

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

Danieyis Nunez Hechavarria

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS

Danieyis Nunez Hechavarria

PORTO ALEGRE

2018

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLINICO.....	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	.15
4. VISITA DOMICILIAR.....	.18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	.22
6.REFERÊNCIAS24
7.ANEXO.....	.25

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Danieyis Nunes Hechavarria, tenho 36 anos moro no estado de Camaguey Cuba, iniciei meus estudos em instituto superior de ciências medicas Carlo J FINLAY durante 6 anos, e me graduei com o título de doutora em 05 de julho 2005. Iniciei minha carreira profissional em outro estado em um município de difícil acesso, onde realizei minha especialidade em Medicina Geral Integral, em 2008 cumprí uma missão internacionalista no país na Bolívia por 2 anos, depois voltei a trabalhar em meu estado onde todo tempo meu desempenho laboral foi como supervisora das ESF. Em agosto de 2016 aderi ao programa mais médicos pra Brasil e, desde então, atuo na cidade de Lajeado –RS há um ano. Estou lotada na Estratégia de Saúde da Família, JARDIM DO CEDRO. O território adscrito à ESF corresponde a 9 micro áreas.

A Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência cuja população dessa área fica sob sua responsabilidade. (ATENÇÃO BÁSICA/ESF 1994)

A ESF Jardim do Cedro pertencente ao bairro com o mesmo nome; Jardim do Cedro de município Lajeado, Rio Grande do Sul. A unidade conta com um quadro total de 20 funcionários (2 médicos, 1 dentista, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 1 recepcionista, 1 técnica em farmácia, 9 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 auxiliar de serviços. Temos um horário de funcionamento de 7:30 as 16:30 horas realizando ações de promoção e prevenção de saúde. Desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

Caracteriza-se por um total de 3383 habitantes, dentro dos quais temos uma população indígena. Constituindo em 719 famílias, 1395 são mulheres em idade fértil e dentro desse número, 756 são adolescentes. A principal atividade econômica de nossa comunidade é a indústria alimentaria.

Contamos com estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como rede de apoio (uma creche, uma escola). Há também duas Igrejas, e uma quadra de esportes.

Na equipe de jardim do cedro realizou o diagnóstico situacional de saúde onde foram identificados os problemas de saúde mais relevantes na população. Entre os problemas identificados a equipe destacou:

1. Alta incidência de adolescentes grávidas.
2. Elevado número de pessoas com doenças mentais e uso indiscriminado de medicamentos antidepressivo por parte dos pacientes.
3. Dificuldades com saneamento básico na comunidade

Na nossa área de abrangência o número de caso com gravidez na adolescência vai em aumento por dia, mais nos grupos de idades compreendidos entre 11-13; 14-16- 17-19 anos sendo motivo de consulta frequente em nossa unidade, apresentando-se em ocasiões na primeira consulta com gestação no segundo ou terceiro trimestre da gestação. Por isso, gravidez na adolescência é um dos principais fatores de risco mais importantes que está afetando a comunidade.

A gravidez na adolescência figura como grave problema que atinge parcelas crescentes da população brasileira. É grande a preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode gerar a saúde, a educação e ao desenvolvimento social e econômico, sendo assim observa-se uma alta taxa de evasão escolar, problemas familiares e dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho. A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência no município de Lajeado, um dos problemas de saúde de mais incidência e menos intervindo mediante ações de saúde, considerada muitas vezes um “problema” principalmente nos primeiros meses, sendo uma fase de adaptação e de aceitação de que uma nova vida está sendo gerada.

A ocorrência da gravidez precoce entre adolescentes da cidade de Lajeado tem se mostrado crescentes gerando a preocupação por parte do poder público da cidade. A escola é o meio capaz de favorecer a investigação do problema, bem como práticas educativas a fim de reduzir o número dessas adolescentes grávidas para que possam desfrutar a sua juventude e realizar os seus sonhos. Nesta perspectiva, destaca-se a importância de estudar o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes através do conhecimento e uso de métodos

contraceptivos por parte destas, uma vez que o uso correto e o conhecimento adequado destes métodos podem contribuir para a redução do índice de gestações na adolescência.

Justifica-se, por tanto, o grande número de adolescentes que procuram a unidade para atendimento, o que fez despertar a necessidade de realizar um plano de intervenção para um trabalho que possa contribuir para a diminuição destes índices. Diante disso, a abordagem a ser desenvolvida para este desafio faz-se a partir do conceito de educação para a sexualidade, no qual busca-se envolver, em um trabalho multidisciplinar, a escola da área de abrangência e os profissionais de saúde da unidade adstrita. Pretende-se desta forma diminuir as taxas de adolescentes grávidas na comunidade, através, principalmente, da elevação do nível de conhecimento quanto a sexualidade responsável e aos métodos contraceptivos.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde bastante comum no Brasil e em nosso município. É um assunto muito polêmico pois envolve muitos fatores de causas e consequências, transformando a vida dos jovens pais e de seus familiares. Este trabalho originou-se a partir do início da consulta pré-natal na unidade pela equipe, na qual a frequência de adolescentes grávidas chamou a atenção, e a partir de uma atividade em parceria com o CRAS com público alvo os adolescentes, identificamos os principais fatores desencadeantes do problema de saúde em questão, tema que motivou a equipe de saúde a estudar e atuar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,1985) entende-se por adolescente a faixa etária que possui entre 10 a 20 anos, sendo este período caracterizado por um intenso crescimento e por transformações anatômicas, fisiológicas e sociais.

Atualmente já não causa tanto espanto na sociedade que meninas de 10, 11, 12 anos tenham vida sexual ativa, assim como aparecem em consultórios portando alguma doença sexualmente transmissível (DST) e ou grávida. São fatores de riscos relacionados à gravidez na adolescência: o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, a ausência de companheiro e família, ausência de planos futuros, assim como a repetição do modelo familiar (mãe também adolescente). Importante considerar-se o início precoce da atividade sexual, a baixa autoestima, o abuso de álcool e drogas, a falta de

conhecimentos a respeito da sexualidade e o uso inadequado de contracepção, tendo relação com a falta de orientação sexual nas escolas, família e comunidade. E a depender do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como um evento normal, aceito dentro de seus costumes e normas. Preocupados com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família, a adolescente manifesta importantes carências informativas relativas a sexualidade, contracepção e risco de gravidez. Sendo assim, a gravidez precoce, apesar de ocorrer em todos os estratos sociais, parece ser mais prevalente nas classes menos favorecidas (RODRIGUES, 2010).

Diante dessa realidade a pergunta condutora para iniciar este projeto de intervenção foi: Quais ações de saúde podem ser realizadas na unidade de saúde da família para diminuir a incidência e recorrência de gravidez na adolescência?

2. CASO CLÍNICO: ESF JARDIN DO DECRO

ANAMNESE

Identificação

Nome: NSA.

Idade: 60

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio incompleto

Religião: Sem religião

Estado civil: Casada

Profissão: Aposentada

Naturalidade: RS/Lajeado.

Residência Atual: Lajeado.

QUEIXA PRINCIPAL:

Renovar receita medicas de uso continuo (Dia 08/06/2017).

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (08/06/2017)

Paciente portadora de HAS e DM faz 15 anos, em tratamento médico com uso contínuo de Enalapril 10 mg 1 cp 2v/dia, Metformina 850 mg 1 cp 3v/dia. Agora refere não está dormindo bem, a ido aumentando de peso progressivamente. Encontrasse sem o remédio da pressão, e só toma o medicamento quando se sente mal precisa renovar sua receita medica.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: REG, hipocorada e eupneica, Aumento de peso

Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas;

Tórax: Nega tosse, dificuldade respiratória;

Abdome: volumoso.

Sistema Geniturinário: nega disúria, leucorreia;

Sistema endócrino: nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;

Sistema nervoso: refere insônia, convulsões nega.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Nascida de parto normal é a segunda filha de 02 filhos;

Menarca 13 anos;

Sexarca 15 anos;

História Obstétrica: G1 P1A0.

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela)

Antecedente Cirúrgico: Colecistectomia.

Nega alergias, portadora de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

Medicamentos em uso: Enalapril e Metformina.

Antecedentes Familiares:

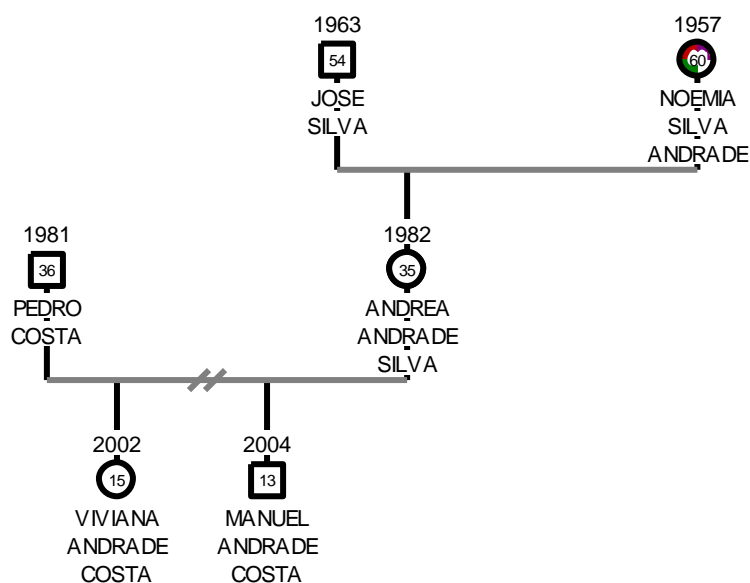
Pai falecido: Neoplasia de cérebro.

Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II;

1er irmão: com Diabetes Mellitus tipo II.

GENOGRAMA:

(Nomes fictícios)



Condições de Vida:

Alimentação: abundante carne, gorduras e alimentos compostos de farinha, poucas frutas e verduras.

Habitação: mora com seu marido senhor Jose Silva de 54 anos de idade, sem doenças neste momento, trabalha de vigilância com baixa renda, tem uma filha Andrea de 35 anos que está divorciada e abandono os filhos e foi embora por

Conflitos na casa, sus netos são Viviana de 15 anos e Manuel de 13 anos moram também com ela.

Um apartamento com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, garagem, Água potável.

História ocupacional: Trabalhou por 5 anos de faxina em casas de famílias.

Atividades físicas: Sedentária.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo.

Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (só o esposo que trabalha).

Vida conjugal e ajustamento familiar: Casada e tem conflito familiar com sua filha. Não tem contato com a filha.

EXAME FÍSICO

Somatoscopia:

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, fácies Normal, fala e linguagem típica, biótipo brevilíneo, atitude voluntária, mucosa hipocorada (+/4+), hidratada (+/4+), afebril ao toque.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36, °C;

PA: 150x100 mmHg; FC:

80 bpm;

FR: 19 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 75kg, Altura: 1,53 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 32 (Obesa).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia Retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho Preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

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

Abdome:

Inspeção: plano, cicatriz na FID, ausência de circulação colateral.

Presença de cicatriz cirúrgica de apendicectomia.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: timpânico, espaço de traube livre;

Palpação: Não doloroso a palpação profunda em região de epigástrico, com ausência de Visceromegalias e/ou massas.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão arterial Crônica descontrolada.

Obesidade.

Diabetes Mellitus tipo II

Conduta: Indico:

1- Captopril 25 mg 1 cp mastigável avaliar PA em 1 hora.

Enalapril 10 mg 1 cp 12/12 horas uso contínuo. VO

Metformina 850 mg 1 cp café, almoço e janta, uso contínuo. VO

2- Exames laboratoriais

- Glicose jejum.
- Colesterol total, HDL, LDL.
- Triglicérides.
- Creatinina.
- Potássio sérico.
- Eletrocardiograma.
- EQU.
- Fundoscopia.

3- Mudanças do estilo de vida:

Importância de realizar exercício físico, durante 30 minutos, como caminhada, para evitar o sedentarismo.

Dieta Saudável:

- a) -Diminuir o consumo de sal, evitar o uso de temperos prontos, evitar alimentos industrializados como salsichas, salame, diminuir o consumo de gorduras.
- b) -Consumir alimentos integrais como pães, massas.

4-controle periódico da pressão arterial por sete dias, no posto de saúde.

5- Acompanhamento pelo nutricionista.

6- Consulta agendada para 23/06/17.

7-Trazer resultado de exames de laboratório.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 23/06/2017)

Subjetivo: Consulta agendada

Paciente em regular estado geral, refere que está conciliando bem o sono, se alimentando bem. Relata que está fazendo uso adequado da medicação, e sua

PA se mantem com cifras normais. E já começou acompanhamento pela nutricionista

Resultados de exames laboratoriais.

Objetivo:

Medidas de PA 09/06/17 – 140/100; 10/06/17-130/95; 12/06/17-130-95; 13/06/17-140/90; 14/06/17-135-85; 16/06/17-120/80; 17/06/17-120/70; hoje 23/06/17 – 120/75 mm/hg

-FR 17x minuto

-FC 80 bpm

-Temperatura 36,0 °C

Exames de laboratório:

Glicose jejum 110 mg/dl.

Colesterol Total 189 mg/dl.

HDL 48,4 mg/dl.

LDL 40,5 mg/dl.

Triglicerídeos 102 mg/dl.

Creatinina 1,08 mg/dl.

Potássio 3,60 mEq/L.

EQU negativo.

ECG normal

Fundoscopia normal.

Medidas antropométricas:

Peso 73 kg.

Altura 1.53cm.

Estado nutricional: IMC 31.1 (Obesidade I)

Exame Físico:

Regional normal.

Por aparelhos normais

Avaliação:

Paciente está assintomática, com exame físico negativo, agora com cifras de PA normal com IMC 31.1 que mantém obesidade, perdeu 2 kg de peso, exames laboratoriais normais, ECG normal, pelo cálculo de risco de doença coronária (Framingham) ela está no grau moderado com 5 % de risco de apresentar eventos cardiovasculares em 10 anos.

Diagnostico: Hipertensão arterial crônica

Obesidade

Diabetes Mellitus tipo II.

Plano:

- 1- Enalapril 10 mg 2 cp ao dia e Metformina 850 mg 3 cp ao dia.
- 2- Avaliação por cardiologista.
- 3- Continuar dieta e acompanhamento pelo nutricionista.
- 4- Continuar com exercício físico sistemático
- 6- Consulta com odontologia, oftalmologia
- 7- seguimento em consulta a cada 6 meses

Visita Domiciliar:

Visita do Agente Comunitário para conhecer como estão as relações entre os Integrantes da família, e se mantem uso coreto da medicação continua.

Visita Médica e de Enfermagem para avaliar estado de saúde do paciente.

Solicitar apoio matricial pôr o Psicológico para os adolescentes.

Comunicar à Assistência Social para que visite a Família, envolvendo a Rede De Apoio na identificação de vulnerabilidade social.

Os principais problemas de saúde de nossa comunidade som as Doenças Crônicas não Transmissíveis, predominando as doenças cardiovasculares, representando a cause de morte mais frequente na população adulta. O Diabetes Mellitus e a segunda causa de mobilidade de nossa população, por isso que nossa ESF tem dirigido todos os esforços para lograr manter um controle sobre esta população risco e melhorar etos indicadores de morbimortalidade.

3. ATIVIDADE DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE.

No estudo dos casos foram apresentadas várias medidas de prevenção, educação e promoção da saúde e podem se relacionar estes conceitos as práticas de puericultura, pré-natal ou saúde mental que realizamos na ESF.

Um dos maiores desafios para o médico é manter uma adequada atualização, a medicina Baseada em Evidências é uma ferramenta útil na toma de decisões no nosso trabalho diário em relação com essas práticas e contribuir a uma atenção de qualidade.

Com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença, a unidade onde atuo, tenta fazer alguma mudança de paradigma, estimulando a saúde, tentar repensar atitudes. Este modelo de atenção tem o objetivo de promover ações de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças, contribuindo numa melhora da qualidade de vida dos usuários.

Na unidade onde eu estou inserida atualmente, percebo que as pessoas têm costume de fazer uso de muita medicação. Em vários casos, inclusive, uso de medicação continuada para dor, muitas vezes, mais dum fármaco. Tenho tentado fazer redução de algumas medicações, orientando dos prejuízos causados pelo excesso e continuidade de medicações, conversando sobre os efeitos colaterais dos mesmos.

Ainda sobre medidas preventivas forneço orientações aos usuários sobre importância de se alimentarem corretamente, evitando uso excessivo de sal, fazendo uso adequado de carboidratos, ainda incentivando o uso de frutas e verduras, práticas de exercício físicos.

Também temos um grupo de Lian Gong, que foi iniciado este ano, onde tenho encaminhado pessoas que tem disponibilidade de participar. Esta terapia tem a finalidade de reduzir dores crônicas, mais também prevenir e promover saúde. Este grupo acontece uma vez por semana, onde tem tido

participação de 25 a 35 pessoas. Temos incentivado também a participação neste grupo, de hipertensos e diabéticos, pois a terapia chinesa além de trabalhar doenças do corpo, também trabalha a mente. Somos sabedores de que quando fizemos qualquer grupo ele acaba sendo um elo onde as pessoas se integram, fazem novas amizades, enfim é um grande aliado para promoção da saúde das pessoas.

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

O usuário com doenças crônicas é, usualmente, um grande frequentador da Unidade Básica de Saúde, buscando-a por diversas razões: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para agudização de sua condição crônica, entre outras. Os protocolos clínicos baseados em evidências são muito úteis ao recomendar o que fazer em cada situação, a exemplo dos Cadernos de Atenção Básica.

Acolher adequadamente uma consulta de demanda espontânea implica responder à necessidade atual e organizar (programar) o acompanhamento de sua condição crônica. De modo geral, a ocorrência de uma situação aguda deve ser avaliada investigando:

- o uso das medicações prescritas, utilizadas, doses, horários.
- a alimentação (recentes eventuais exageros ou dieta muito restritiva).
- a atividade física (realização recente, muito intensa).
- o uso de álcool, tabaco e outras drogas.
- episódios de conflitos e outros estresses emocionais.

(Fonte: ministério da Saúde, 2014)

Em minha unidade de saúde destacamos a Atenção pré-natal como um os atendimentos, mas importante a ter em conta. O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e

disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal. O acompanhamento pré-natal de qualidade configura ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências de saúde materna, colaborando para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o bebê.

O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da saúde materna e neonatal, bem como para a diminuição das taxas de morbimortalidade correlatas, como a taxa de mortalidade materna.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

4. VISITA DOMICILIAR

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Na ESF em que trabalho tem no cronograma de visitas domiciliares todas as sextas feiras á tarde, o agendamento é feito pelos agentes comunitárias de saúde (ACS) conforme solicitação dos usuários e ou familiares. Atendemos uma área onde muita família não tem cobertura de ACS, nestas famílias, os familiares ligam ou vão a unidade de saúde para solicitar a visita quando necessário. Temos transporte e motorista disponível da secretaria da saúde.

VISITA DOMICILIAR

Realizo visitas domiciliar com Enfermeira e Agente comunitária no dia 01/12/2017, foi a pedido do familiar por estar a paciente com dificuldade para deambular, apresentando quadro respiratório de tosse, dor nas costas.

Residência localizada na rua Thomaz de Assumpção Pereira, 46.Bairro JARDIM DO CEDRO Lajeado.RS.

Chegamos a casa, nos recebeu a filha da paciente doente cumprimentamos e nos leva até ela que esta deitada no quarto.

Paciente Alvo: MDMW de 80 anos viúva, aposentada, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II há 9 anos com tratamento médico, apresentou amputação do quinto dedo do pé direito faz 1 anos devido acidente automobilístico ocorrido faz 4 anos, além de Hipertensão arterial de longa data, não fala muito, pouco

comunicativa, precisa da ajuda para todo, tem 3 filhos, sendo 2 mulheres e o homem. A filha que mora com ela Jandira de 49 anos não tem filhos e dedica todo seu tempo para a mãe, a outra filha vai diariamente na casa de sua mãe para ajudar a sua irmã a cuidar dela.

Queixa do momento:

A filha refere-se que a mãe faz três dias começo com tosse, encatarrada, sem febre, dor nas costas, perda do apetite, urina e defeca sem dificuldade.

Exame Físico:

Temperatura 36,2 °C.

Teste glicose 130 pós-prandial.

FR 17 irpm.

FC 72 bpm.

PA 120/80 mm/hg

Paciente impressiona normopeso, hidratada. Pele sim presença de lesões.

Pulmonar: Murmúrio vesicular preservado, ausculta-se estertores sibilantes, não tiragem, não dispneia.

Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, não sopro cardíaco.

Abdome não doloroso á palpação, não visceromegalias nem massas tumorais palpáveis, Ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Membros inferiores com pulsos presentes e normais

Tratamento atual:

Faz uso de metformina 850 mg 1 cp após café, almoço e janta, glibenclamida 5 mg 1cp antes do café, almoço e janta, losartana 50 mg 1 cp de 12/12h, hidroclortiazida 25 mg 1 cp pela manhã tomando os remédios diariamente, supervisionados por sua filha. Leva acompanhamento por endocrinologista, nutricionista periodicamente.

Cuidadora:

A filha Jandira é a responsável da mãe, se mantêm todo o tempo a cuidado dela, com ajuda da irmã, que ajuda na cozinha, limpeza da casa e quando se precisa movimentar ou dar banho. Elas têm todo tipo de condições que favorecem ao bom cuidado e bem-estar da paciente.

Estrutura Familiar:

Residem no domicílio.

Moram as duas, a filha e a mãe.

Situação de Saúde e de vida:

São pacientes de grande poder aquisitivo, com apoio econômico da família, observamos a existência de 2 carros na garagem.

A filha Jandira é a responsável de dar os medicamentos a mãe

Alimentação:

Tanto Jandira como sua irmã são responsáveis pelo preparo do alimento da família, café de manhã, almoço e janta. Com relação ao horário de tomar medicamentos a filha Jandira é a responsável.

Domicílio:

Casa bem estruturada com sala, 1 cozinhas, 4 quartos, com 2 banheiros garagem, 2 carros, piso de cerâmica, o quarto da paciente é espaçoso com 2 camas já que a filha dorme no quarto da mãe. Todo limpo e arrumado, não tem animais domésticos.

A mãe fica quase todo o dia sentada na poltrona reclinável, onde recebe todos os cuidados pôr o dia, a filha lê, conversa, olhe-a Tv, e recebem frequentemente visitas de vizinhos, amigos, de seu outro filho e nora.

Problemas do paciente

Problemas Crônicos: Diabetes mellitus, hipertensão Arterial Crônica.

Problema Agudo; Bronquite aguda.

Plano de cuidado:

Movimentar a paciente para evitar ulcera por pressão.

Abundante líquido

Continuar visita por agente comunitário mensal.

Visita domiciliar após resultado de exame Rx de tórax, Hemograma, VHS

Plano medicamentoso:

Azitromicina 500mg 1 cp ao dia por 6 dias.

Loratadina 10 mg 1 cp ao dia por 7 dias.

Paracetamol 500mg 1 cp de 6/6 horas se dor ou febre.

Continuar tratamento de doenças crônicas.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

5.REFLEXÃO CONCLUSIVA.

A Constituição reconheceu a saúde como direito do cidadão e criou o SUS como o sistema público de saúde responsável por garantir, de modo universal e igualitário, o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como principais ações da atenção primária de saúde.

Na realidade, a expressão “atenção primária” pode muitas vezes conduzir o interprete mais desatento à compreensão de que se está tratando de uma assistência menor, elementar, uma vez que a palavra primária tanto pode ser interpretada como principal, fundamental como limitada, rudimentar, superficial (Novo Dicionário Aurélio).

O curso de especialização (pós-graduação em saúde da família) tem sido muito importante, já que representa uma guia no conhecimento dos programas e políticas da saúde brasileira que em particular considero que estão muito bem estruturados com um enfoque verdadeiramente comunitário, social e preventivo.

Comecei o curso em Especialização em saúde da família há 13 meses tendo como sede a Universidade Federal de Porto Alegre, Rio Grande Do Sul, usando a modalidade a distância. Em meu caso foi uma experiência nova e interessante, que me deu a oportunidade de trabalhar em conjunto e diante de um mesmo objetivo com a equipe de trabalho da unidade de saúde de Jardim do Cedro, onde eu atuo desde que cheguei ao Brasil.

Durante o curso a parte que mais gostei foi o estudo dos casos complexos no Eixo II, já que me ajudou em minha prática médica diária, a conhecer com mais profundidade os protocolos de tratamentos, ampliar meus conhecimentos em relação às condutas tomadas em cada situação, assimilei habilidades e recursos específicos para meu aperfeiçoamento como profissional e contribuição na organização do processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

Além disso, me permitiu trabalhar mais perto da comunidade, conhecer suas peculiaridades, cultura, necessidades e foi possível colocar meu pequeno grão

de areia na solução dos problemas na comunidade em meu atuar diário como médico da ESF Jardim do Cedro, em Lajeado, RS.

De forma geral o curso de pós-graduação a distância tornou se uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais de saúde que atuamos nas ESF, me permitiu a troca de experiências a traves de fóruns e chats disponíveis, e adquirir maior conhecimento sobre a Atenção primaria à saúde.

Muito obrigada ao Ministério de Saúde Pública do Brasil, à UFCSPA e aquelas pessoas que acreditaram e deram seu voto a participação de outros profissionais médicos estrangeiros no Programa Mais médicos para o Brasil e ao curso de Especialização da Saúde da Família. A todos, MUITO OBRIGADO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica N° 36. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

2-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica N° 37. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

3-CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. Volume1. Brasília DF, 2012. Diretrizes. Para A Atenção Domiciliar Na Atenção Básica.

4-MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2008.

5-MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. [Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013](#), publicada no Diário Oficial da União nº 34, Seção 1, do dia seguinte, p. 71.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Danieyis Nunez Hechavarria

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
EDUCATIVA

PORTO ALEGRE

2017

RESUMO

A gravidez na adolescência registra números alarmantes no Brasil e é considerada como um problema de saúde pública, pesquisas apontam para a urgência de realizar ações de intervenção que promovam a saúde sexual dos jovens. Diante os muitos fatores que estão interligados a este fenômeno, a falta de informação associada ao perfil socioeconômico da população mais atingida são sinais claros que ajudam a entender melhor a situação, por isso a promoção de orientação sexual nestas idades deve ser uma das linhas de cuidado prioritárias nas Unidade de Saúde da Família. Frente a esta preocupante situação identificada no município Lajeado, na ESF JARDIM DO CEDRO, o trabalho objetivou estabelecer um plano de intervenção para diminuir a incidência da gravidez na adolescência, assim como o envolvimento dos profissionais da saúde, educação e demais segmentos sociais da comunidade, baseado em ações e medidas preventivas e educativas, através de trabalho multidisciplinar. Espera-se diminuir a incidência da gravidez na adolescência com a presença de adolescentes mais informados e conscientes sobre sexualidade, o aumento e o alcance das atividades dos professores sobre adolescência e sexualidade, assim como a participação da família e setores da comunidade e melhor adesão dos métodos contraceptivos.

Palavras-chaves: Gravidez na Adolescência, Educação Sexual, Anticoncepção.

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	7
2.1 Geral	7
2.2 específicos	7
3. Revisão da literatura	8
4. Metodologia	14
5. Cronograma	16
6. Recursos necessários	17
7. Resultados esperados	18
8. Referências	19
ANEXOS	21

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência cuja população dessa área fica sob sua responsabilidade. (ATENÇÃO BÁSICA/ESF 1994)

A ESF Jardim do Cedro pertencente ao bairro com o mesmo nome; Jardim do Cedro de município Lajeado, Rio Grande do Sul. A unidade conta com um quadro total de 20 funcionários (2 médicos, 1 dentista, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 1 recepcionista, 1 técnica em farmácia, 9 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 auxiliar de serviços. Temos um horário de funcionamento de 7:30 as 16:30 horas realizando ações de promoção e prevenção de saúde. Desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

Caracteriza-se por um total de 3383 habitantes, constituindo em 719 famílias, 1395 são mulheres em idade fértil e dentro desse número, 756 são adolescentes. A principal atividade econômica de nossa comunidade é a indústria alimentaria.

Na equipe de jardim do cedro realizou o diagnóstico situacional de saúde onde foram identificados os problemas de saúde mais relevantes na população.

Entre os problemas identificados a equipe destacou:

1. Alta incidência de adolescentes grávidas.
2. Elevado número de pessoas com doenças mentais e uso indiscriminado de medicamentos antidepressivo por parte dos pacientes.
3. Dificuldades com saneamento básico na comunidade

Na nossa área de abrangência o número de caso com gravidez na adolescência vai em aumento por dia, mais nos grupos de idades compreendidos entre 11-13; 14-16- 17-19 anos sendo motivo de consulta frequente em nossa unidade, apresentando-se em ocasiões na primeira consulta com gestação no segundo ou terceiro trimestre da gestação. Por isso, gravidez na adolescência é um dos principais fatores de risco mais importantes que está afetando a comunidade.

A gravidez na adolescência figura como grave problema que atinge parcelas crescentes da população brasileira. É grande a preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode gerar a saúde, a educação e ao desenvolvimento

social e econômico, sendo assim observa-se uma alta taxa de evasão escolar, problemas familiares e dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho. A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência no município de Lajeado, um dos problemas de saúde de mais incidência e menos intervindo mediante ações de saúde, considerada muitas vezes um “problema” principalmente nos primeiros meses, sendo uma fase de adaptação e de aceitação de que uma nova vida está sendo gerada.

A ocorrência da gravidez precoce entre adolescentes da cidade de Lajeado tem se mostrado crescentes gerando a preocupação por parte do poder público da cidade. A escola é o meio capaz de favorecer a investigação do problema, bem como práticas educativas a fim de reduzir o número dessas adolescentes grávidas para que possam desfrutar a sua juventude e realizar os seus sonhos. Nesta perspectiva, destaca-se a importância de estudar o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes através do conhecimento e uso de métodos contraceptivos por parte destas, uma vez que o uso correto e o conhecimento adequado destes métodos podem contribuir para a redução do índice de gestações na adolescência.

Justifica-se, por tanto, o grande número de adolescentes que procuram a unidade para atendimento, o que fez despertar a necessidade de realizar um plano de intervenção para um trabalho que possa contribuir para a diminuição destes índices. Diante disso, a abordagem a ser desenvolvida para este desafio faz-se a partir do conceito de educação para a sexualidade, no qual busca-se envolver, em um trabalho multidisciplinar, a escola da área de abrangência e os profissionais de saúde da unidade adstrita. Pretende-se desta forma diminuir as taxas de adolescentes grávidas na comunidade, através, principalmente, da elevação do nível de conhecimento quanto a sexualidade responsável e aos métodos contraceptivos.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde bastante comum no Brasil e em nosso município. É um assunto muito polêmico pois envolve muitos fatores de causas e consequências, transformando a vida dos jovens pais e de seus familiares. Este trabalho originou-se a partir do início da consulta pré-natal na unidade pela equipe, na qual a frequência de adolescentes grávidas chamou a atenção, e a partir de uma atividade em parceria com o CRAS com público alvo os adolescentes, identificamos os principais fatores desencadeantes do problema de saúde em questão, tema que motivou a equipe de saúde a estudar e atuar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,1985) entende-se por adolescente a faixa etária que possui entre 10 a 20 anos, sendo este período caracterizado por um intenso crescimento e por transformações anatômicas, fisiológicas e sociais.

Atualmente já não causa tanto espanto na sociedade que meninas de 10, 11, 12 anos tenham vida sexual ativa, assim como aparecem em consultórios portando alguma doença sexualmente transmissível (DST) e ou grávida. São fatores de riscos relacionados à gravidez na adolescência: o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, a ausência de companheiro e família, ausência de planos futuros, assim como a repetição do modelo familiar (mãe também adolescente). Importante considerar-se o início precoce da atividade sexual, a baixa autoestima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimentos a respeito da sexualidade e o uso inadequado de contracepção, tendo relação com a falta de orientação sexual nas escolas, família e comunidade. E a depender do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como um evento normal, aceito dentro de seus costumes e normas. Preocupados com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família, a adolescente manifesta importantes carências informativas relativas a sexualidade, contracepção e risco de gravidez. Sendo assim, a gravidez precoce, apesar de ocorrer em todos os estratos sociais, parece ser mais prevalente nas classes menos favorecidas (RODRIGUES, 2010).

Diante dessa realidade a pergunta condutora para iniciar este projeto de intervenção foi: Quais ações de saúde podem ser realizadas na unidade de saúde da família para diminuir a incidência e recorrência de gravidez na adolescência?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência da gravidez na adolescência na ESF Jardim do Cedro /ESF, através de uma abordagem multidisciplinar.

2.2 Específicos

- Capacitar os professores e agentes comunitários de saúde (ACS) para a elaboração e execução de ações de educação em saúde voltadas aos adolescentes sobre sua capacidade de negociação e recusa diante de comportamento de risco.
- Conhecer e aumentar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade (início da vida sexual, métodos contraceptivos e DST).
- Estimular a ampliação da comunicação entre adolescentes e família.
- Facilitar e adaptar o projeto com as características socioculturais da comunidade e do grupo alvo produzindo intercâmbio entre os setores, escola e família

3. REVISÃO DA LITERATURA

Uma gravidez não planejada pode ter consequências negativas, principalmente quando acontece na adolescência. Ao engravidar, uma jovem pode ter o seu presente e futuro totalmente alterados. As perspectivas de continuar sua educação diminuem e as oportunidades de ter um emprego também reduzem, fortalecendo assim um ciclo de pobreza, desigualdade e exclusão.

Todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões de adolescentes são menores de 15 anos-número que podem aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida, 95% dos nascimentos de filhos e filhas de adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos, 680 mil partos são de mães adolescentes e cerca de metade deles acontece nos Estados Unidos. Os adolescentes representam cerca de 18% da população do mundo, sendo que 88% deles vivem em países em desenvolvimento. Anualmente, acontecem até 3,2 milhões de abortos inseguros em países em desenvolvimento envolvendo adolescentes de 15 a 19 anos. Estima-se que 70 mil adolescentes em países em desenvolvimento morrem a cada ano por complicações durante a gravidez ou o parto. A educação reduz a probabilidade de casamento precoce e retarda a gravidez. O casamento precoce está fortemente associado com a gravidez na adolescência, cerca de 39 mil garotas com menos de 18 anos se casam todos os dias (UNFPA, 2013).

A gravidez entre adolescentes no Brasil é alta e tem repercussões econômicas relevantes para a sociedade, para as jovens e suas famílias. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o número de adolescentes grávidas também está crescendo no país. Entre 2011 e 2012, o total de filhos gerados quando as mães tinham entre 15 e 19 anos quase dobrou: de 4.500 para 8.300. Ainda segundo o IBGE, nessa faixa de idade 18% das mulheres já engravidaram ao menos uma vez. Só no Brasil são cerca de 700 mil meninas sendo mães todos os anos e desse total pelo menos 2% tem entre 10 e 14 anos, sendo que elas não têm nenhuma preparação psicológica e nem financeira para poder dar um bom futuro a essas crianças.

Segundo o DATASUS, 600 mil partos no país (21,5% do total), são de mães com menos de 20 anos, 75% das adolescentes que têm filhos não estudam e 57,8% não estudam nem trabalham. Pesquisa do Banco Mundial mostra que cada ano adicional de ensino secundário de uma menina aumenta sua renda potencial futura entre 15% e 25%.

No que concerne à gravidez na adolescência, no Brasil e nos países em desenvolvimento estudos realizados por (FERNANDES; SANTOS; ROSA, 2012), ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude como também aos problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente. Se, para a adolescente, a gravidez significa reformulação dos planos de vida e necessidade de assumir papel para o qual, talvez, ainda não esteja preparada, para seus pais tal experiência é marcada por sentimentos de surpresa e pelo questionamento: "onde foi que eu errei?". O fato denuncia um fenômeno muitas vezes ignorado no ambiente familiar, que é a educação quanto à sexualidade na adolescência (FERNANDES; SANTOS; ROSA, 2012).

Dados analisados em uma pesquisa por (FIOCRUZ, 2015) mostra que as adolescentes são consideradas um grupo vulnerável quando o assunto é gestação não planejada. Um levantamento feito com cerca de 24 mil grávidas em todo o Brasil revelou que, entre as adolescentes, dois terços não desejavam a gravidez e 3,4% disseram ter tentando interromper a gestação. Menor conhecimento sobre o corpo e fertilidade, sensação de poder e o pensamento mágico de que "comigo não vai acontecer", relacionamentos não estáveis, vergonha ou falta de coragem de negociar a prevenção, são alguns dos fatores que podem ajudar a explicar a falta de adesão aos métodos contraceptivos.

Seguem Organização Mundial de Saúde (2009), adolescentes têm maior risco de complicações e mortalidade, sendo o parto a principal causa de morte de mulheres jovens entre 15 e 19 anos em países em desenvolvimento. A incidência de mortalidade infantil é, em média, quatro vezes maior, quando comparada à de mães com idade acima de 20 anos. Além disso, bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, conseqüentemente, maior chance de morte do que filhos de mães adultas. Esses riscos se devem em parte a fatores biológicos como a imaturidade fisiológica e o desenvolvimento incompleto da pelve feminina e do útero das adolescentes. Ao mesmo tempo, a imaturidade emocional do adolescente pode levar a dificuldades em estabelecer relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança, que podem aumentar os riscos de agravos à saúde física e emocional da adolescente e do bebê.

Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante a gravidez e, mesmo após esse evento, que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações, como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, pré-eclâmpsia, desproporção céfalo – pélvica e depressão pós-parto estão associadas à gravidez na adolescência. Por outro lado, em relação à saúde do bebê, a gestação na adolescência encontrando-se associada a situação de prematuridade, baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtorno do desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Estudos feitos por Farias e Carvalho (2005), a escola constitui um espaço privilegiado, para a promoção de saúde através de um enfoque amplo, visando à construção da cidadania e envolvendo crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento. Por tanto, a escola se torna o melhor local para a discussão de assuntos relativos ao adolecer, a sexualidade, e outros aspectos para obter um desenvolvimento saudável, formação e preparação para a vida adulta, o objetivo da escola promotora de saúde concentra-se em criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, para se cuidarem, serem solidários, e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. Neste pensamento, implica a participação dos serviços de saúde, mais concretamente dos centros de saúde, através da criação de parcerias com escolas, com o intuito de

facilitarem a criação de condições para os alunos a comunidade educativa e assim, permiti-los desenvolver plenamente as suas potencialidades e adquirir competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis.

Pelos dados do Portal da Saúde (2015) os filhos de mães adolescentes apresentam maior vulnerabilidade social, já que estatisticamente correm mais risco de abandono, violência doméstica e baixo acesso à saúde e à educação. Para complicar a situação, a reincidência de gestações é frequente. Aproximadamente 30% das adolescentes engravidam no primeiro ano pós-parto, e entre 25% e 50%, no segundo ano pós-parto, tornando ainda mais difícil a reintegração da mãe à escola e ao mercado de trabalho.

Desde estudos de Hercomitz (2002) e atualmente, os meios de comunicação junto à internet são os responsáveis pela grande maioria das informações recebidas pelos jovens, que em sua maioria não tem o discernimento para saber se estas são corretas, distorcidas, incompletas ou imprecisas. Enquanto os pais se calam, e deixam de forma exclusivamente para a escola as orientações a serem transmitidas, a mídia vende o sexo como mercadoria de consumo, encontrando ávidos fregueses entre os adolescentes.

Existe uma grande preocupação do poder público com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde da mãe, do recém-nascido, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. Isso se deve ao fato de esta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho (MANFRÉ; QUEIRÓZ; MATTHES, 2010), o que pode torná-los marginalizados, agravando o quadro de pobreza do país. Com isso, alguns autores consideram a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual precoce. Acredita-se que os riscos da gravidez durante a adolescência sejam mais determinados por fatores psicossociais relacionados à estrutura familiar, ao ciclo da pobreza e educação existente, e fundamentalmente, à falta de perspectivas na vida dessas jovens sem escola, saúde, cultura, lazer e emprego; para elas, a gravidez pode representar a única maneira de modificarem seu status na vida. O enfoque de risco aparece fortemente associado a esta faixa etária por meio das expressões como gravidez de risco, risco para DST e AIDS e por usar

drogas ilícitas. Assim, o risco generalizado parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Uma das formas mais eficientes de assegurar a participação da comunidade é o emprego de promotores ou agentes comunitários, oriundos da própria população-alvo, treinados para um objetivo específico que atuem em benefício dessa comunidade em particular. Mulheres adolescentes de uma determinada comunidade podem se tornar promotores de saúde em programas educativos, voltados a modificar o quadro problemático da gravidez na adolescência na comunidade. Os postos de saúde devem contribuir com ações educativas, voltadas para os adolescentes de ambos sexos, ampliando assim estas ações para ambiente escolar.

Em relação à atuação do ACS junto à população adolescente, em Propostas Educativas. Adolescentes e Saúde, 2013, o Ministério da Saúde ressalta que esse trabalhador deve identificar os adolescentes de sua micro área de abrangência e planejar suas atividades, considerando que é necessário orientá-los quanto ao esquema vacinal, a sexualidade (doenças sexualmente transmissíveis-DST/HIV/AIDS, anticoncepção, gravidez), ao uso de álcool e outras drogas, a importância da educação, a violência e acidentes, aos riscos no trânsito, à atividade física e saúde, aos hábitos saudáveis, a saúde bucal. Pelo exposto, os ACS são atores fundamentais, além do destaque crescente desse trabalhador no Sistema Nacional de Saúde. A produção científica sobre ACS e sua prática com o adolescente mostra, a partir de levantamento bibliográfico na base de dados online Sistema Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor “agente comunitário de saúde”, que foram produzidos 161 trabalhos, entre artigos, monografias e teses destes trabalhos, foram selecionados 45 estudos para leitura, os quais estavam apresentados sob a forma de artigos, e abordavam a prática do ACS na Estratégia Saúde da Família. Não foi encontrado nenhum artigo sobre o trabalho do ACS junto ao adolescente. Assim, firmamos como ponto de interesse. (STOTZ, DAVID, BORNSTEIN, 2009)

Atualmente, o Brasil deixa de acrescentar US\$ 3,5 bilhões de dólares à sua riqueza nacional (PIB) por ano devido à gravidez de adolescentes. Um trabalho do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) de 2013 mostra que o planejamento reprodutivo voluntário é um dos investimentos mais custo-efetivos que

um país pode fazer em seu futuro. Cada dólar gasto em planejamento familiar pode economizar até 6 dólares dos governos, possibilitando que estes invistam mais em atenção básica e outros serviços de saúde.

O planejamento reprodutivo voluntário foi um dos maiores avanços em saúde pública alcançados no último século. Ele permite que as mulheres tomem decisões informadas sobre se e quando querem ter filhos, reduzindo a mortalidade materna e infantil, além de diminuir as taxas de gestações não planejadas e abortos inseguros, e aumentar as oportunidades para as mulheres, resultando em famílias e comunidades mais saudáveis e prósperas (GATES FOUNDATION, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 Público-alvo

Os possíveis beneficiados com nosso trabalho seriam:

- * Adolescentes das escolas.
- * Professores e Agentes de Saúde Comunitários.
- * Família / Comunidade.

4.2 Desenho da operação:

O projeto de intervenção será desenvolvido dentro da Unidade Básica de Saúde (salão de reuniões) e em as escolas pertencentes a nossa área de saúde, em três etapas, na primeira etapa com a capacitação dos agentes de saúde (ACS), aproveitando o cenário de reunião da equipe dentro do mês, no salão de reuniões; a segunda etapa capacitação dos professores e adolescentes, tendo seções de aulas e outra terceira com as famílias, mediante a consulta de planejamento familiar e as visitas domiciliares, em forma de roda de conversa, palestras e conversas cara a cara e serão abordados os seguintes temas:

- Puberdade.
- Sexualidade na adolescência.
- Métodos contraceptivos /uso de camisinha.
- Complicações e consequências da gravidez na adolescência. Com isso os agentes poderão reconhecer as adolescentes com risco concepcional, além de apoiar e incentivar ao uso de camisinha em adolescentes como prevenção da gravidez e doenças sexuais transmissível nas visitas domiciliares realizadas no mês por eles. Num segundo momento serão desenvolvidos dentro das escolas (salão de aulas), primeiramente a coleta de dados dos adolescentes como idade deles, conhecimento a respeito de sexualidade reprodutiva, o início das relações sexuais, os métodos concepcionais e uso e importância da camisinha em a prevenção da gravidez e doenças de transmissão sexual.

Ao mesmo tempo, já serão confeccionadas cartilhas com as informações sobre os temas abordados pelos agentes comunitários de saúde, numa linguagem clara e compreensível para os adolescentes e familiares, as quais serão distribuídas nas

consultas de planejamento familiar, visitas domiciliares assim como nos encontros presenciais com os adolescentes e professores em as escolas.

Os encontros presenciais com os adolescentes e professores , serão desenvolvidas com uma frequência mensal, organizado e conduzido pela equipe de saúde da família, em forma de roda de conversa, o universo de adolescentes serão divididas por grupos de idades para a assistência as reuniões (11 a 13,14 a 16 e 17 a 19 anos), com a presença dos agentes comunitários de saúde e professores correspondentes, os quais iriam dar suporte nos temas explicados assim como receber atualizações e propostas recomendadas pelo Ministério de Saúde; serão tratados os temas implícitos nas cartilhas distribuídas, e as gestantes adolescentes terão a oportunidade de falar acerca de suas experiências, e em geral todos os adolescentes poderão esclarecer dúvidas que surgirem no transcurso.

Da mesma forma serão feitas palestras com os familiares (inclui esposos ou parceiros, pais, avós e sogros) que convivem no mesmo lar dos adolescentes, com uma frequência trimestral, intervindo nos mesmos temas abordados nas cartilhas, mais também incluindo a importância do apoio deles no processo de prevenção da gravidez e sexualidade na adolescência, planejamento familiar, entre outros temas; essas atividades serão desenvolvidas nas ruas, na unidade de saúde, e nas escolas do município pertencentes a nossa área de abrangência. .

Finalmente será estabelecida uma consulta do controle de risco concepcional na adolescência, se criara um sistema de registro a onde os dados serão inclusos em cada consulta desenvolvida tanto de planejamento familiar ou visitas domiciliares. O preenchimento do registro é de rápida execução, constando nome da adolescente, data de nascimento, número de prontuário, data da consulta, recebimento das cartilhas, vida sexual ativa ou não, início da primeira relação sexual, em caso de vida sexual ativa identificar método concepcional, uso de drogas e gravidez. Neste seria muito importante para nós guiar com relação aos avanços do projeto de intervenção assim como avaliação do mesmo.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	x	x	x			
Segundo momento		x	x			
Terceiro momento				x	x	
Quarto momento					x	x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Neste projeto serão necessários:

Recursos Materiais.

- Caneta
- Folias papel
- Tintas para impressora
- Impressora digital
- Computador
- Cadernos de Atenção básica.

Recursos Humanos.

- Recursos humanos compostos pela equipe de trabalho da ESF
- Enfermeira
- Técnicas de enfermagem
- Psicólogo
- ACS
- Dentista
- Medico

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Diminuir a incidência da gravidez na adolescência assim como a recorrência de uma segunda gravidez em nessas adolescentes.

- Conseguir uma preparação ao 100% dos ACS de nosso município para poder identificar e reagir ante situações em risco dos adolescentes pertencentes a sua área de abrangência.

- Aumentar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre uma sexualidade responsável.

- Mudar a atitude dos profissionais da educação sobre brindar mais informação aos adolescentes sobre sexualidade, assim como melhor preparação ante situações de risco com adolescentes de sua turma.

- Melhorar a comunicação entre os adolescentes e a família assim como a incorporação a consulta de planejamento familiar em caso fosse possível.

-Envolver os diferentes setores em nosso projeto assim como conseguir a participação da comunidade.

8. REFERÊNCIAS

Rodrigues, R. M. Gravidez na Adolescência. *Nascer e Crescer*. (Online) v.19, u.3, p.201-201,2010.

Relatório “Situação da População Mundial 2013”, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), “Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência”.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2014. Disponível em: www.ibge.gov.br/

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acesso em: 11 de Julho de 2012.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2011. Abrange todos os nascimentos no Brasil e não somente os que aconteceram no SUS. Acessado em 08/10/2015. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf

Psacharopoulos, G. et al. “Returns to Investment in Education: A further Update”. Policy Research Working Paper 2881 (Washington, DC: World Bank 2002). Acessado em 08/10/2015. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=600769

FERNANDES, Santos; Rosa. Gravidez na adolescência na Percepção das Mães de Gestantes Jovens. *Actua Paul Enferm*. São Paulo, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000100010&script=sci_arttext . Acesso em: 11 de junho de 2012.

Because I am a Girl. The State of the World’s Girls 2009. Girls in the Global Economy: Adding It All Up, p.51. London, Plan. World Health Organization WHO, Women and Health. Acessado em 08/10/2015. Disponível em: <https://plan-international.org/state-worlds-girls-2009-girls-global-economy>

DIAS, A.CG, Teixeira, M.A.P. Gravidez na adolescência 2010: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*. v.20, n.45, p.123-131. Jan./abr.2010.

Levantamento do Movimento Todos pela Educação, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA) de 2013

FARIAS, H.A, CARVALHO, G.S. Escolas promotoras de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde. v.22, n.2, jul/dez, 2005.

Portal da Saúde. Rede Cegonha. Acessado em 08/10/2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna*.v.38, n.3.p.392-395,2002

MANFRÉ; QUEIROZ; MATTHES. Considerações Atuais sobre Gravidez na Adolescência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Ribeirão Preto (SP) n.17, v.5, 2010, p. 48 – 54.

BUENDGENS, B, B; ZAMPIERI, M, A. A Adolescente Grávida na Percepção de Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica. *Esc Anna Nery Ver de Enf*. n. 16, n. 1, p. 64 – 72, jan - mar, 2012.

BRASIL. Atuação do Agente Comunitário de Saúde No Cuidado Ao Adolescente: Propostas Educativas. *Adolescentes e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 28-35, jul/set 2013 *Adolescência & Saúde*.

STOTZ EN, DAVID HMSL, BORNSTEIN VJ. o agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS*. 2009;12(4):487-97.

Estudo “Situação da População Mundial 2013”, com tema “Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência”. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), outubro de 2013. Acessado em 08/10/2015. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SWOP%202013%20-%20Summary%20Portugues.pdf>

BILL & MELINDA GATES FOUNDATION. Acessado em 08/10/2015. Disponível em: <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Family-Planning>

Saiba quais são os riscos da Gravidez na Adolescência. *Jornal Portal Espírito Santos*.www.folhavoria.com.br/.../2016/01/ conheça alguns...Atualizado em 12/05/2015.

ANEXO

**CONHEÇA OS
PRINCIPAIS
MÉTODOS PARA
EVITAR UMA GRAVIDEZ
NÃO PLANEJADA**

Preservativo

Conhecido como camisinha, é o único método que oferece dupla proteção, previne a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.



Pílula Anticoncepcional

Para o uso da pílula, é preciso consultar um ginecologista. A pílula precisa ser tomada regularmente e não somente no dia da relação.



E LEMBRE-SE: ela não protege das doenças sexuais, então, use sempre camisinha.

Para conhecer outros métodos anticoncepcionais, procure um médico.



**ADOLESCÊNCIA SEM FILHOS
É MUITO MAIS LEGAL.**



**HIV
na Gravidez**



Você sabia?

A cada 60 segundos nasce uma criança com HIV. 1.440 por dia. Aproximadamente 600.000 ao ano e 98% delas morrerá antes de completar os 2 anos.



**GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA**

É A MELHOR HORA?





**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
PODE INTERROMPER SONHOS,
OS ESTUDOS E OUTROS
PROJETOS DE VIDA.
PREVINA-SE!**

"Quando eu tinha 14 anos, conheci um cara na balada e engravidei. Eu sabia dos riscos da gravidez, mas não me preveni. Se pudesse voltar atrás eu faria tudo diferente, porque minha vida mudou muito com a chegada da minha filha. Antes eu saía com as amigas, ia para o shopping e, depois da gravidez, perdi muitas amizades e quase não saio de casa. Voltei a estudar depois de um ano e, hoje sonho em concluir meus estudos, ter um marido trabalhador que possa ser um pai para a minha filha e que ela seja uma boa moça."

**Mariana (nome fictício), 16 anos
Limeira / SP**

"Tenho 16 anos e desde os 12 participo dos projetos sociais do Ceprosom. Atualmente estou no Programa de Educação para o Trabalho, sou menor aprendiz em uma rede de supermercados e curso o 2º ano do Ensino Médio à noite. Sou comunicativa e meus projetos são: cursar Administração de Empresas, conquistar um bom emprego nessa área e constituir família. Acho que a adolescência não é o momento certo para ter um filho, pois os sonhos e projetos de vida podem ser prejudicados com a chegada de uma criança."

**Júlia (nome fictício), 16 anos
Limeira / SP**

"Tenho 17 anos e minha filha tem sete meses. É uma responsabilidade muito grande ser pai nessa idade, porque não posso mais ser adolescente, agora tenho que pensar como adulto. Antes eu tinha mais liberdade, saía bastante com meus amigos, mas agora minha consciência não deixa e o pouco dinheiro que entra é para o sustento dela. Namorei por três anos com a mãe da minha filha, mas depois do nascimento o relacionamento mudou. Agora não somos mais namorados, mas estamos tentando recomeçar o relacionamento aos poucos."

**Leonardo (nome fictício), 17 anos
Limeira / SP**

**O DIA-A-DIA DO ADOLESCENTE
SEM FILHO**

- Ir à escola
- Colocar o papo em dia com a turma
- Tirar um cochilo
- Reunir-se com os amigos para fazer o trabalho da escola
- Navegar na internet
- Estudar
- Namorar
- Praticar esportes
- Dar uma volta no shopping
- Comer um lanche com os amigos
- Assistir um filme
- Paquerar
- Churrasco com a família
- Tuitar
- Ir ao inglês



**A ROTINA DO ADOLESCENTE
COM FILHO**

- Trocar fralda
- Amamentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Dar banho
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO:** Dia de vacinal!
- Preparar a papinha
- ATENÇÃO:** Bebê chorando!
- Amamentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Trocar a fralda
- Dar banho
- Levar ao pediatra
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO:** Comprar fraldas!
- ATENÇÃO:** Bebê chorando!
- Amamentar
- Colocar o bebê para arrotar
- Trocar fralda
- Colocar o bebê para dormir
- ATENÇÃO ACORDE:** Bebê chorando!

