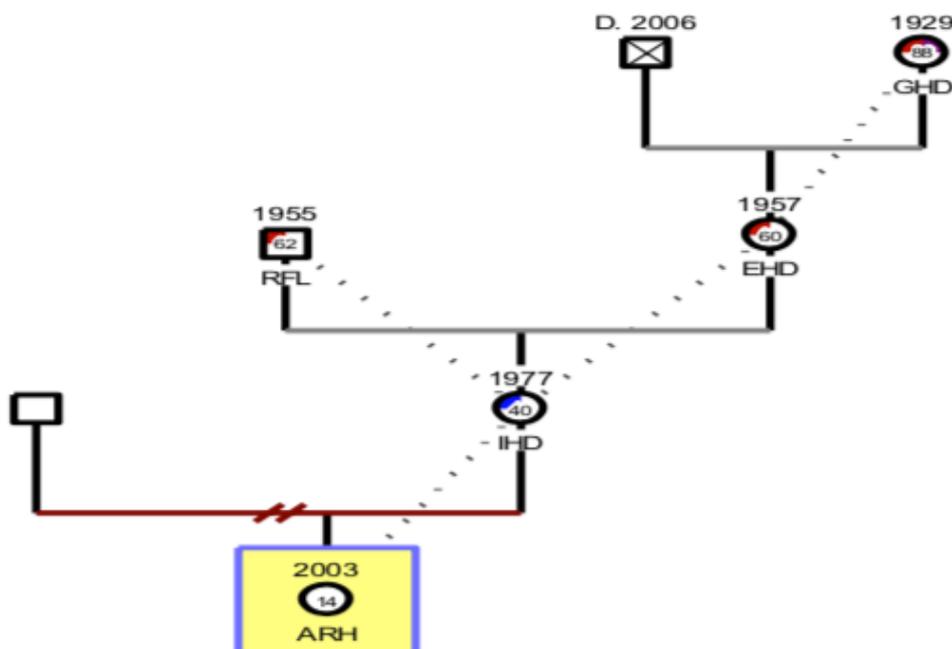
Medicamentos em uso: Não toma medicações.

Antecedentes Familiares: Mora com bisavó, avó materna, avo materno e a mãe.

Dados de Interesse Familiar: Bisavó GHD idosa, feminina, de 88 anos com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, viúva, controlada no posto de saúde. Avó EHD, feminina, de 60 anos de idade, hipertensa, descompensada, pois não cuida da dieta, nem toma as medicações, segundo relata por não ter tempo.

Avô RFL masculino, de 62 anos hipertensos, com abandono de seu tratamento. Mãe da adolescente, IHD, feminina, de 40 anos, em acompanhamento de saúde mental, estável com as medicações o quadro começou há 4 anos depois de perder um filho durante o parto e imediatamente depois seu esposo decidiu terminar a relação. Pai vivo sem vínculo com ela.

GENOGRAMA: (Nomes fictícios)



Condições de Vida:

Alimentação: Predominantemente carboidrato, acostuma a fazer lanches, poucas frutas e verduras.

Habitação: Morando com bisavó, avó materna, avô materno, mãe

Vive em uma casa de madeira e alvenaria, com 3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, água encanada.

Atividades físicas: Próprias da sua idade.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas.

Condições socioeconômicas: Baixa renda familiar, entrada de dois salários na casa.

Vida sentimental: Tem um namorado, não tem pensado no matrimônio.

EXAME FÍSICO

Somatoscopia: Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, fácies triste, fala e linguagem normal, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa normocoradas, anictérica, acianótica, bem hidratada, afebril.

Sinais Vitais: Temperatura: 36°C PA: 100x70 mmHg FC: 80 bpm

FR: 18 irpm

Medidas Antropométricas: Peso: 49 kg

Altura: 1,53 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 20,9 (Peso normal).

Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho normal.

Boca: de aspecto normal. Presença de cáries dentárias. Orofaringe: De aspecto normal, amígdalas normais.

Pele sem lesões Unhas: sem alterações Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações.
Percussão: sem alterações

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados. Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos. Mamas: sem alterações, nódulos, ou secreção anormal.

Abdome:

Inspeção: plano, impressiona aumento do volume do útero, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais

Palpação: útero aumentado de tamanho, ligeiramente doloroso na palpação em hipogástrio.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados. Sistema Nervoso: Sem alterações evidentes, consciente, orientada, com crítica da situação atual. Não sinais meníngeas.

Hipótese diagnóstica: Gestação Primeiro trimestre, IG por DUM +/- 6,1 semanas. Primeira consulta. Captação

Conduta: Inserida no SIS PRENATAL Fornecida a carteirinha de gestante.

Foram indicados exames complementares do primeiro trimestre (Hemograma Completo, IgG e IgM para Toxoplasmose, Glicose, EQU, Urocultura, Grupo ABO, Fator Rh, Testes rápidos para Sífilis, HIV e Hepatite

- Orientamos sobre vacinação, trazer carteirinha para verificar Orientamos sobre alimentação saudável
- Suplemento de ácido fólico durante o primeiro trimestre Indicamos ecografia obstétrica
- Fazemos a referência para odontologia dado que no posto não contamos com o serviço
- Coordenação da avaliação psicológica, no NASF.
- Realizado relatório ao conselho tutelar explicando as características sociais.

Foi informada devidamente a escola onde se garantiu manter vinculação escolar até o terceiro trimestre da gravidez e a continuidade dos mesmos depois do parto, fator decisivo que influiu muito gerando atitude positiva da adolescente, evitando assim deserção escolar. Foi dado nas orientações apoio psicológico ante o medo de que seu bebê morra como seu irmão explicando para ela que a morte não foi por doença, foi por uma complicação do parto, que o embarço na adolescência tem complicações, mas tendo um acompanhamento pode ser tão normal como em qualquer idade. Indicada a vir em reconsulta com os exames em 15 dias, acompanhada pela mãe.

EVOLUÇÃO

Segunda Consulta (28 de dezembro de 2016) Chega na consulta ARH, acompanhada pela mãe, com IG por DUM de 8 semanas, traz ecografia feita coincidindo com a IG. A mãe relata que a notícia foi difícil, mas que ela assume a sua responsabilidade, acha que se descuidou um pouco nos últimos anos achando que por dar todo para ela não passaria nada, mas que a saudade e depressão que ainda sofre pela morte de seu filho ajudaram a aceitar esta situação. Ela vai a apoiar em todo. Oferecemos marcar atendimento para a ela, pois tem já meses sem vir na consulta. Mostra exames feitos da gestante ARH com anemia leve o resto dos exames sem alterações. Exame físico sem alterações ganhou 1 Kg de peso, sinais vitais sem alterações.

A mãe relata que conversou com os pais do namorado que vai a assumir a responsabilidade e vai fazer os exames. Explicamos que as gestações nesta idade são muito frequentes, por causas diversas, mas que o aborto não deve ser nunca uma opção, que o importante é a comunicação e agora o apoio por parte de todos, envolver a família do pai de ser possível em todo, além de não ter renda econômica tem que ganhar em responsabilidade. Feitos na hora os testes rápidos todos não reagentes e coleta de Eletroforese de Hemoglobina. Segundo os exames Fator Rh positivo. Conduta: Indicamos Suplemento de Sulfato Ferroso 40 mg de ferro elementar 1 cp vo 2 x dia longe das refeições, tomar com suco de laranja ou bergamota; manter alimentação saudável, manter ácido fólico 5 mg 1 cp vo dia. Foram programadas com a equipe, visitas domiciliares mensais por tratar-se de uma gestação de risco.

Terceira Consulta (25 de janeiro de 2017) Gestante vem a consulta com a enfermagem, o namorado vem para fazer os teste rápidos. Hoje IG por DUM 12 semanas. A mãe de ARH vem mais tranquila, esta se alimentando bem, mas ainda um pouco triste com medo de enfrentar a gestação. Exame físico sem alterações, escutamos BCF perceptíveis, 148 bpm sem percepção ainda de movimentos fetais, a paciente ao escutar os BCF fica emocionada. Conduta: Orientamos começar a vir no Grupo de adolescentes para realizar atividades e participar nas palestras , tem no

grupo outras meninas com experiências do parto. Participar na Roda Materna onde vai a conhecer todos os aspetos relacionados com a gestação, parto e cuidados do bebê. Estimular seu desempenho como mãe. Manter o uso das medicações indicadas. Manter sua vinculação com a escola. Assistir na Consulta com Odontologista que ficou marcada. Manter alimentação saudável. Foi feita coordenação para acompanhamento no Pre- Natal de Alto Risco, mas sem deixar a vinculação com o posto.

Quarta Consulta (22 de fevereiro de 2017) Chega na consulta agora ARH mais animada, hoje IG por DUM 16 semanas , sentiu os primeiros movimentos, sabe que vai ser uma etapa difícil, mas senti se apoiada nos preparativos, tem participação nos grupos de adolescentes e gestantes. Continua na escola. Relata estar sem sintomas , nega sangramentos ou perdas vaginais, sem dor. Ao exame físico constatamos os BCF normais (150 bpm), AU 14 cm, MF positivos, resto do exame físico sem alterações, com ganancia de peso adequada. Conduta: Indicamos exames do segundo trimestre. Continuamos fortalecendo as orientações sobre os câmbios e mudanças fisiológicas durante a gestação. Orientamos trazer a Carteirinha de vacinas para avaliar. Manter o apoio familiar. Foi marcada a reconsulta com o NASF.

Até agora a gestação está sem problemas, mas sempre insistimos que a gestação na adolescência é uma situação de risco a considerar. Continuamos avaliando esta paciente que não é um caso isolado, e esperamos que o embaraço chegue ao termo sem complicações.

PLANO

- Manter as Visitas domiciliares mensais
- Manter o acompanhamento no Conselho Tutelar Manter Acompanhamento no grupo de NASF
- Manter a Vinculação nas Consultas de Alto Risco
- Manter as Consultas na Unidade de saúde Manter a Vinculação nos Grupos de apoio
- Continuar o seguimento estrito da gestação segundo o estabelecido no

Protocolo de Atenção.

A gravidez na adolescência consiste na gravidez de uma adolescente. Apesar de a Organização Mundial de Saúde considerar a adolescência como um período de dez a vinte anos na vida de um indivíduo, cada país especifica a idade em que seus cidadãos passam a ser considerados adultos (a chamada maioridade legal). Como fator fundamental para a ocorrência da gravidez, está a ocorrência da menarca, o primeiro período menstrual, que ocorre próximo aos 10, 15 anos, embora este valor varie de acordo com a etnia (São Paulo, 2010) e o peso. A média de idade da ocorrência da menarca tem diminuído com o passar dos anos.

A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Uma jovem de 14 anos, por exemplo, não está preparada mentalmente para cuidar de um bebê, muito menos de uma família. Entretanto, o seu organismo já está preparado para prosseguir com a gestação, já que, a partir do momento da menstruação, a maturidade sexual já está estabelecida. Outra polêmica é o de mães solteiras: por serem muito jovens, os rapazes e as moças não assumem um compromisso sério e, na maioria dos casos, quando surge a gravidez, um dos dois abandona a relação sem se importar com as consequências. Este é apenas um dos motivos que fazem crescer, consideravelmente a cada ano, o número de pais e mães jovens e solteiros. (Brandon, Monica, 2011)

A gravidez na adolescência está associada a um aumento dos riscos médicos (anemia, desnutrição gravidez, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, aumento de mortalidade perinatal, etc.), problemas psicológicos na mãe (depressão pós- parto, baixa auto-estima, ruptura do projeto de vida) e uma série de desvantagens sociais (baixo nível de escolaridade, abandono, desemprego, aumento da frequência de abuso e negligência infantil, entre outros) (ELIAS GARCIA 2009). Algumas complicações são mais comuns nesta idade, como as doenças hipertensivas da gravidez, se não tratada pode levar à eclampsia, muitas vezes fatal. Existem vários autores que sugerem que tanto distócia como as taxas de cesariana são mais elevadas neste grupo tão jovem, ele é associado frequentemente com desproporção

cefálio pélvico e as distócia do canal de parto, também as adolescentes não atingem o pleno crescimento e desenvolvimento dos órgãos reprodutivos (MARIÑO Membribes 2011, 2012 coautores).

O problema da gravidez na adolescência não tem causa específica, mas é multi-determinada. Existem muitos fatores de risco biológico e psicossocial. A primeira relaciona-se com adolescentes com menarca precoce que estão mais em risco de gravidez, há aumento das relações pré-núpcias antes do casamento e o uso de contraceptivos permanece baixa. O segundo aspecto sugere que o mau funcionamento familiar pode predispor a relação sexual precoce.

A maternidade pode ser visto pelo adolescente como um esforço para manter uma relação estável com o parceiro masculino, adquirir a independência de sua família nuclear, e para a identidade feminina eficaz, e reforçar o papel social que ela vê dentro de seu alcance (GIANT 2008 SOUZA 2009). Uma história familiar de maternidade precoce e a responsabilidade de cuidar de outras crianças durante a infância também tem sido associada com uma jovem mãe (Cunha 2011).

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Unidade de Saúde Santa Maria - Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Promoção da Saúde (PS) é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela OMS.

A Promoção de Saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico.

Por outra parte as ações preventivas podem ser definidas como intervenções desenvolvidas para se evitar o surgimento de doenças específicas, através da detecção, do controle e da mitigação dos fatores de risco dessas enfermidades (Czeresnia, 2003; Buss, 2003). São exemplos de estratégias preventivas: os programas de rastreamento populacional do câncer, campanhas de vacinação contra doenças infecciosas, atividades para a conscientização da população sobre os riscos do tabaco e a aplicação de normas de segurança contra acidentes.

A minha chegada a esta Unidade de Saúde encontramos uma população necessitada de atenção médica e mais que isso necessitada de conhecimentos para evitar as doenças e suas complicações. Foi por isso que decidimos trabalhar em conjunto todos os integrantes da equipe de saúde, e focar nosso trabalho na Promoção e Prevenção oferecendo os conhecimentos necessários para cuidar a saúde de todos. Como parte desse trabalho se organizou vários grupos de educação em saúde dentro deles: Grupo de Convivência, de Saúde Mental, de Caminhada, de

Asma, de Gestantes, de Adolescentes, de Tabagismo, Hipertensão (para hipertensos e diabéticos) e outros. O objetivo de cada um deles tem sido até agora oferecer as ferramentas necessárias para evitar crises, complicações, aumentar conhecimento sobre fatores de risco em pessoas saudáveis e para isso fazemos atividades educativas em grupos, participativas, palestras. Consideramos todas as atividades de vital importância, mas para melhor desenvolvimento decidimos fazer uma pesquisa para determinar os problemas mais vulneráveis na população e identificamos como uma prioridade o alto número de gestantes e dentro delas as adolescentes. Damos por tanto uma maior atenção aos grupos de Gestantes e Adolescentes.

A assistência pré-natal e puerperal de boa qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. Realizando um pré-natal dentro das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde tentamos garantir melhores resultados durante a gestação. (BRASIL, 2005) De acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 10) “o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.

Um Pré-Natal adequado, com todos os cuidados necessários traz um resultado desejado por todos, uma criança saudável, boas condições de saúde para a mãe e um bem-estar físico, mental para a família. Consideramos que a gestação é um período na vida da mulher que compromete a todas as pessoas que convivem com a futura mãe daí a importância de oferecer conhecimentos sobre este período a todas as mulheres em idade fértil y abordar o relacionado com a gestação em mulheres grávidas, esposos e familiares.

Constitui um problema identificado as gestações na adolescência, por isso em primeiro lugar decidimos realizar trabalho para diminuir esse fator. Consideramos como parte da promoção e prevenção atividades tais como:

- Identificar todas as mulheres em idade fértil incluindo as adolescentes.
- Orientar os adolescentes sexualmente ativos para a prática saudável de sua

sexualidade, contracepção etc.

- Prevenir, diagnosticar precocemente e acompanhar a gravidez na adolescência com a ajuda de seus familiares.
- Realizar grupos de discussão sobre fatores socioculturais que influenciam o comportamento sexual do adolescente, DST/AIDS, drogas, contracepção etc.
- Prevenir comportamentos de risco para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos adolescentes estimulando o uso da camisinha.
- Trabalho com o grupo de adolescentes sobre os riscos de embarço na adolescência.
- Atividade educativa em grupo e com equipe multiprofissional, para apoio terapêutico às decisões relacionadas às questões sobre sexualidade e reprodução. Ações para programas que abordem temas como: planejamento familiar.
- Realizar atividade educativa em grupo sobre responsabilidades e consequências da gravidez não planejada e orientação sobre os riscos do aborto inseguro, promovendo a redução desses riscos e melhorando as informações sobre planejamento familiar

Com estas e outras atividades conseguimos em primeiro lugar evitar os embarços não planejados na adolescência, evitar complicações futuras e conseguir nos casos que não se pode evitar um pré- natal adequado. Temos até o momento uma diminuição do numero de adolescentes grávidas, que se pode classificar como significativa se comparamos com anos anteriores. Além disso, com todas estas ações naqueles casos que não foi possível evitar a gestação tiveram uma atenção ótima com resultados favoráveis. Com mais de 50 mulheres grávidas permanentemente em atenção na Unidade é o Pré natal uma das atividades mais demandadas e importantes em nosso contexto de trabalho. Para conseguir um Pré- Natal de qualidade temos que realizar numerosas atividades para promover saúde e prevenir doenças, dificuldades ou complicações. O Ministério da Saúde, em seu manual técnico sobre pré-natal e

puerpério, traz o acolhimento à gestante como um aspecto essencial da política de humanização, implicando a recepção da mulher desde a sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela possa expressar suas preocupações, angústias, e garantir atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para garantir a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2006).

Quanto ao número de consultas pré-natais que a mulher deverá realizar, o Ministério da saúde preconiza no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. (BRASIL, 2006).

Na primeira consulta pré-natal, o profissional de saúde deverá: realizar o levantamento da história clínica da gestante, verificar os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, dados sobre sexualidade, antecedentes obstétricos, levantar informações da gestação atual, realizar o exame físico geral e específico, e solicitar os exames laboratoriais preconizados. Nas demais consultas, o profissional deverá: revisar a ficha pré-natal, realizar anamnese atual sucinta e verificar o calendário de vacina, deverá ainda, realizar controle materno (calcular idade gestacional, IMC, pressão arterial, realizar palpação obstétrica e medir altura uterina, pesquisar edema, e avaliar os resultados dos exames laboratoriais), realizar controle fetal (ausculta de batimentos cardíacos e avaliar movimentos fetais); o profissional deverá ainda, tratar as alterações encontradas, ou realizar encaminhamento, prescrever a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico e agendar as consultas subsequentes. (BRASIL, 2006).

A realização de ações educativas, no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, é importante porque, particularmente, no pré-natal, a mulher deverá ser orientada para vivenciar o momento do parto de forma positiva, com menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado com o bebê (RIOS; VIEIRA, 2007).

Dentro das atividades temos vários itens que formam parte de nosso atendimento diário para um Pré Natal de excelência:

- Identificar todas as mulheres em idade fértil da comunidade.
- Diagnosticar precocemente e tratar os principais problemas ginecológicos: vulvovaginites, dismenorreia e amenorreia secundária.
- Identificar as mulheres em idade fértil com fatores de risco.
- Elaboração de materiais educativos que abordem os temas sugeridos, para orientação de profissionais e beneficiários (elaborar materiais específicos, como folders e cartilhas).
- Desenvolver programas de orientação para planejamento familiar de acordo com a perspectiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.
- Treinamento da equipe em saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e anticoncepção.
- Realizar levantamento periódico sobre o número de, programar e avaliar as ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal de alto risco, atenção ao parto, acompanhamento pós-natal)
- Desenvolver um programa de atenção obstétrica integral, que englobe ações de acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e acompanhamento pós-natal.
- Estimular o início precoce do pré-natal (antes das 12 semanas) e com mínimo de 6 consultas (preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação).
- Instituir o uso do Cartão da Gestante, baseado no modelo do MS.
- Realizar consulta pré-natal com enfermeira e médico - para gestantes de baixo risco obstétrico, e dar continuidade a gestante alto risco identificadas além das consultas em nível de atenção superior.
- Fornecer orientações sobre a prática de atividade física.
- Fornecer orientações sobre os riscos do tabagismo e drogas ilícitas, do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e do uso de medicamentos.
- Ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado.
- Manter continuidade do cuidado até o puerpério, com consultas mais

frequentes no último mês de gestação.

- Realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal.
- Realizar consulta com nutricionista - fornecer orientações sobre alimentação, visando o ganho de peso ideal no decorrer da gestação, avaliar o estado nutricional da gestante, incluindo a avaliação de anemia.
- Consulta com odontólogo, prevenção de saúde bucal.
- Cuidados em saúde mental na gestação evitando processos depressivos.
- Realizar exame de Papanicolau, conforme necessidade.
- Fornecer atenção especial à adolescente gestante.
- Realizar atividade educativa em grupo com equipe multiprofissional que aborde, entre outros aspectos: » Hábitos saudáveis de vida durante a gestação; » Transformações desencadeadas pela gravidez;
- » Fases da gestação e evolução do embrião/feto; » Cuidados corporais durante a gravidez; » Alimentação saudável na gestação; » Atividade física; » Preparação para o parto; » Cuidados corporais durante a gravidez; » Gravidez e sexualidade; » Sinais de alerta na gravidez e morbidade materna; » Vantagens do parto normal; » Recuperação pós-parto; » Incentivo ao aleitamento materno, ressaltando a importância dele por um período de 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses; » Cuidados com recém-nascido; » Consulta de puerpério; » Intervalo interpartal e os meios necessários à anticoncepção; » Planejamento familiar; » Responsabilidades e consequências relacionadas à criação de filhos.
- Garantir a realização dos exames laboratoriais mediante convenio com laboratórios pelo SUS.
- Orientar e verificar a necessidade das vacinas(completar esquema).
- Manter e divulgar rede de referência para o atendimento das gestações de alto risco.
- Estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso e indicação precisa, esclarecendo à gestante sobre essa necessidade.
- Incentivar a presença de acompanhante em tempo integral durante o trabalho

de parto, parto e puerpério. Com promoção de maternidade e paternidade responsável no grupo.

- Estimular o início da amamentação na primeira hora após o parto, posições corretas de amamentação.
- Realizar consulta domiciliar no puerpério com orientação, supervisão e acompanhamento do início do aleitamento materno, na primeira semana após o parto.
- Procurar aconselhar sobre planejamento familiar e anticoncepção no puerpério.

Temos numerado numerosas tarefas que realizamos cada dia em minha Unidade de saúde como parte de um Pré- Natal de qualidade. Quando realizamos estas atividades sempre se busca um objetivo final que tem sido melhorar os índices de mortalidade infantil, melhorar a qualidade do pré natal. Podemos constatar logros, como que mais de um 95 % das gestantes fazem acompanhamento na Unidade achando que este é ótimo. Todas as captações no ultimo ano são precoces antes das 11 semanas, não temos reportadas mortes infantis no primeiro ano de vida, até o momento só um parto pre- termo de uma gestante que chegou de outra comunidade e imediatamente ganhou o bebê, e ante todo o reconhecimento da comunidade, das futuras mães e seus familiares.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde a qual contribui para a redução da morbimortalidade feminina em todas as fases da vida. Essa política estimulou a participação dos profissionais nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde (BRASIL, 2009). Resumindo corresponde a todos os integrantes da equipe jogar seu papel no contexto de prevenção e promoção da saúde mental fazendo uso de todas as ferramentas de trabalho possíveis a fim de obter o bem estar biopsicossocial de sua população.

4. VISITA DOMICILIAR

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. (Abrahão, Lagrange , 2007) Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (Abrahão, Lagrange , 2007)

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época. (Pereira, Mishima, Fortuna , Matumoto ,2004). A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década. (Abrahão, Lagrange , 2007)

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, (Brasil ,2006)que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços

omunitários, quando necessário. A visita domiciliar é um dos instrumentos que potencializa o conhecimento da população no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. Têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas individuais nas consultas.

Nas Visitas domiciliares se busca o contato direto com a vida dos sujeitos, suas relações intrafamiliares; como se estabelece a convivência comunitária; seu modo de vida em sua casa, e em sua rotina. A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. (Santos, 2008) Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

Se falarmos das vantagens podemos ter que ajuda a proporcionar o conhecimento sobre o indivíduo para possibilitar a prestação da assistência integral ao paciente e uma melhor visualização do contexto familiar (habitação, higienização; etc.) assim como um melhor relacionamento profissional-paciente-família, fora do contexto formal e isso não quer dizer que seja algo não planejado ou fora do regulamentado, mas o tempo de contato é um pouco maior que na consulta e os pacientes mostram uma maior liberdade para expor seus problemas.

Nó contexto de meu trabalho diário minha equipe e eu realizamos todas as quintas feiras na tarde. Prioriza-se e organizam-se as visitas conforme a situação da comunidade, indicação do ACS tentando dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que por algum agravo, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde na Unidade (idoso , grávidas, recém nascidos , pacientes com necessidades especiais , deficientes, estádios terminais e outros), permite-nos realizar a pesquisa ativa de sintomáticos respiratórios e dos contatos e portadores de outras doenças infectocontagiosas , permite-nos a avaliação do portador de doenças crônicas deficiente ou com dificuldades de locomoção, garante avaliação precoce da puérpera e o recém-nascido nos primeiros momentos após do

nascimento. São planejadas nas reuniões da equipe estamos falando das VD integrais com todos os membros da equipe, mas as ACS fazem as visitas diariamente.

Sendo assim que no dia 21 de abril de 2017 em reunião de equipe uma das ACS da equipe Santa Maria I relata que nossa visita domiciliar a casa da senhora MDA de 76 anos deve ser adiantada, dado que segundo o plano está prevista para o mês de junho e segundo a filha começou desde há 3 dias com dificuldade para urinar e febre, a filha visitou a Unidade aquele dia para solicitar exame de urina. Acordando uma vez terminada a reunião fazer a visita dado que estava planejada outra visita e o paciente está internado no Hospital. Ligamos para a vivenda da paciente sendo atendidos pela filha que confirma que estão em casa e não tem dificuldades para a visita da equipe.

A residência esta localizada no Bairro Rubem Berta. Para chegar caminhamos pela Rua Geraldina Batista passando pela frente da creche em direção a Acesso Um. Muitas das casas da região são de alvenaria (feitas de tijolos, cimento e areia) e casas de madeira, população pobre de escassos recursos. As mesmas têm água tratada que chega pelas torneiras (e em algumas casas tem também poço). O lixeiro recolhe o lixo duas vezes por semana nesta área, algumas casas têm fossas e outras apresentam sistema de esgoto.

Fomos recepcionados pela filha de MDA, a senhora CMD, de 50 anos. No portão dois cachorros e o gatinho da casa, pacíficos com as pessoas que conhecem, fomos levados ante o paciente alvo.

PACIENTE ALVO - MDA, 76 anos, viúva, aposentada, cadeirante com amputação de ambos os membros inferiores, o membro direito acima do joelho e membro esquerdo o tercio inferior desde há 5 anos como complicação da diabetes mellitus. Além disso, histórico de hipertensão arterial, e teve um infarto do miocárdio há 10 anos. Possui 3 filhos adultos, sendo dois homens e uma mulher, que mora com ela. Os outros filhos ajudam economicamente na casa e mantem contato a diário sendo uma convivência familiar harmônica. MDA passa o dia em casa, anteriormente tinha uma cuidadora dado que sua filha e seu genro trabalham, mas agora desde há um mês chegou sua bisneta GCP, adolescente de 15 anos, grávida que morava no

interior. Como no está estudando ela cuida agora de MDA durante o dia. A renda da casa é compartilhada entre CMD e seu esposo AGH, além da pensão de MDA.

A paciente entende sua condição, no início foi difícil se acostumar a estar na cadeira de rodas, não ter suas pernas, mas com os anos se sentiu melhor, faz tecidos em casa, assiste TV, agora motivada pela gravidez da bisneta. Pela sua condição não sai de casa, sempre está contenta e tem apoio da sua família, fundamentalmente da filha que cuida de ela constantemente. Recebi-nos pouco conversadora, relatando que não dormiu bem pela dor.

QUEIXAS DO MOMENTO: Relata que há 3 dias acordou com dor baixo ventre, com ânsias de vômitos, calafrios, ardência ao urinar, sua filha toma a temperatura e estava com febre. Hoje sem febre, os outros sintomas persistem.

EXAME FÍSICO: Pessoa com face de dor, corada. Sentada na cadeira de rodas, porém não é o melhor lugar, mas com ajuda do técnico de enfermagem e a filha deitamos a MDA na sua cama, abdômen doloroso na palpação das fossas ilíacas, e hipogástrio, punho percussão positiva nas fossas lombares. Amputação dos membros inferiores, o membro direito acima do joelho e membro esquerdo amputado o tercia inferior.

O técnico de enfermagem toma os Sinais vitais: PA: 120/70 mm Hg, FC 89 bpm, FR 18 resp x min, Glicose pós pandrial 118 mg/dl, Temperatura 37,9° C.

A filha tem o resultado do exame de urina, com urocultura positiva para Escherichia Coli.

TRATAMENTO ATUAL: Furosemida 40mg 1 cp vo dia, Losartana 50mg 1 cp vo 2 x dia, Anlodipina 10mg dia, Sinvastatina 20mg 1 cp vo dia, AAS 100mg 1 cp vo dia, Omeprazol 20mg 1 cp vo dia, Hidralazina 25mg 1 cp vo dia, Glifage 500x R 1 cp vo 3 x dia, Insulina NPH 45UI manha, 10UI almoço e 15 UI janta.

CUIDADOR: O cuidado agora durante o dia é feito pela bisneta, aproveitamos a visita para conversar com ela, chegou a vinte dias para morar com seus avos pois está grávida de 13 semanas, GCP tem 15 anos de idade, não está casada. Relata sentir se bem, mostra sua carteirinha com duas consultas até agora e têm os exames do primeiro trimestre feitos, todos normais, trata se de uma gravidez não planejada,

sua família apoia em tudo, o pai do bebê não quer saber disso. Agora está bem na casa, cuida de sua bisavó durante o dia quando sua avó trabalha, oferece lanches, ajuda a ir ao banheiro, mantém a limpeza da casa.

EXTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio MDA, paciente alvo; CMD a filha de 50 anos, obesa e hipertensa compensada com seguimento na Unidade de saúde, professora numa escola; AGH genro da paciente alvo, de 56 anos, hipertenso em acompanhamento na Unidade, motorista; e GCP adolescente de 15 anos, sem vínculo escolar no momento e grávida.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA: Família com nível de vida adequado, com boa percapita familiar. Tem um carro em casa, mas geralmente quando precisa sair com MDA, o filho vem e faz o traslado. Recebem as medicações descritas no posto de saúde de Santa Maria e compram somente àquelas que não são fornecidas pelo SUS, a filha CMD é a encarregada das medicações que constatamos estão organizadas por dias e horários na mesa do quarto.

ALIMENTAÇÃO: CMD é a responsável pelo preparo do alimento da família. Volta a casa no meio dia e prepara o almoço, relata que cumpre com as indicações da dieta sendo variada, baixa em sal, evitando farinhas, pão, doces, como os outros moradores são hipertensos não tem problemas para fazer a mesma comida para todos. O paciente alvo almoça ao meio dia e às 19h janta.

FERRAMENTAS SOCIAIS ENVOLVIDAS: Não recebe ajuda do tipo religiosa ou política.

DOMICÍLIO: Casa de alvenaria, piso em cerâmica, contendo 3 quartos, sala, um banheiro social, cozinha e área de serviço. O quarto é espaçoso, e MDA utiliza o banheiro social da casa. O estado de conservação dos ambientes é bom, devidamente limpo e faz uso de cadeira de rodas. Tem água e disposição final de esgotos pelo DMAE, tomam água tratada comprada no mercado próximo. Tem um cachorro e um gato em casa que geralmente estão no pátio. Aproveitamos e observamos o quarto que atualmente ocupa a gestante sendo igualmente espaçoso, com TV no quarto. O banheiro com algumas barreiras para MDA, mas recebe ajuda dos familiares.

FONTES DE PRAZER DO PACIENTE:

- Permanece em casa assistindo TV, faz tecidos em crochê.
- PROBLEMAS CRÔNICOS – Amputação de membros Inferiores, Diabetes Mellitus Tipo II, Hipertensão Arterial, Cardiopatia Isquêmica.
- PROBLEMAS AGUDOS – Infecção Do Trato Urinário Plano de cuidados:
- Orientamos manter os cuidados familiares com a paciente
- Indicamos no momento segundo resultado do exame tratamento com Nitrofurantoína 100 mg 1 cp vo a cada 6 horas por sete dias.
- Manter uso correto das medicações continua.
- Manter os cuidados com a alimentação seguindo as indicações, e nestes momentos de tomar muito liquido.
- Orientamos sobre evitar acidentes domiciliares, evitando as barreiras arquitetônicas.
- Vincular a paciente ao Grupo de Convivência na Unidade de saúde.
- Indicamos a vinculação dos pacientes com DCNT da família ao posto Continuar com as visitas do Agente Comunitário de Saúde e a visita do médico mensalmente, que é principal no cuidado, fazê-la sentir-se amada e importante no contexto social.

Tendo em conta que ás visitas domiciliares são uma forma de avaliara a família como um todo, por isso o segundo objetivo da visita tem sido avaliar a nova gestante da comunidade, que segundo os exames e o descrito na carteirinha não tem até o momento risco na gravidez, mas o fato de ser adolescente converte a GCP numa gestante a vigilar pelas complicações que poderia ter. Decidimos fazer então um aparte com a paciente com orientações precisas de seus cuidados, tendo em conta que está no grupo concebido dentro de nosso trabalho educativo prioritário. Deixamos para ela o seguinte plano de cuidados:

- Visitar o posto no dia seguinte para iniciar o acompanhamento na Unidade, aspecto que foi orientado há 15 dias pela ACS.

- Manter cuidados próprios da gestação com alimentação saudável, o uso de roupas e calçado cômodos, evitar acidentes.
- Iniciar no grupo de Gestantes da Unidade.
- Evitar consumo de medicações não prescritas pelo médico. Evitar acidentes na casa.
- Explicamos ao familiar que a fato de assumir uma gravidez da adolescente na família constitui um reto e responsabilidade para todos.

Assim desta forma continuamos a cada dia em consultas, e em Visitas domiciliares, chegando ao mais profundo de nossa população, sejam crônicos, gestantes, adolescentes. Temos escolhido este caso dado que é uma família com DCNT e o mesmo tempo permite demonstrar nosso trabalho com as gestantes adolescentes em VD.

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática. (ABRAHÃO AL, LAGRANGE V.,2007)

À equipe nuclear da ESF cabe a responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência. A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contra referência.(Brasil, 20016) No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco

Nesse sentido, a Visita Domiciliar pode considera-la no contexto de educação em saúde como uma importante ferramenta capaz de contribuir para a consolidação de novas práticas de saúde e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, garante atendimento integral por parte dos profissionais, tornando-se importante a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida. Uma equipe unida que trabalha por uma Comunidade Saudável.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A minha chegada ao Brasil como parte do Programa Mais Médico iniciei meu trabalho numa Unidade de Saúde, basicamente achando que seria muito similar a meu trabalho como médico de família nos últimos 11 anos, mas encontrei similitudes e muitas diferenças, doenças que nunca tinha enfrentado, uma população que mora em situação precária, com nível educacional baixo. De início pensei seria bem difícil com todo isso unido a diferenças do idioma parecia algo insuperável.

Com o Curso de Especialização em Saúde da Família as expectativas foram muitas devido as grandes diferenças na atuação médica de meu país com o Brasil, mais por meio do curso é conseguido conhecer as políticas de saúde em Brasil, as características e desenvolvimento de saúde, modelos de atuação, protocolos, e em geral melhorar a qualidade de vida de meus pacientes, provocando mudanças em seus estilos de vida. Eu desacomodada a um curso a distancia através de internet, numa plataforma que requeria muita prática, dificuldade com o acesso e muitos outros inconvenientes foram obstáculos que pouco a pouco fomos vencendo, a prática do idioma através de linguagem oral e escrito contribuiu a um melhor entendimento do português, melhorando a compreensão nas consultas medicas com o paciente e vice-versa.

O desenvolvimento do curso foi de muita importância, já que nos ofereci-o muitas ferramentas de ajuda para um melhor atendimento dos pacientes no dia a dia em nossas consultas; olhar, avaliar o paciente como um todo (como um ser biopsicossocial).Serviu de exemplo para não cometer alguns erros que cometeram-se em alguns casos clínicos que por alguma razão ou outra cometa-se na vida real.

Em na US, foram realizadas ações educativas para orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações de estímulo à prática regular de atividade física, se instauraram vários grupos de educação em saúde. Logramos obter mudança na vida de algumas pessoas, trazendo contribuições positivas para o trabalho em equipe, na

clínica e na gestão praticando assim uma medicina mais humanizada e de qualidade. Todo apoiados nos temas do curso. Além de dar início a o Projeto de intervenção como forma de atingir sobre um dos problemas mais sensíveis da comunidade.

Na primeira etapa aprendi sobre características do sistema brasileiro que certamente nunca tinha estudado, e que me ajudou a ter um melhor olhar crítico da situação de saúde do país, o desenvolvimento do ponto de vista epidemiológico e o atuar do sistema no enfrentamento a situações específicas.

Constituiu para mim um sucesso o trabalho em sistemas virtuais, as cidades de referência do curso que são um exemplo do nosso dia a dia, com semelhanças ou não, mas com muitos desejos de melhorar a atenção básica.

Em particular para mim foi um desafio para fazer este curso, não somente pelo linguagem, que certamente ainda não foi superado em um 100 %, estamos acostumados a fazer planos para intervenção, mas com outra metodologia, fundamentalmente o referido a realizar um TCC.

Os fóruns como espaços que promovem os diálogos são importantes para esclarecer necessidades e demandas a partir da realidade coletiva, permitindo expressar nossas opiniões, dúvidas e contar nossas experiências no cotidiano profissional. Conheci mediante eles como é o trabalho em outros municípios, dado que existem diferenças tendo em conta a cidade, o desenvolvimento econômico e até político que repercute no sistema de saúde, nem todos os municípios de fazem as tarefas da mesma forma e disso podemos conhecer com as experiências profissionais dos outros colegas do curso.

Os casos clínicos interativos também foram de muita utilidade já que possibilitaram testar nossos conhecimentos sobre problemas comuns da atenção primária no Brasil, e ao mesmo tempo, revisar aspectos teóricos relativos a esses problemas. A medicina é uma ciência mundial, só que em cada região, país, estado ou município tem protocolos de atuação para atenção de doenças estipulado pelas características da região, as principais doenças e a situação epidemiológica de forma geral. Pelo que cada caso, mas que aprender medicina foi uma forma de nos avaliar sobre como atuamos a cada dia, e ter sempre presente o fato de ver o paciente como

um ser integral. Fomos a cada dia enfrentando novas situações polemicas que realmente era o reflexo do trabalho diário, pois nos casos foram escolhidas as principais doenças e situações que enfrentamos nos postos de saúde.

Com o curso consegui fazer melhoras na Unidade onde trabalho, um melhor acolhimento, melhor atenção individual e coletiva. Formamos vários grupos de educação em saúde tendo em conta os principais problemas de minha comunidade, e acho que a população ficou mais agradecida e melhor atendida por duas médicas com esta preparação que oferece este curso.

E muito importante destacarem o apoio incondicional do orientador, nas duas etapas, assim como a equipe médica e de enfermagem da US onde trabalho porque sem eles não teria conseguido chegar ao objetivo principal. Próximos ao final do curso com expectativas do dia mas felizes pelos objetivos complementados porque nos sentimos a cada dia mais preparados para este trabalho maravilhoso que marca nossas vidas como MEDICOS DE FAMILIA E COMUNIDADE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAHÃO AL, LAGRANGE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.
2. Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS - SP. Manual Técnico do pré natal e puerpério - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – 2010
3. BRANDÃO, MÔNICA (02 de dezembro de 2011). «A mãe solteira e as questões legais». Abril. Bebe.com.
4. BRACCIALLI, L. A. D.; FREITAS, C. H. S. M. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. Rev. APS. , Juiz de Fora, v.15, n.4, p.412-420, out./dez. 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério Atenção qualificada e humanizada. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2009
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento; Brasília. 2002.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
10. CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v 28, n.5, p. 310-315. 2006.
11. CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG,2010.
12. COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, v 14, n. 1, p. 1347- 1357. 2009.
13. CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery Rev Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 145-153. 2009.
14. CUNHA VS, WENDLING MI. Aspectos transgeracionais da gravidez na adolescência na perspectiva de mães e filhas residentes em Parobé e Taquara (RS).Contextos Clínicos 2011; 4:28-41.
15. Caderno 32 de Atenção Básica. Atenção ao Pre- Natal de Baixo Risco., 2013.
16. ELIAS GARCÍA Y, GURIDI GONZALEZ MZ, DORTA GURIDI Z, NODA L

- 17..Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Area de Salud de Mulgoba .Rev Psicol Sex 29; 12(1):23-8
18. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência Pré- natal: manual de orientação. Brasília: Febrasgo, 2005.
19. FERNANDES, WALTER, A.; BAFFI, MICHELE, D.; VALERIO EDUARDO SÉRGIO, B.; RICARTE, LÍCIA MARIA, A.; BRAZ, CARLA, E.; Complicações da gravidez na adolescência. Einstein (São Paulo) vol.13 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2015.
20. GENIOLE, LEIKA APARECIDA ISHIYAMA; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia (Orgs.) Atenção Básica em Saúde da Família: Assistência Multidisciplinar à Saúde, vol. 1. Campo Grande: UFMS, 2011.
21. Manual Técnico de Promoção da Saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar & Agencia Nacionl de Saúde Suplementar * Brasil)-3° ed. Ver. E atual- Rio De Janeiro: ANS, 2009.
22. MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez., São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, jun.2008.
23. MARINO MEMBRIMES ER, AVALOS GONZÁLEZ MM, BARÓ JIMÉNEZ VG
- 24..Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico “Aleida Fernández Chardiet” .Rev Cubana Med Gen Integr 2011;27(4):230-7
25. PEREIRA MJB, MISHIMA SM, FORTUNA CM, MATUMOTO S, TEIXEIRA RA, FERRAZ CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
26. RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2007
27. SANTOS EM, KIRSCHBAUM DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220- 7.
28. VERÓNICA TRILLO MORALES NORA LORETO QUINTANA, CECILIA FIGUEROA VALENZUELA. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Campus Nuevo Casas Grandes. EMBARAZO EN ADOLESCENTES: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

MAYÚLI AVILA PÉREZ

**ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA DAS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE SANTA MARIA DO BAIRRO RUBEM BERTA EM
PORTO ALEGRE – RÍO GRANDE DO SUL.**

PORTO ALEGRE-RS

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabalho à pessoa mais importante de minha vida, minha filha Maria Fernanda quem me faz acordar cada manha e seguir na frente além da saudade, para você meu amor.

1. INTRODUÇÃO

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, tem uma população de 1.476.867 pessoas atualmente. No ano de 2010 tinha aproximadamente 1.409.381 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,865. A população cresce cerca de 0,32 % por ano, uma das taxas mais baixas do país. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 14,37 %, o que corresponde a 212.271 pessoas. A esperança de vida ao nascer é de 80,3 para mulheres e de 73,4 para homens.

Em relação à estrutura de saúde, a cidade tem 190 Unidades Sanitárias sendo 73 ESF, 45 UBS, 4 Hospitais municipais, 20 hospitais conveniados, 11 Centros da rede de Atenção Especializada, 15 Centros da Rede de Atenção Especializada Conveniada, 7 Centros de Saúde Municipal, 12 Centros de saúde Municipal Conveniados. Nos últimos anos as causas de internação mais frequentes são: Gravidez, parto, puerpério, Doenças do aparelho respiratório, Doenças do aparelho cardiovascular, Doenças do aparelho digestivo, e as Causas externas.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 20 de maio de 1992 e tem como presidente a Mirtha Da Rosa Zenker. O CMS tem atualmente 86 membros titulares, sendo 44 usuários, 27 representantes dos trabalhadores em saúde, 6 dos prestadores de serviço e 9 dos gestores. A Unidade de Saúde da Família Santa Maria é localizada no bairro Rubem Berta, na Zona Norte do município de Porto Alegre, e atende os moradores da Vila Amazônia, Jardim da Amizade e Santa Maria, com cerca de 5000 pessoas assistidas.

Quanto à infraestrutura, a unidade apresenta: sala de sinais vitais, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de grupos/reuniões, sala de curativos, sala de limpeza e esterilização de materiais (área limpa e área suja), cozinha, sala de armários e limpeza, quatro banheiros (um para funcionários, um para pacientes no consultório, dois para pacientes em sala de espera), três consultórios de medicina/enfermagem, almoxarifado, recepção e farmácia.

O estacionamento localiza-se na área lateral à unidade, e os resíduos são armazenados em dois armários localizados na área externa, atrás da unidade. A unidade possui duas equipes de Saúde da Família (ESF), que totalizam duas enfermeiras, duas médicas, quatro técnicos de enfermagem, oito agentes

comunitários de saúde, um zelador e uma auxiliar de limpeza. As consultas agendadas incluem pré-natal, pré-nenê, HIPERDIA, saúde mental, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher e outras demandas. Além disso, há visitas domiciliares, realização de coleta de exame citopatológico; testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites e o aconselhamento pré e pós teste; distribuição de medicamentos e materiais especiais (e.g. dietas enterais, sondas, cateteres, etc.); realização de curativos e outros procedimentos (e.g. aplicação de medicamentos), vacinação e esterilização de materiais.

Na US Santa Maria é possível observar o desejo da equipe em realizar grupos, baseados em experiências bem-sucedidas anteriormente, porém, a viabilização destes projetos é dificultada pela grande demanda de trabalho, recursos materiais limitados e problemas na segurança em torno da unidade. Atualmente, o Grupo de Convivência, O Grupo de Hiperdia, o Grupo de Asma, Roda Materna, Grupo de Tabagismo, e Grupo de Faltosos são mantidos na Unidade, com apoio de toda a equipe.

Após o tempo de trabalho e as reuniões em equipe, foram identificados alguns problemas, sendo eles a alta incidência de Gravidez na adolescência, o elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial descompensado, o elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus descompensados, a alta incidência de dislipidemia, maus hábitos dietéticos, alta incidência de Doenças Mentais com consumo de medicações controladas, alta incidência de Doenças Respiratórias fundamentalmente. Sendo escolhida para análise A alta incidência de Gravidez na adolescência, pois resulta uns dos menos trabalhados, por estar sujeito a motivos sensíveis e complexos.

Identificamos como "nós críticos" depois de este análise o elevado número de gestações na adolescência, a educação inadequada em uso de anticoncepcionais em grupo de adolescentes, a educação inadequada sobre os riscos da gravidez na adolescência e processo de trabalho inadequado da ESF para enfrentar o problema. A OMS define a adolescência como o período da vida em que o indivíduo adquire a capacidade reprodutiva, em que passa os padrões físicos, psicológicos e biológicos, desde a infância até a idade adulta e reforça a independência sócio-econômica. Os limites de idade estabelecidos para adolescentes são entre idades de 10 e 19 anos. Em muitos países a adolescência passa a representar entre 20 e 25% da população (SUÁREZ e Linares, 2011). As mudanças que ocorrem na adolescência são no

biológico, psicológico e social e após a infância, é o momento mais vulnerável no ciclo de vida, por isso deve ser privilegiada e atendida de uma maneira especial. O desenvolvimento psicológico normal durante a adolescência confronta o indivíduo com quatro etapas principais: 1- Completando a separação emocional da família, com a aceitação da auto responsabilidade. 2- Desenvolvimento da sexualidade e código moral pessoal. 3-Enfrentar a necessidade de futura vocação e assumir o compromisso de atingi-lo. 4- Alcançar o status de identidade do ego (SUÁREZ e Linares, 2011).

A gravidez na adolescência é uma questão que se apresenta quase que diariamente no cotidiano hospitalar e leva a indagações constantes com o objetivo de vislumbrar uma solução. Essas indagações surgem diante de adolescentes grávidas, ou mesmo, em situação de aborto, natural ou provocado. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública no Brasil e em muitos outros países do mundo. Sua importância transcendeu a prática assistencial considerando seu aumento no final do século passado. Vitalle & Amâncio (2001) descrevem que devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde, porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico Segundo Santos Júnior (1999), as taxas de gravidez na adolescência variam de serviço para serviço, mas estima-se que de 20% a 25%, do total de mulheres gestantes, sejam adolescentes. A gravidez na adolescência segundo Dias e Texeira (2010), é:

[...] antes de tudo, um fenômeno social, um nome que se dá a um período do desenvolvimento no qual certas expectativas sociais recaem sobre os indivíduos e configuram um modo de ser adolescente, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais pelas quais passam as pessoas. Sendo a gravidez um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico (DIAS e TEXEIRA, 2010, p.124).

De acordo com o relatório “Situação Mundial 2004”, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a População, em São Paulo a taxa é de 86 filhos por grupo de 1.000 adolescentes, na faixa mais escolarizada. Já a média entre meninas paulistas e fluminenses com até 4 anos de estudo é de 314 a cada 1.000. Entre a mais escolarizada média é de 20 nascimentos por 1.000 o que equivale a uma média

superior à Europa em todas as classes sociais e mesmo da América Central (76 nascimentos por 1.000). O número verificado no Brasil entre as meninas da mesma faixa etária com menor escolaridade é o maior dos 153 países que constam do relatório, superando a média da África Central, que é de 200 nascimentos por 1.000 mulheres (GÓIS, 2004 apud SANTOS; CARVALHO, 2006)

No Brasil o 26% das jovens tornam-se mães antes de completar 20 anos, cada ano um milhão de adolescentes brasileiras engravidam muitas delas pobres, o que dificulta a continuidade de os estudos e a educação de os filhos (DIMENSTEIN, 2005, *apud* SANTOS; CARVALHO, 2006, p. 136) A adolescência é, sem dúvida então a fase do impasse, na qual a necessidade de experimentar o novo é o questionamento do cotidiano, dos valores e costumes estabelecidos se misturam, fazendo com que o jovem coloque se em situações possam trazer-lhe sensação de poder, autoconhecimento e reconhecimento de seus pares.

É uma época de crises, mudanças e readaptações. Se somarmos a isso o significado de uma gravidez, percebemos como uma gestação na adolescência pode afetar o contexto familiar, emocional e social do jovem. A preocupação da presente pesquisa surgiu a partir das experiências observadas no local de trabalho nossa Unidade de Saúde Santa Maria, Porto Alegre, RS, onde muitas adolescentes vivenciam a gravidez.

2. PROBLEMA

Alta incidência e prevalência de gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade de Saúde Santa Maria do Bairro Rubem Berta No município Porto Alegre/ Rio grande do Sul.

3. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelos índices de gravidez na adolescência que são bastante significativos no território da Unidade de Saúde Santa Maria, no município Porto Alegre / Ríó Grande do Sul, onde nos últimos três anos a prevalência é estimada numa média de 13 casos por ano representando um 18 % do total das grávidas.

No último ano, a unidade de saúde teve 80 gestantes cadastradas no SISPRENATAL e destas, 16 foram adolescentes equivalentes a 20%. Das gestantes adolescentes (menores de 19 anos) acompanhadas, cinco já possuem outros filhos, o que corrobora esta situação como **problema** de este projeto com a importância do estudo e mais que estudo a necessidade urgente de uma intervenção. O desenvolvimento deste trabalho busca, assim, identificar as estratégias que podem ser operacionalizadas para a redução da gravidez na adolescência.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas ou implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família. O desenvolvimento de uma intervenção comunitária para adolescentes do território irá melhorar o conhecimento sobre o assunto e abrirá um caminho para futuras intervenções que melhorem a modificação de estilo de vida e redução da gravidez precoce na comunidade.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir a incidência da gravidez na adolescência na área de abrangência da Unidade De saúde Santa Maria do Bairro Rubem Berta em Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o nível de conhecimento sobre os aspectos gerais da sexualidade e da saúde reprodutiva de adolescentes do território.
- Identificar os fatores determinantes da gravidez na adolescência na área de abrangência.
- Promover grupos de pais com enfoque em sexualidade, prevenção à gravidez, dentro do ambiente escolar, facilitando a aproximação e entendimento de seus filhos.
- Promover grupos de adolescentes com enfoque à prevenção à gravidez na adolescência e o uso de métodos anticoncepcionais.
- Avaliar Impacto sobre os conhecimentos adquiridos nos adolescentes, mediante questionário.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A adolescência é uma fase que se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, período marcado por grandes transformações físicas, cognitivas e sociais (CALLIGARIS C, 2009 *apud* SCOLARI; BRAUN, p. 4236). Uma gravidez neste período representa um fator adicional com o qual a adolescente precisa lidar. Pesquisadores destacam que as vivências emocionais da adolescente em relação à sua gravidez e maternidade têm sido apresentadas de forma heterogênea, evidenciando diferentes padrões de percepção: ora positivos com manifestações de satisfação, ganhos emocionais e afirmação da autoestima; ora negativos, com tendências à depressão e à percepção da maternidade como uma experiência difícil e solitária (CAPUTO VG, 2008 *apud* SCOLARI; BRAUN, 2014, p. 4236).

Mundialmente, 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano e aproximadamente 11% de todos os nascimentos concentram-se em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2011 *apud* SCOLARI; BRAUN, p. 4236). Dados do Ministério da Saúde brasileiro apontam uma diminuição significativa no número de gravidez na adolescência nas últimas duas décadas (SCOLARI; BRAUN; BERIA, 2014, p. 4236). A atividade sexual, na adolescência, inicia-se cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas, como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez, muitas vezes também indesejável, e que, por isso, pode terminar em abortamento (Futterman D, 2000 *apud* FERNANDES, *et all*, 2015, p. 619).

O problema da gravidez na adolescência não tem causa específica, mas é multi-determinada. Existem muitos fatores de risco biológico e psicossocial. A primeira relaciona-se com adolescentes com menarca precoce que estão mais em risco de gravidez, há aumento das relações pré-núpcias antes do casamento e o uso de contraceptivos permanece baixa. O segundo aspecto sugere que o mau funcionamento familiar pode predispor a relação sexual precoce (Rodriguez Llanes, 2009). Segundo Geniole et al. (2011) as principais causas da ocorrência de gestação não planejada na adolescência relacionam-se aos aspectos emocionais dos envolvidos e ao estilo de vida do mundo atual. É fato que a maturação sexual, também cada vez mais precoce, apresenta influência direta. A sensação de indestrutibilidade, típica dessa fase, também contribui para uma maior exposição dessa prática sexual

desprotegida. O imediatismo, outra forma característica emocional responsável pela busca do prazer instantâneo, faz com que a adolescente nem considere a possibilidade de engravidar. A sociedade também é responsável por uma parcela, onde se observa nitidamente a omissão de informação por parte dos adultos e, em contrapartida, o apelo erótico cada vez mais em evidência na mídia resultam em incentivo ao comportamento inconsequente dos adolescentes. Os fatores socioeconômicos apresentam relação direta com a ocorrência de gravidez na adolescência, quanto mais precária é a condição econômica e mais baixa a escolaridade, é maior o índice de gravidez.

Convém ressaltar dois aspectos, o primeiro diz respeito à observação de que situação tende a repetir-se, ou seja, filhas de mães que engravidaram durante a adolescência, geralmente engravidam na mesma faixa etária; o segundo aspecto é mais subjetivo. Nas populações de classes econômicas mais baixas, que geralmente não têm acesso à saúde, cultura, lazer e emprego, uma gravidez pode representar instantânea elevação de status social.

Pesquisas e estudos recentes mostram que as adolescentes que engravidam são em sua maioria, as quem tem baixa estima, logo a gestação não deixa de ser uma forma de serem “vistas” pela sociedade e, por essas razões, a gravidez se torna desejável. É pelas mesmas razões que já não se utiliza a expressão “Gravidez Indesejada” e sim “Gravidez Não Planejada”. (Santos e Carvalho, 2006.)

Do ponto de vista biológico, dentre as consequências da gravidez para a adolescente, citam-se maiores incidências de síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, determinando aumento da mortalidade materna e infantil (Azevedo DV, 2003 *apud* FERNANDES, *et all*, 2015, p. 619) É importante notar que alguns estudos têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes.(Michelazzo D,2004 *apud* FERNANDES, *et all*, 2015, p. 619) No tocante aos problemas com o 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.(Chalem E, 2007 *apud* FERNANDES, *et all*, 2015, p. 619).

As consequências de uma gestação não planejada na adolescência são várias, compreendendo os aspectos físicos e sociais. As adolescentes não mudam seus

estilos de vida, frequentam festas noturnas, uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas durante a gestação. Segundo Geniole et al. (2010, p. 80): A ausência do pré-natal ou a realização precária do mesmo, por vergonha da barriga ou por não terem acesso, as adolescentes gestantes raramente procuram a Unidade de Saúde da Família, já se encontram em meados do terceiro trimestre e a esta altura pouco se pode fazer para prevenir ou tratar certas situações; figuram as principais causas de complicações durante a gestação, parto e puerpério em adolescente: desproporção fetopélvica, que aumenta conforme o estágio de desenvolvimento puberal da adolescente; mortalidade neonatal; baixo peso ao nascer; anemia ferropriva; mortalidade materna; aborto espontâneo; doença hipertensiva exclusiva da gestação (DHEG); prematuridade, dentre outros.

A gravidez na adolescência está associada a um aumento dos riscos médicos (anemia, desnutrição gravidez, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, aumento de mortalidade perinatal, etc.), problemas psicológicos na mãe (depressão pós-parto, baixa auto-estima, ruptura do projeto de vida) e uma série de desvantagens sociais (baixo nível de escolaridade, abandono, desemprego, aumento da freqüência de abuso e negligência infantil, entre outros) (ELIAS GARCIA 2009).

Algumas complicações são mais comuns nesta idade, como as doenças hipertensivas da gravidez, se não tratada pode levar à eclampsia, muitas vezes fatal. Existem vários autores que sugerem que tanto distócia como as taxas de cesariana são mais elevadas neste grupo tão jovem, ele é associado frequentemente com desproporção cefálio pélvico e as distócia do canal de parto, também as adolescentes não atingem o pleno crescimento e desenvolvimento dos órgãos reprodutivos (MARIÑO Membrives 2011, 2012 co autores).

Quanto ao parto na adolescência, essas diretrizes são fundamentais uma vez que essa é uma população que precisa ser assistida de forma singular pelos profissionais de saúde, pois, com frequência, experimentam maior sensação de insegurança perante o momento obstétrico e o próprio futuro¹. Diante do exposto, acredita-se que é relevante realizar o levantamento da assistência prestada às adolescentes durante o pré-natal e o parto, com base nas expectativas e vivências relatadas por essa população. Acredita-se que, com isso, poderão ser aprimoradas as práticas assistenciais da equipe multidisciplinar de saúde, contribuindo para a efetivação das diretrizes do programa de humanização do parto e nascimento (FRANCO; ROCHA; RAMOS, 2015). No que se refere à situação conjugal, a gestação

entre adolescentes tem sido destacada como um fator precipitante da união não formal entre os parceiros, o que estimula a reincidência da gravidez em adolescentes com baixo nível de escolaridade (Correia DS, Oliveira SC, 2011 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571-1579).

A maternidade pode ser visto pelo adolescente como um esforço para manter uma relação estável com o parceiro masculino, adquirir a independência de sua família nuclear, e para a identidade feminina eficaz, e reforçar o papel social que ela vê dentro de seu alcance (GIANT 2008 SOUZA 11 2009). Uma história familiar de maternidade precoce e a responsabilidade de cuidar de outras crianças durante a infância também tem sido associada com uma jovem mãe (Cunha 2011).

A autonomia das mulheres brasileiras com baixas rendas esta afetada, independentemente da idade. A autonomia é um importante elemento para conquistar a saúde sexual e reprodutiva: qualquer nível de ensino vai ser capaz de proteger as mulheres contra a exposição ao vírus HIV e gravidez indesejada, se ela não pode negociar o sexo seguro. Com a falta de autonomia, a mulher não sente segurança suficiente para recusar o sexo ou insistir no uso do preservativo (SAMPAIO 2012).

No Brasil, evidencia-se que há uma significativa proporção de adolescentes que abandonam a escola durante a gestação ou após o nascimento da criança. Uma pesquisa qualitativa realizada com familiares de gestantes adolescentes aponta que dentre os fatores determinantes para a evasão escolar encontram-se o constrangimento e as pressões de diretores, professores, colegas de classe e os próprios genitores. Tal fato acarreta perda de oportunidades e baixa qualidade de vida no futuro; portanto, esse é um momento da vida em que a adolescente mais necessita de apoio, seja por parte dos familiares e da sociedade em geral (Silva JMB, 2011 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571-1579).

A maioria das adolescentes interrompe sua formação escolar no momento da descoberta da gravidez ou já interromperam suas atividades escolares por conta de gestações anteriores, o que interfere negativamente em seu estilo de vida, com consequências desfavoráveis sobre suas perspectivas de estudo, trabalho e evolução profissional. (Grant MJ, 2012 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571-1579).

O acesso a informações sobre os métodos contraceptivos não garante às adolescentes uma proteção contra a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis; assim, para minimizar esse problema deve-se investir em políticas que garantam não somente o acesso aos métodos contraceptivos, mas a orientação sobre

o uso correto deles (Goicolea I, 2009 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571-1579). É frequente estabelecer uma relação entre a contracepção apropriada e a iniciação sexual. Estima-se que quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez; há, também, uma correlação entre escolaridade e contracepção, na qual se acredita que quanto maior o grau de escolaridade da adolescente, maiores são as chances de utilização de algum método contraceptivo, tanto na primeira relação sexual quanto nas subsequentes (Kassa N, 2010 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571- 1579).

A educação sexual, quando oferecida antes da iniciação sexual, pode colaborar para a conscientização quanto à importância da prática do sexo seguro. Diante disso, é fundamental criar espaços para reflexões a respeito de relacionamentos e comportamentos sexuais, de modo a minimizar as estatísticas de gravidez na adolescência (Santos EC, 2010 *apud* BATISTA, *et all* 2014, p.1571-1579). Sendo os adolescentes um segmento vulnerável da população, sobretudo, devido a prática de ações pouco seguras em relação ao sexo e à sexualidade, é preciso adotar estratégias bem estruturadas em educação e saúde, priorizando, também, projetos intersetoriais voltados às demandas desse grupo-chave (Ferrari RAP, 2008 *apud* RIBEIRO, *et all* 2015). A educação é um fenômeno social, com todas as suas determinações. É campo da ação humana.

A educação não se reduz à escolarização ou, meramente, à instrução. Educar é construir redes de significações culturais e de comportamentos, de acordo com os códigos sociais vigentes, reproduzindo padrões. Freud apresenta a sexualidade como algo inerente ao ser humano e, na criança, como uma manifestação importante de atividade intelectual, mostrando a união educação- sexualidade. Dessa maneira, a sexualidade é uma dimensão inseparável do existir humano, e a educação sexual, implícita ou explicitamente, não se dissocia da dimensão sociopolítica e cultural (Fonseca A, 2008 *apud* RIBEIRO, *et all* 2015).

Os profissionais de saúde geralmente perceberem a gravidez na adolescência como indesejada, é preciso levar em consideração que, algumas vezes, a adolescente a almeja, a planeja e se frustra ao conferir que a gravidez não aconteceu. A gestação entre as adolescentes, principalmente nas camadas de baixa renda da população, não condiz, necessariamente, com uma perda ou descontinuidade dos seus projetos de vida. A gravidez muitas vezes aparece enquanto um valor de ônus social que não é

assumido como um fato que impeça os planos futuros das adolescentes gestantes (MOURA, RAMOS; 2014, p.86). É necessário que exista uma abertura para reflexões acerca de medidas de intervenção direcionadas à saúde sexual e reprodutiva da adolescente e à melhoria da qualidade de vida das jovens, além de verificar-se a importância da formulação de estratégias na implementação de políticas públicas de promoção e educação em saúde, com o intuito de minimizar o impacto biopsicossocial da gravidez na adolescência (MOURA, RAMOS; 2014, p.86).

5. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção educativa, que terá como cenário a comunidade da Unidade de Saúde Santa Maria do Bairro Rubem Berta, localizada no Município Porto Alegre, do Estado Rio Grande do Sul, no período Setembro 2016-Junho 2017 com o objetivo de reduzir a incidência de gravidez na adolescência, aumentando o conhecimento sobre o tema na população alvo. Será desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da área, formada por médico, enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Participarão do projeto uma mostra de 50 adolescentes de ambos sexos, 40 do sexo feminino, e 10 do sexo masculino, incluindo na mostra feminina 20 adolescentes grávidas ou que já tiveram um filho. Depois de feito o diagnóstico, iniciou-se a construção do projeto de intervenção, segundo os objetivos propostos, fazendo primeiramente uma revisão bibliográfica do tema para complementar o estudo.

O plano de intervenção será implementado a partir de Novembro de 2016 a Abril de 2017, sendo que ao longo do processo serão desenvolvidas ações de monitoramento e, se necessário, ajustes no mesmo.

ETAPAS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E COLETA DE DADOS

Etapa 1: O início do plano de intervenção se dará com apresentação do projeto à equipe de saúde que irá durar um mês, ou seja, todas as quintas-feiras (uma hora semanal), será aplicada uma capacitação para os membros da equipe com relação ao tema em questão gravidez na adolescência. Nessas ocasiões, serão apresentados os temas das ações educativas e os instrumentos (questionários) que serão aplicados aos participantes. As ações serão realizadas na sala de reunião da ESF.

Etapa 2: Se recolhera pelas agentes comunitárias o consentimento dos pais ou responsáveis dos adolescentes.

Etapa 3: Será aplicado questionário presente nos anexos deste trabalho, aos adolescentes escolhidos. Todo isso com o consentimento do próprio adolescente e os pais. O questionário será aplicado com esclarecimento de dúvidas.

Etapa 4: Reúnem-se os adolescentes participantes e as características do

estudo serão discutidas a fim de motivar o assunto. A ênfase será colocada sobre a absoluta confidencialidade dos resultados individuais.

Etapa 5: Consistirá na análise dos instrumentos aplicados pela equipe de saúde.

Etapa 6: Realização das intervenções educativas baseadas na análise realizada enfatizando assuntos destacados que estão deficientes sobre o tema. O programa educativo será desenvolvido com base no padrão para o desenvolvimento de programas de educação, por meio de encontros grupais duas vezes por semana por oito semanas consecutivas, na quarta e sexta-feira. Serão aplicadas estratégias de ensino nos encontros grupais, tais como palestras, atividades demonstrativas por meio de simulações, dramatizações, relatórios de experiências, jogos participativos.

Etapa 7: Aplicação do mesmo questionário relacionado nos anexos, aos participantes que servirá de instrumento avaliativo dos resultados alcançados pelas estratégias, só responderam as questões que implicam conhecimento.

Etapa 8: Análise desses instrumentos pela equipe de saúde.

Mesmo após a conclusão do plano de intervenção serão reforçados esses conhecimentos/assuntos nas consultas de enfermagem, médica e visitas domiciliares, para aumentar o conhecimento em toda a população.

6. CRONOGRAMA

Atividades ou etapas	Agos. 2016	Set. 2016	Out. 2016	Nov. 2016	Dec. 2016	Jan. 2017	Feb. 2017	Mar. 2017	Abr. 2017	May. 2017	J 2017
Solicitude das autoridades comunitárias para o desenvolvimento do estudo (Etapa diagnóstica)	X										
Procure informações sobre os candidatos adolescentes para participar da comunidade. (Etapa diagnóstica)	X										
Fazer revisão bibliográfica (Etapa diagnóstica)		X									
Construção do projeto de intervenção (Etapa diagnóstica)			X								
Apresentação do projeto à equipe de saúde (Etapa de intervenção)				X							
Capacitação para os membros da equipe com relação ao tema em questão gravidez na adolescência (Etapa de intervenção)					X						
Visita aos adolescentes e tutores para obter o consentimento (Etapa de intervenção)					X						
Aplicação do questionário aos adolescentes escolhidos. Todo isso com o consentimento do próprio adolescente. (Etapa de intervenção)						X					
Reunião com os adolescentes participantes discutindo as características do estudo (Etapa de intervenção)						X					
Análise dos instrumentos aplicados pela equipe de saúde. (Etapa de intervenção)						X					
Desenvolvimento de programas de educação (Etapa de intervenção)							X				
Aplicação do segundo questionário aos participantes (Etapa de									X		

intervenção)											
Análise desses instrumentos pela equipe de saúde (Etapa de avaliação)									X		
Avaliação dos resultados com a equipe de investigação (Etapa de avaliação)										X	
Avaliação dos resultados com a comunidade (Etapa de avaliação)											X

7. RECURSOS NECESSARIOS

7.1 RECURSOS MATERIAIS

- Local para atividades. (Sala de Grupos)
- Projetor
- Marcadores
- Computador pessoal
- Cartões
- Cartazes
- Panfletos
- Folhas de papel
- Canetas
- Materiais escolares (cola, lápis de cores, etc)
- Métodos contraceptivos
- Balões

7.2 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 4 agentes comunitários de Saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico

8. RESULTADOS ESPERADOS

Uma gravidez na adolescência propicia a aparição de fatores que representam um comprometimento individual de diferentes magnitudes: desorientação, medo, insegurança, desespero, em muitas ocasiões impede o acesso ao mercado de trabalho, a continuidades dos estudos o que o que influi no aumento da pobreza nas famílias brasileiras. Espera-se que com a implantação das atividades do projeto:

- Envolver e integrar as autoridades comunitárias viáveis para o projeto para a obtenção dos recursos e da extensão do estudo de acordo com os resultados.
- Identificar o grande déficit no nível de conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e questões de saúde reprodutiva.
- Elevar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre métodos de prevenção da gravidez e sexo seguro.
- Reduzir o número de gestantes adolescentes e suas consequências e poder atuar sobre os fatores que levam a sua repetição.
- Construir os objetivos de tratamento de forma participativo-coletiva
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASHEER S, BERGER A, MECKSTROTH A, KISKER E, KEATING B. Engaging pregnant and parenting teens: early challenges and lessons learned from the evaluation of adolescent pregnancy approaches. *J Adoles Health*. 2014 Mar; 54(3 Suppl):S 84-91
- BATISTA, Emanuela, F.; LOURENÇO, Julia, A.; BRITO, Sâmara, A.; ANDRADE, Edlainy, G.; PONTES DE ALBUQUERQUE, Janaina, M.; AQUINO, Jael, M.; Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. *Revista de Pesquisa*. 2014. V6i4. 1571-1579.
- <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3352>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, junho 2008. Disponível em <<http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/pnds/fecundidade.php>>
- COLECTIVO DE AUTORES. Obstetricia y perinatología: diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2012:96
- CORONA LISBOA J, ORTEGA Alcalá J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio Miranda. *MEDISAN* (en internet) 2013(citado: 21-2 2014;17(1):Disponível en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip_sci_arttext&pid_S102930192013000111).
- CORREIA. Adélia Delfina da Motta S; VIEIRA Cristiano Costa Argemon (Orgs). *Atenção Básica em Saúde da Família: Integralidade na Atenção à Saúde*. Campo Grande: UFMS, 2010.
- CUNHA VS, Wendling MI. Aspectos transgeracionais da gravidez na adolescência na perspectiva de mães e filhas residentes em Parobé e Taquara (RS). *Contextos Clínicos* 2011; 4:28-41.
- CHALEM E, MITSUHIRO SS, Ferri CP, BARROS MCM, GUINSBURG R,
- LARANJEIRA R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 17786.
- ELIAS GARCIA Y, GURIDI González MZ, DORTA Guridi Z, NODA L
- .Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Area de Salud de Mulgoba. *Rev Psicol Sex* 29; 12(1):23-8.
- FALER CS, GONÇALVES Câmara S, RANGEL Ganzo de Castro D, GUIMARÃES Alves G, Berial JU .Características psicosociales familiares y El uso del tabaco, alcohol y otras drogas relacionadas con el embarazo en la adolescencia. *Cad. Saúde Pública* (en internet) Aug 213(citado octubre 2014) 29(8).
- FERNANDES, Walter, A.; BAFFI, Michele, D.; VALERIO Eduardo Sérgio, B.; RICARTE, Lícia Maria, A.; BRAZ, Carla, E.; *Complicações da gravidez na adolescência*. Einstein (São Paulo) vol.13 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2015.
- FRANCO, Nina, L.; ROCHA, Thaís, A.; RAMOS, Fabrícia, R.; *Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto*. Artigo Original GERARDO Magela Ponte Júnior¹; FRANCISCO Rosemiro Guimarães Ximenes Neto GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTANA

- DO ACARAÚ- CEARÁ- BRASIL: UMA ANÁLISE DAS CAUSAS E RISCOS
- GIGANTE DP, BARROS FC, VELEDA R, GONÇALVES H, HORTA BL,
- VICTORIA CG. Maternidade e paternidade NE coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. Rev Saúde Publica 2008; 42 Suppl 2:42-50.
- HENRIQUES, S.; SINGH, ; WULF. Fatores que influenciam a gravidez na adolescência. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:kaY5S-xD N Y QJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS0101-32621998000200004%26scrip%3Dsci_arttext%26tIng%3Des++fatores+que+influenciam+a+gravidez+na+adolescencia>
- LEYVA RAMIREZ N, SOSA Zamora M, GUERRA Cuba D, MOJENA Orúe
- D, GOMEZ Perez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes com riesgo preconcepcional.MEDISAN 2011; 15(3): 12- 8.
- LLANES Rodriguez A, QUEVEDO Arnaiz NQ, FERRER Herrera I de La Paz Carmona A,SARDIÑAS Montes de Oca O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa.AMC 2009; 13(1): 30- 6
- MACIAS FEBRES MO, MOLINA Pérez MC .Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes en un preuniversitario del municipio San José de las Lajas .Rev Cien Méd 2012; 18(2)
- MARINO MEMBRIBES ER, AVALOS Gonzalez MM, BARÓ Jiménez VG
- .Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico “Aleida Fernández Chardiet” .Rev Cubana Med Gen Integr 2011;27(4):230-7
- MENENDEZ GUERRERO GE, NAVAS Cabrera I, HIDALGO Rodríguez Y,
- ESPERT Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 38(3):333-42
- MOURA, Vera Lúcia, S.; RAMOS, Alessandra, C.; Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. Psicol. Soc. vol.26 no.spe Belo Horizonte 2014.
- MUÑOZ MARTINEZ A, ZAMARRENO Nerey. Comportamiento del embarazo em la adolescencia en 87 pacientes .Rev 16 de Abril(internet) 2008(citado 2 de octubre 2014).
- NUNEZ RIVAS H, ROJAS Chavarria A. Prevencion y atencion Del embarazo em La adolescência em Costa Rica, com enfasis em comunidades urbanas pobres (internet)(citado septiembre 2014) Disponible em:<http://www.binasss.sa.cr/adolescência/embarazo.html>
- PELÁEZ MENDOZA J.Embarazo em La adolescencia, uma asignatura pendiente.EDITORIAL.Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 38(4): 450-1.
- QUARESMA DA SILVA D, ULLOA Guerra O. Educacion sexual: estúdio comparativo entre escuelas em Brasil y em Cuba.Cad .Pesqui (em internet) 2013(citado 21 2-2014)43(148). Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?pidS010015742013000100014&script=sci_arttext&Ting=pt
- RIBEIRO, Elza de Fatima, H.; HENRIQUE, Fernando, B.; FERNANDES, Larisa, M.; SILVA, Thais Fernanda, A.; KUABARA, Liliana Harumi, F.; SANCHES, Vanessa Aparecida, C.; A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reproductiva dos adolescentes. Interface vol.19 supl.1 Botucatu 2015.

- SAMPAIO CHACHAM A, BARA Maia M, BRAGA Camargo M. Autonomia, gênero y embarazo em la adolescencia: un analisis comparativo de la experiencia de adolescentes y mujeres jóvenes provenientes de capas medias y populares em Belo Horizonte. Rev Brás.estud.popul.(internet) (citado septiembre 2014)29(2).
- SANTOS, Andréia dos; CARVALHO, Cristina Vilela de. Gravidez na adolescência: um estudo exploratório. Bol. Psicol. São Paulo, v. 56, n. 125, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000200002&lng=pt&nrm=iso>.
- SCOLARI, Micheli, R.; BRAUN, Ligia, S.; BERIA, Jorge Umberto.; Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. Ciênc. Saúde coletiva;19(10):4236,10/2014.
- SITIO MUNDO. Embarazo precoz em América Latina.Editorial(internet).2013(citado octubre 2014, Disponible en
- :<http://www.mundo.com/embarazo/embarazo precoz.americalatina.php>
- SOUSA MCR, Gomes KRO.Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais.Cad Saúde Publica 2009; 25:645-54.
- SUÁREZ LINARES J. Otra mirada al embarazo en La adolescencia. Rev haban cien méd 2011; 10(1): 155-157.
- WAISSMAN AL. Análise dos fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

ANEXOS

Questionário para os adolescentes sobre sexualidade, saúde reprodutiva e gravidez precoce

Este questionário é pessoal e anônimo. Nós apenas queremos saber como é a educação sexual que se desenvolve na sua comunidade e para isso precisamos saber como vocês se sentem e pensam em relação à sua sexualidade e seus pontos de vista sobre a gravidez precoce. Nós pedimos que você leia e responda com cuidado. Muito obrigado por sua ajuda.

- Sexo:

Feminino _____

- Idade _____

- Estuda? Sim _____

Masculino: _____

Não _____

- As pessoas com quem você vive: Com ambos os pais _____

Só a mãe _____

- Já possui vida sexual ativa?

Só o pai _____ Outro _____

Sim _____ Não _____

- Com qual idade começou SUS relações sexuais?

Não comecei ainda _____

Antes dos 12 anos de idade _____

Entre 12 e 14 anos de idade _____

Depois dos 15 anos de idade _____

- Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

- Sim _____

- Não _____

- Com que frequência você usa a camisinha?

- Sempre _____

- Às vezes _____

- Nunca _____

- Você conhece algum método contraceptivo?

Sim __

Não _____

- Qual desses métodos anticoncepcionais você conhece?

Pílulas _____

Injetável mensal _____ Injetável

trimestral _____

Preservativo(camisinha) _____

DIU (T de Cobre) _____

Método de emergência _____

Outro _____

Qual? _____ -

-
- Você já fez uso de algum método anticoncepcional?

Sim _____

Não _____

- Quais desses métodos anticoncepcionais que você considera ser o ideal na adolescência?

- Camisinha _____

- Método do Ritmo _____

- Comprimidos _____

- DIU _____

- Coito interrompido _____

-Injetável _____

- Outros _____

- Você sabe como se contrai DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis)?

Sim _____

Não _____

• Quais destas doenças podem ser adquiridas através das relações sexuais?

Sífilis _____

Herpes simples _____

Amigdalites Aguda _____ HIV/AIDS _____

Pneumonia _____ Condiloma _____

• Você tem já filho? Sim _____

Não _____

Número de filhos _____

• Que idade tinha quando você ganhou seu primeiro filho?

Não tenho filhos _____

Menos de 12 anos _____

De 12 -14 anos _____

Mais de 15 anos _____

• Sua gravidez foi planejada?

Sim _____ Não _____

• Você tinha conhecimento de métodos de anticoncepção?

Sim _____ Não _____

• Você fazia uso deles?

Sim _____ Não _____

Por que não? _____

• Você conhece com que idade sua mãe ganhou o primeiro filho?

Não sei _____

De 12 – 14 anos _____

De 15 a 19 anos _____

Mais de 19 anos _____

• Você sabe como acontece a gravidez?

Sim _____ Não _____

• Você sabe como evitar a gravidez?

Sim _____ Não _____

• A informação que você tem sobre as questões da sexualidade e gravidez precoce foi recebida de:

- Mãe _____
- Pai _____
- Amigos ___
- Livros _
- Outra família _
- Os professores _____
- Outros-----

- TV _____

- Doutor _____

• Quais consequências podem ter à gravidez precoce para os adolescentes
