

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Leydis Caballero Frometa

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Professor orientador: Dr Daniel Victor Corilano Serafim.

BENJAMIN CONNSTANT AMAZONAS

2018

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 2 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO. | 14 |
| 4. VISITA DOMICILIAR | 17 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA..... | 20 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 22 |
| 7. ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO | 23 |

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Leydis Caballero Frometa, tenho 31 anos e sou natural de Cuba. No ano 2009 me graduei de medica na Universidade de Ciências Médicas de Oriente (Cuba), logo estudei a especialidade de Saúde da Família e Comunidade. Trabalhei por 3 anos na medicina preventiva em meu país natal, e no ano 2012 como parte do convenio Cuba-Venezuela foi contratada para participar no programa “Bairro Adentro” durante 2 anos na Venezuela. Posteriormente com a criação do programa Mais Médicos para o Brasil, iniciei meu trabalho neste país como parte da cooperação medica que existe entre Brasil- OPAS-Cuba. Atualmente trabalho desde agosto do ano 2016 no estado Amazonas, município Benjamin Constant, na UBS Alcino Castelo Branco, cuja área de abrangência atende o Bairro Centro. O território adscrito à UBS corresponde a 10 micro áreas consideradas de alto risco pelas condições sócias, econômicas e ambientais desfavoráveis. Trata-se de uma população com baixo nível econômico e com uma baixa escolaridade. O município em geral tem pouco desenvolvimento e junto com a escassa gestão do governo municipal influi em a aparição de condições desfavoráveis para a saúde das pessoas.

A população atendida abrange um total de 2473 pacientes, tendo entre os principais problemas de saúde a Hipertensão arterial, parasitoses intestinais, infecções das vias aéreas superiores e infecções do trato urinário. Por enquanto, em os últimos anos na atenção pré-natal há aumentado a prevalência dos casos de gravidez na adolescência, por isso o projeto de estudo foi sobre uma intervenção educativa sobre os riscos da gravidez na adolescência na Unidade Básica de saúde Alcino Castelo Branco-Benjamin Constant - AM.

Este projeto foi direcionado para adolescentes grávidas da área de abrangência da UBS, com a proposta de determinar as modificações dos conhecimentos sobre gestação na adolescência depois do programa educativo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na UBS Alcino Castelo Branco do município de Benjamin Constant - AM. A metodologia foi através da identificação destas pacientes e convite pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Caso Clínico: UBS Alcino Castelo Branco.

Anamnese:

Identificação:

Nome: Carla Farias Marinho.

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensino médio incompleto.

Estado civil: Solteira.

Profissão: estudante

Naturalidade: Estado Amazonas.

Residência atual: Benjamin Constant.

Motivo da consulta: Segunda consulta de controle pré-natal.

História da doença atual: Paciente de 16 anos de idade com antecedentes de saúde aparente. A mesma comparece a consulta acompanhada pela mãe para consulta pré-natal. Com uma idade gestacional de 18 semanas e 2 dias por ultrassonografia, pois a DUM não é confiável. Começou o pré-natal tardiamente com 16 semanas. Na primeira consulta relatou que começou a suspeitar que estava grávida pela ausência da menstruação, mas não falou nada para seus pais pois tinha medo de que a reação deles não fosse positiva, já que existe pouca comunicação entre eles.

Interrogatório sintomatológico: Nestes momentos refere estar bem. Não apresenta problemas em relação às necessidades fisiológicas (urinas, fezes). Não alterações do sonho. Nega dor pélvico e lombar. Não apresenta sangramento nem corrimento vaginal. Durante o interrogatório sobre hábitos alimentares, a paciente relata que come várias vezes ao dia em grandes porções, sobretudo alimentos feitos de farinha, embutidos e salgados; não gosta de comer nem frutas nem vegetais.

Antecedentes pessoais:

Fisiológicos:

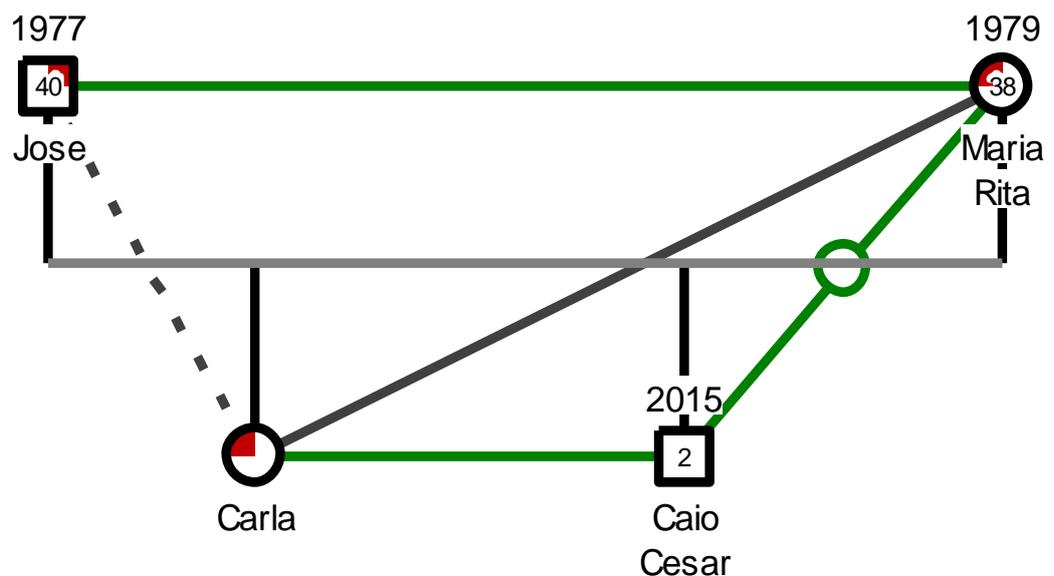
Nascida de parto por cesárea por pré- eclampsia associada a Hipertensão arterial crônica da mãe as 38 semanas com um peso de 2600 gramas.

- Menarca: 10 anos
- Sexarca: 12 anos
- História Obstétrica: G1 P0 A0.
- Patológicos:
- Doenças da infância: Varicela, Dengue.
- Antecedente cirúrgico: cirurgia por apendicite aos 10 anos de idade.
- Nega Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, Cardiopatias entre outras doenças crônicas.

Antecedentes familiares:

- Avós paternos: Falecidos por ACV.
- Avô materno: viva, Cardiopatia isquêmica.
- Pai: vivo: Hipertensão arterial.
- Mãe: viva, Hipertensão arterial.

Genograma:



Condições de vida:

Alimentação: Predominantemente alimentos com gorduras, carbo-hidratos, salgados, embutidos, farinha. Pouco consumo de frutas, vegetais, sucos naturais e líquidos

(agua).

Atividade Física: adequada para sua idade e condição atual.

Habitação: Mora em uma casa de madeira bicada na ribeira do rio Solimões, com chão e teto de telha de barro, conta com 2 habitações, uma pequena sala, uma cozinha, um banheiro rustico que fica fora da casa e não tem vaso sanitário. O agua de consumo é do mesmo rio e é tratada só com hipoclorito. A paciente mora com seu pai Jose de 40 anos, sua mãe Maria Rita de 38 anos e seu irmão menor Caio Cesar de 2 anos de idade.

História Ocupacional: Atualmente estuda no Ensino Médio.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas.

Vida conjugal e ajustamento familiar: Não tem parceiro, é uma adolescente com uma conduta sexual inadequada (promiscuidade), que desconhece quem é o pai da criança. Com pouca comunicação com seus pais, pois o pai trabalha como pescador e fica a maioria das vezes fora de casa, e a mãe a maior parte do tempo está cuidando de seu filho menor e em os deveres domésticos da casa.

Condições socioeconômicas: A renda familiar é de um salário mínimo porque só o pai da adolescente é quem trabalha.

Exame Físico:

Paciente em bom estado geral, lucida e orientada no tempo e espaço, com fásia e marcha não característica de processo patológico.

- Afebril ao toque.
- Mucosas: normocoreadas e úmidas.
- Tireoide: não visível, sem alterações.
- Exame das mamas: Sem nódulos, nem dor. Mamilos aptos para a lactação.
- Aparelho cardiovascular: batimentos cardíacos rítmicos de boa tonificação sem sopros cardíacos. Pulsos presentes e sincrônicos.
- PA: 140-90 mmHg.
- FC: 80 bpm.
- Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular audível e sem alteração, sem estertores.

- FR: 18 irpm.
- Abdômen: Globuloso que se corresponde com útero gravido.
- AU: 19 cm.
- Movimentos fetais: referidos
- Tecido celular subcutâneo: não edema.
- Peso anterior: 60 kg, Altura: 1,61, IMC: 23.14 para uma avaliação nutricional de normopeso.
- Peso atual: 61 kg, IMC: 23.5 para uma avaliação nutricional de normopeso.

Avaliação do peso: A paciente iniciou o pré- natal com um peso de 60 kg para um IMC de 23.14, o mesmo considerasse normopeso segundo a tabela de avaliação nutricional do Caderno de Atenção Básica No 32 sobre Atenção pré- natal, em 15 dias ganhou 1 kg, é adequado pois deve ganhar por semana aproximadamente 0.4 kg.

Avaliação da pressão arterial: Na primeira consulta se constatou a PA em 110-70 mmHg, mas agora após duas verificações, a PA encontrasse em 140-90 mmHg ou seja, apresenta um aumento da PA sistólica em 30 mmHg e PA diastólica em 20 mmHg. É importante destacar que a paciente está assintomática e ao exame físico não apresenta edema nos membros inferiores.

A paciente traz os resultados dos exames solicitados na primeira consulta:

- Hb: 11.9 mg/dl
- Hto: 34 mg/dl
- Glicemia de jejum: 75 mg/dl
- Exame analítico de urina sem proteinúria, nitritos negativos, glicosúria negativa, hemoglobínúria negativa.
- Urocultura: negativa
- IgM e IgG não reagente para toxoplasmose
- VDRL: Soro não reactivo.
- HIV: Soro não reactivo.
- HbsAg: não reagente
- Parasitológico das fezes: negativo.
- Secreção vaginal: Negativo
- Tipagem sanguínea: A +.

- Ultrassonografia obstétrica feita antes da consulta: Feto único, posição longitudinal, dorso anterior direito, batimento cardíaco presente, anatomia fetal normal, placenta anterior sem descolamento grau 1, cordão umbilical normal, índice do líquido amniótico normal, gravidez tópica de 18 semanas.

No momento da consulta se orienta à enfermeira realizar o teste rápido de proteinúria com resultado de ausência de proteínas na urina.

Após avaliação de todos os elementos ao interrogatório (anamnese, antecedentes, exame físico e exames complementários), considerasse que a paciente apresenta uma Hipertensão arterial Crônica, pois segundo o conceito da mesma descrito no Caderno de Atenção Básica # 32- Atenção Pré- Natal, a mesma é um estado hipertensivo registrado no período que precede as 20 semanas de gravidez, além de a paciente apresenta fatores de risco tais como: idade (adolescente), primeira gravidez, antecedentes familiares de Hipertensão Arterial e hábitos de alimentação inadequados.

Solicito outros exames para estudar causas e evolução da Hipertensão arterial.

- TGP
- TGO
- Colesterol
- Triglicéridos
- EKG
- Ácido Úrico
- Proteínas de 24 horas
- Teste rápido de proteinúria.

Conduta Médica:

Considerando que a paciente não apresenta sintomas, nem edema, nem proteinúria oriento o acompanhamento da mesma pelo equipe de saúde na área, agendando as consultas pré- natais mais próximas além de avaliar diariamente PA, peso e proteínas na urina (teste rápido) até normalizar os valores de PA.

Neste caso o tratamento recomendado seria o não medicamentoso, pois a PA não é

maior de 150 mmHg para a sistólica e de 95 mmHg para a diastólica e até o momento não existem evidências ao exame físico e nos exames complementários avaliados de lesão em órgão alvo.

Classificação do risco gestacional: Alto risco.

Segundo o Caderno de Atenção Básica # 32 sobre Atenção Pré- Natal, tratasse de uma paciente adolescente, nulípara, com um Síndrome hipertensivo (Hipertensão arterial crônica).

Tratamento não farmacológico:

1. Orientações nutricionais: para o controle do peso e evitar obesidade.

- Fazer pelo menos três refeições (café de manhã, almoço e janta) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer.
- Entre as refeições deve beber água pelo menos 2 litros ao dia.
- Deve preferir consumir após as refeições frutas (laranja, tangerina, abacaxi entre outras), além das verduras e legumes.
- Consumir aproximadamente 1 Litro de leite diário (importante fonte de Cálcio que ajuda ao controle da PA).
- Diminuir o consumo de gorduras, embutidos, salgadinhos, carnes magras.
- É recomendável o consumo de óleos vegetais (soja, girassol), peixes e frango.
- Diminuir a quantidade de sal na comida, por dia deve ser, no máximo, uma colher de chá rasa distribuída em todas as refeições.

2. Prática de atividade física moderada após normalização dos valores de PA. A mesma deve ser de intensidade variável entre leve e moderada, entre eles as modalidades recomendadas seria a hidroginástica, o Yoga o Pilates, a caminhada. Em todo isso a gestante deve fazer modificações necessárias para sua segurança e do bebe, como diminuir risco de queda, impacto e contato. Considerasse que os benefícios destes exercícios não só é na prevenção e controle na hipertensão arterial, também ajuda na melhora da autoestima, sono e controle do peso etc. Além oriento controle da pressão arterial antes o depois dos exercícios.

3. Evitar estresse e sedentarismo.

4. Deitar do lado direito.

5. Orientações sobre como identificar sintomas e sinais de alerta, tais como: cefaleia intensa, edema nos membros inferiores que não tem melhoria durante o transcurso do dia, transtornos visuais, dor em abdômen superior (epigastralgia) e outros.

Tratamento farmacológico:

1. Sulfato Ferroso 200 mg 1 comprimido por dia antes da comida, sem leite, café ou chá.

2. Ácido fólico 5 mg 1 comprimido diário até as 20 semanas de gravidez.

Agendamos sua volta para consulta pré-natal em 15 dias com uma visita domiciliar entre consultas e para avaliar evolução do quadro hipertensivo e se precisa ou não tratamento farmacológico, realizaremos acompanhamento diário na consulta com controle de peso, PA, proteinúria, interrogatório e avaliação dos resultados dos exames solicitados. E importante destacar que não é agendada consulta com gineco-obstetra, pois no município não contamos com esse especialidade medica.

Evolução 1 (ao dia seguinte da consulta)

A paciente volta à consulta. Refere que foram realizados os exames complementários e aguarda pelos resultados. Já começou a cumprir com as orientações sobre a alimentação, nega queixas.

- IG: 18 semanas com 1 dia.
- Exame Físico:

Com bom estado geral

PA: 140-80 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 18 irpm

Peso: 62 kg

Movimentos fetais: referidos.

Não tem edema.

Teste rápido de proteinúria: negativo

Oriento continuar com as mesmas recomendações da consulta anterior.

Evolução 2 (ao 2do dia da consulta)

Paciente que volta com os resultados dos exames. Continua sem queixas.

- IG: 38 semanas e 2 dias.
- TGP: 18 mg/dl
- TGO: 21 mg/dl
- Colesterol: 130 mg/dl
- Triglicerídeos: 120 mg/dl
- Ácido Úrico: 3 mg/dl
- EKG: Não alterações.
- Poteinuria de 24 horas: Ausência de proteínas
- Exame Físico:

Com bom estado geral

PA: 120-80 mmHg

FC: 82 bpm

FR: 17 irpm

Peso: 62 kg

Movimentos fetais: referidos.

Não tem edema.

Teste rápido de proteinuria: negativo

Oriento continuar com as mesmas recomendações da consulta anterior.

Evolução 3 (ao 3do dia da consulta)

Paciente que retorna a UBS. Refere estar bem, nega queixas. Ao interrogatório relata que está cumprindo com todas as orientações medicas.

- IG: 18 semanas e 3 dias.
- Exame Físico:

Com bom estado geral

PA: 120-70 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 19 irpm

Peso: 62 kg

Movimentos fetais: referidos.

Não tem edema.

Teste rápido de proteinúria: negativo.

Como a paciente continua assintomática, os exames incluindo o teste rápido de proteinúria são negativos e ao exame físico não se constatam alterações, assim como a grávida e sua família cooperam com as orientações médicas, se decide que não precisa tratamento farmacológico e seu acompanhamento será feito de 15 em 15 dias em consulta com visitas domiciliares periódicas pelo ACS, enfermeiro e o médico, por tratar-se de uma gravidez de alto risco considerando para isto fatores como a idade, situação econômica desfavorável, antecedentes familiares e a Hipertensão arterial crônica.

Consulta do seguimento pré-natal agendada aos 15 dias.

Motivo da consulta: Controle pré-natal.

História da doença atual: Paciente de 16 anos de idade que comparece a consulta acompanhada pela mãe, com uma idade gestacional de 20 semanas por Ultrassonografia, com DUM não confiável, História Obstétrica de G1 P0 A0. A mesma com diagnóstico de Hipertensão arterial crônica as 18 semanas de gravidez com tratamento não farmacológico. Refere estar bem, sem moléstias ao urinar e ao defecar, sem dor pélvica nem lombar. Não tem queixa de sangramento nem corrimento vaginal. Não alterações do sono. Está-se alimentando bem segundo as recomendações médicas.

Exame Físico.

Paciente em bom estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, com fáscia e

marcha não característica de processo patológico.

Afebril ao toque.

Mucosas: normocoreadas e úmidas.

Tiroide: não visível, sem alterações.

Exame das mamas: Sem nódulos, nem dor. Mamilos aptos para a lactação.

Aparelho cardiovascular: batimentos cardíacos rítmicos de boa tonificação sem sopros cardíacos. Pulsos presentes e sincrônicos.

PA: 120-70 mmHg.

FC: 83 bpm.

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular audível e sem alteração, sem estertores.

FR: 18 irpm.

Abdômen: Globuloso que se corresponde com útero gravido.

AU: 20 cm.

Movimentos fetais: referidos

Tecido celular subcutâneo: não edema.

Peso: 62 kg Altura: 1.61 m IMC: 23.91 Avaliação nutricional: normopeso.

Avaliação do peso: A paciente iniciou o pré-natal com um peso de 60 kg para um IMC de 23.14, considerasse normopeso segundo a tabela de avaliação nutricional do Caderno de Atenção Básica No 32 sobre Atenção Pré-Natal, na consulta anterior há 15 dias pesou 61 kg, hoje tem um peso de 62 kg, considerado adequado pois deve ganhar por semana aproximadamente 0.4 kg segundo sua avaliação nutricional.

Avaliação da pressão arterial: A paciente apresentou melhoria dos valores de PA em comparação à consulta anterior, hoje com 120/70 mmHg.

Solicitação de exames:

Exame analítico mensal de Urina.

Reavaliação do risco gestacional: Continua como alto risco pelos elementos

explicados na consulta anterior.

Plano:

Tratamento não farmacológico:

1. Orientações nutricionais: para o controle do peso e evitar obesidade.
 - Fazer pelo menos três refeições (café de manhã, almoço e janta) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer.
 - Entre as refeições deve beber água pelo menos 2 litros ao dia.
 - Deve preferir consumir após as refeições frutas (laranja, tangerina, abacaxi entre outras), além das verduras e legumes.
 - Consumir aproximadamente 1 Litro de leite diário (importante fonte de Cálcio que ajuda ao controle da PA).
 - Diminuir o consumo de gorduras, embutidos, salgadinhos, carnes magras.
 - É recomendável o consumo de óleos vegetais (soja, girassol), peixes e frango.
 - Diminuir a quantidade de sal na comida, por dia deve ser, no máximo, uma colher de chá rasa distribuída em todas as refeições.
2. Prática de atividade física moderada após normalização dos valores de PA. A mesma deve ser de intensidade variável entre leve e moderada, entre eles as modalidades recomendadas seria a hidroginástica, o Yoga o Pilates, a caminhada. Em todo isso a gestante deve fazer modificações necessárias para sua segurança e do bebe, como diminuir risco de queda, impacto e contato. Considerasse que os benefícios destes exercícios não só é na prevenção e controle na hipertensão arterial, também ajuda na melhora da autoestima, sono e controle do peso etc. Além oriento controle da pressão arterial antes o depois dos exercícios.
3. Evitar estresse e sedentarismo.
4. Deitar do lado direito.
5. Orientações sobre como identificar sintomas e sinais de alerta, tais como: cefaleia intensa, edema nos membros inferiores que não tem melhora durante o transcurso do dia, transtornos visuais, dor em abdômen superior (epigastria) e outros.
6. Programa consulta medica de controle em 15 dias e visita domiciliar pelo ACS,

enfermeiro e medico semanal.

Tratamento farmacológico:

1. Sulfato Ferroso 200 mg 1 comprimido por dia antes da comida, sem leite, café ou chá.
2. Ácido fólico 5 mg 1 comprimido diário até as 20 semanas de gravidez.

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Como é descrita na Constituição federal brasileira, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a sua promoção e recuperação. Mas na realidade de nosso trabalho diário, a promoção de saúde muitas vezes é tratada de forma superficial, por isso constitui um desafio mostrar e defender o critério de que a mesma é efetiva na formação de indivíduos autônomos, capazes de promover mudanças na determinação social do processo saúde/doença.

Considero que os Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, são propostas promissoras e estruturantes de uma nova prática, pois contribuem a garantir os cuidados integrais da saúde do indivíduo, implicando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco, e o tratamento adequado e recuperação dos doentes.

Para mim é uma experiência na minha vida profissional estar trabalhando em um município do interior do Estado Amazonas, com uma diversidade muito ampla em cultura, crenças e costumes, com problemas de saúde muitas vezes causados pela falta de educação e orientações para a prevenção de doenças e situações que comprometam a saúde da pessoa.

No caso da gravidez na adolescência, a prevenção da mesma é uma responsabilidade de cada integrante da ESF, pois ajuda a fortalecer os vínculos e a garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais, mas são primordiais as ações coletivas para a promoção, desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando seu poder de decisão para não ceder às pressões, ampliar o poder de negociação, desenvolver o autocuidado e ampliar o acesso a atividades educativas e recreativas. Para atingir isso, é preciso que a equipe conheça a realidade da população, para desenvolver um processo de planejamento com base na nossa realidade que permita executar ações compatíveis com as necessidades.

Na minha área de abrangência estamos trabalhando na identificação e registro

do número total de adolescentes femininas em idade fértil, quais delas tem vida sexual ativa com ou sem proteção, além das que estão grávidas ou já tem filhos. Nosso objetivo é desenvolver ações de promoção mediante um adequado planejamento familiar, pois ele permite uma regulação da fecundidade ao poder auxiliar as pessoas sobre como prever e controlar a geração e o nascimento de filhos.

Estas ações de planejamento reprodutivo contribuem a fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos (neste caso especificamente nos adolescentes considerados de risco), e são baseadas em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade (métodos anticoncepcionais). Sendo fundamental a inclusão e valorização da participação masculina.

Em relação à Atenção Pré-natal, minha equipe trabalha segundo os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde, com o objetivo de diminuir e melhorar a vulnerabilidade dos riscos aos quais estão expostas as adolescentes grávidas. Nossa área apresenta um alto índice de gravidez na adolescência e aproximadamente mais dos 70 % são não desejadas, sendo motivo para não comparecer as consultas pré-natais e o não cumprimento com as orientações médicas, e como consequências, temos a aparição das complicações durante a gravidez, parto e puerpério tanto para a mãe como para o bebê.

Por isso a promoção à saúde durante o pré-natal consiste em que nossa ESF na UBS garante mediante um trabalho organizado, uma atenção de ótima qualidade, que contribui a um adequado desenvolvimento da gestação, parto e puerpério, evitando complicações na saúde para a mãe e o recém-nascido, além de orientar a gestante sobre a importância de uma maternidade responsável, os cuidados durante a mesma em relação à higiene e hábitos, modos e estilos de vida saudáveis, também sobre o processo do parto e os cuidados da criança com especial ênfase no aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade do bebê.

O SUS estabelece um mínimo de 6 consultas pré-natais, mas neste tipo de situação onde a grávida é considerada de alto risco segundo a classificação do risco gestacional no Caderno de Atenção Básica de Atenção Pré-natal, a equipe agenda as consultas de controle com uma frequência mais próxima entre elas, e são alternadas

com as visitas ao domicílio, permitindo um controle mais estrito da gravidez.

Após o parto, a consulta no puerpério é feita na primeira semana e logo aos 42 dias, orientando sempre sobre alimentação saudável, eliminação do tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, aleitamento materno, cuidados da criança, vacinas, importância das consultas de puericultura, prevenção de acidentes, estimulação da interação entre a mãe e o recém-nascido, além das orientações sobre planejamento familiar.

Durante o cuidado integral da saúde da criança por meio das consultas de puericultura, a equipe realiza um total de 7 consultas de rotina no primeiro ano de vida para avaliar crescimento, desenvolvimento e identificar riscos que possam comprometer a saúde da criança.

A promoção sobre a importância destas consultas de puericultura tem como objetivo promover a educação da família do bebê sobre como prevenir alterações no crescimento e desenvolvimento, mediante orientações sobre a prevenção de acidentes, doenças, a vacinação no tempo estabelecido, o aleitamento e o esquema alimentar segundo a idade, saúde bucal, a suplementação de minerais e vitaminas A e D, entre outros cuidados.

Como profissionais da saúde cumprimos um papel fundamental na promoção da saúde, devendo trabalhar de forma integrada e sendo um desafio na atualidade envolver à família no atendimento do adolescente a fim de promover modos e estilos de vida saudáveis.

2. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é considerada uma importante ferramenta na APS, já que a mesma é um conjunto de ações feitas por um equipe interdisciplinar no domicilio do paciente, com o objetivo de desenvolver ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, permitindo a humanização do tratamento, maior rapidez na recuperação do paciente, prevenção de sequelas e diminuição do risco de infecção hospitalar. Este instrumento de trabalho como parte da estratégia de saúde da família, contribui a respeitar o espaço familiar envolvendo às pessoas no processo de cuidado, e permitindo a participação ativa do sujeito no processo saúde/doença.

No caso da minha UBS, a necessidade de assistência domiciliar é identificada pela ESF, mediante a visita do agente comunitário de saúde ou pela solicitação do próprio paciente, familiar ou vizinhos. Ela é conduzida principalmente dando prioridade aos casos dos pacientes acamados, crianças menores de 1 ano, os idosos com DCNT, as grávidas e as urgências.

A área de abrangência da minha ESF compreende não só a população da cidade, senão também 18 comunidades ribeirinhas, e até a data não temos podido realizar a visita domiciliar a essas comunidades, pois o meio de comunicação com elas é por via fluvial, e a secretaria de saúde não garante o transporte, por isso os pacientes obrigatoriamente tem que trasladar-se por meios próprios à UBS para receber assistência médica, sendo uma dificuldade que impede levar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a essas comunidades, além de que a maioria delas não contam com um agente comunitário de saúde para realizar a busca ativa dos pacientes que necessitem avaliação no domicilio, e influenciando também no fato de que a maioria dos casos das grávidas adolescentes procedem dessas áreas onde as ações de saúde da ESF não são implementadas pelos motivos explicados anteriormente.

As visitas são realizadas uma vez por semana, no meu caso são agendadas na manhã das terças feiras, e a organização da mesma é definida a semana antes durante as reuniões com a ESF nas sextas feiras de tarde. O resto dos dias da semana, quando aparece um caso de urgência na área, o agente de saúde comunica a situação ao médico, e a equipe se traslada ao domicilio a atender o caso, e se precisa de tratamento ou internação no Hospital, se encaminha e rapidamente se liga

para o SAMU do município para o traslado do paciente. Mas situações como essa, as vezes se tornam um pouco difícil, quando a UBS só tem um médico na consulta, e não é possível interromper os atendimentos para ir ao domicílio, sobretudo quando também são avaliados pacientes em situações de urgências nesse mesmo momento na UBS, e quando acontece isso, a enfermeira vai em lugar do médico com o ACS para analisar o estado do paciente, e se precisa ser avaliado só por um médico, a mesma enfermeira faz o encaminhamento para o Hospital.

Na visita domiciliar participam o médico, a enfermeira e o ACS, e são realizados procedimentos como aferição da pressão arterial e glicemia capilar, curativos de feridas superficiais e úlceras por pressão, aplicação de medicação por via oral e parenteral, além de orientar ao paciente, ao cuidador e à família sobre o a importância do uso correto dos medicamentos, sobre alimentação saudável e a importância da atividade física para o controle do peso e compensação de doenças como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e outras. No caso dos pacientes acamados, se oferecem recomendações aos cuidadores para evitar as úlceras por pressão e as infecções do trato urinário quando usam sonda vesical. Nas gestantes (sobretudo às adolescentes) e mães das crianças menores de 1 ano, se orienta sobre a importância do aleitamento materno, e as medidas higiênicas para evitar infecções respiratórias e parasitárias, além da importância de não automedicar-se sem a consulta previa com o médico.

Quando trata-se de um caso em que o cuidador do paciente não tem como procurar a medicação na UBS, o agente de saúde ou a enfermeira são os responsáveis em buscar e levar os medicamentos ao domicílio.

A pesar de que a equipe tenta cobrir todas as demandas da população, as vezes o número de pessoas que precisam a visita domiciliar é maior que a quantidade máxima que atendemos no dia, e como o tempo não alcança para avaliar todos os casos, priorizamos os mais urgentes para o médico e o resto para a enfermeira, mas em alguns casos os familiares reclamam a presença obrigatória do médico.

Outra dificuldade é que no meu município não temos o NASF, e por tanto não contamos com especialidades como nutrição, psicologia, fisioterapia e outras como assistência social para apoiar a atividades desenvolvidas pela ESF no domicílio.

No entanto, cada dia é mais perceptível a importância da visita domiciliar no contexto de saúde coletiva, pois constitui um instrumento de trabalho eficaz na resolutividade de problemas individuais, familiares e coletivos, e atualmente é um fato que temos uma série de dificuldades ainda, mas a pesar de todos os desafios estamos avançando nessa nova maneira de fazer saúde.

3. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Como profissional da saúde formada como médica noutro país, tem sido uma experiência muito grata estar trabalhando e ser parte do Programa Mais Médicos para o Brasil, pois pude viver a realidade do povo brasileiro nas regiões do interior do Estado Amazonas, onde existe um maior índice de pobreza e dificuldades para os acessos aos serviços de saúde. O curso de especialização em saúde da família, ajudou-me a aumentar meus conhecimentos sobre o trabalho na APS, e me deu as ferramentas para saber enfrentar e solucionar as diferentes situações e problemas de saúde que apresentam-se diariamente durante as consultas na UBS, e nas visitas às comunidades e domicílios das pessoas, além de que me permitiu compartilhar esses conhecimentos com o resto dos integrantes da ESF, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção médica a população.

Em relação ao TCC e o tema abordado sobre a gravidez na adolescência, pude identificar as principais causas que contribuem na prevalência deste problema, e mediante um trabalho em conjunto com minha equipe, construímos um plano de ação baseado no fortalecimento das atividades de promoção e prevenção no posto de saúde, escolas e na comunidade, por meio de palestras, aulas, cartazes e diretamente com o paciente durante as consultas de planejamento familiar, com o objetivo de conscientizar sobre a importância do uso dos métodos anticoncepcionais para evitar uma gravidez durante o período da adolescência, e proporcionando informação sobre os riscos e consequências negativas da mesma.

A maior dificuldade encontrada, foi o fato de que não pudemos levar o projeto educativo às comunidades localizadas no interior do município, devido à falta de recursos e apoio de parte da secretária de saúde e a prefeitura em fornecer principalmente, o transporte para nos trasladar até esses lugares tão distantes da cidade; mas durante as reuniões da equipe concordamos em comunicar a situação para eles, tentando solucionar o problema num prazo o mais curto possível.

Referente aos aspectos estudados no Eixo I Saúde Coletiva, como nos casos complementares do Eixo II durante minha trajetória no curso de especialização, considero que foram determinantes na mudança da minha prática como profissional da saúde, em relação as questões de organização, planejamento da minha agenda de trabalho, assim como na atualização de meus conhecimentos sobre os protocolos

para o manejo correto das diferentes condições médicas que se me apresentam na consulta; desse jeito aperfeiçoei satisfatoriamente minha atuação nos programas de Atenção pré-natal, Saúde da criança e adolescente, Saúde da pessoa idosa, Saúde Mental, Saúde da mulher, Doenças crônicas não transmissíveis, além de que melhorei a qualidade das consultas no domicílio durante as visitas.

A pesar de que no meu município ainda não está-se aplicando o método do prontuário eletrônico para o registro da história clínica do paciente, o uso do modelo do SOAP sérvio me de muita ajuda na hora de registrar as informações durante as consultas, permitindo-me um seguimento e cuidado adequado das pessoas, com um resultado mais favorável na hora de solucionar suas queixas e problemas de saúde.

Finalmente considero, como aluna integrante da Turma 15 do curso de especialização, que existiram pontos negativos que influíram no meu desempenho durante o desenvolvimento das atividades educativas; um deles foi o grande problema com a internet, que como é característico nos municípios do interior do Estado Amazonas, não permitiu na maioria das vezes o aceso à plataforma da universidade para o estudo dos casos e a realização do Projeto de Intervenção e o TCC; além de que também dificultava a comunicação com os tutores na hora de consultar as dúvidas sobre os temas abordados no curso. Além disso, foi um pouco diferente fazer a especialização online, e embora de que a experiência foi grata e a aquisição de conhecimentos foi ótima para min, acho que o contato presencial na universidade de cada Estado com os professores e alunos, seria o ideal para o intercâmbio de experiências, informações e conhecimentos de forma direta e pessoalmente entre todos os profissionais da saúde que fazemos parte da turma. Agradeço muito o tempo dedicado pelos professores, e o diálogo entre meus colegas durante os debates nos fórum, que ajudo-me na minha formação como medica de família para praticar no meu dia a dia uma medicina mais humanizada que beneficie ao povo brasileiro.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Básica., B. M. (2010). *Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica número 26*. Brasília: MS.
- Básica., B. M. (2012). *Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n° 28*. . Brasília: MS.
- Básica., M. d. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n° 32 Atenção ao pré-natal de baixo risco*. . Brasília: MS.
- Comunidade., S. B. (2007). *Programa de atualização em Medicina de Saúde e Comunidade (PROMEF). Artmed*. . Porto Alegre: Artmed. Panamericana Editora Ltda.
- Marques., D. C. (2016). *Redes de atenção à saúde. A Rede Cegonha*. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão(EDUFMA).
- pesquisa., I. S. (2016). *Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Básica. Saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Saúde, M. d. (2012). *Política Nacional De AtenBrasil. MinistériPolítica Nacional de Atenção Básica. (Série E. Legislação em Saúde)*. Brasília: Ministerio de Saúde.
- Saúde., M. d. (2012). *Caderno de atenção domiciliar. Volume 1*. Brasília. DF: Ministerio da Saúde.
- Saúde., M. d. (2013). *Caderno de atenção domiciliar. Volume 2*. Brasília.DF: Ministerio da Saúde.

5. ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO



Leydis Caballero Frometa

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS RISCOS
DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALCINO
CASTELO BRANCO-BENJAMIN CONSTANT – AM.**

BENJAMIN CONNSTANT AMAZONAS

2018

RESUMO

A gravidez na adolescência, assim como a anticoncepção na adolescência, são problemas que afetam a saúde sexual e reprodutiva desta faixa etária da vida. São consideradas situações de risco na vida das adolescentes, assim como elementos determinantes na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos. A gravidez na adolescência é um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, pessoais e familiares.

Para prevenir a aparição deste problema é necessário esclarecer todas as dúvidas dos adolescentes em relação à sexualidade, tendo em conta que quem deseja ter uma vida sexualmente ativa deve saber tudo sobre como utilizar corretamente os métodos contraceptivos para evitar uma gravidez antes do tempo ideal.

Por tudo isso o objetivo do trabalho de intervenção é diminuir a prevalência da gravidez indesejada na adolescência e determinar as modificações dos conhecimentos sobre gestação na adolescência depois do programa educativo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na UBS Alcino Castelo Branco do município de Benjamin Constant - AM.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 26 |
| 2. PROBLEMA..... | 27 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 27 |
| 4. OBJETIVOS..... | 28 |
| 5. REVISÃO DE LITERATURA..... | 29 |
| 6. METODOLOGIA..... | 32 |
| 7. CRONOGRAMA..... | 34 |
| 8. RECURSOS..... | 34 |
| 9. RESULTADOS ESPERADOS..... | 34 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 35 |
| 11. ANEXOS..... | 36 |

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde a adolescência é definida como o período compreendido entre os 10 e 19 anos, fase da vida entre a infância e a idade adulta que é marcada por um processo com sucessivas modificações de desenvolvimento biopsicossocial em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, quando, muitas vezes, ocorre o início da vida sexual. (Arruda Silva. 2013). Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990) propõe que a adolescência seja o período compreendido entre 12 e 18 anos de idade de uma pessoa. (Pariz J. Mengarda, 2012).

Em relação à gravidez na adolescência em alguns países esta é considerada um problema de saúde pública, além de que pode acarretar complicações obstétricas com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicológicos e socioeconômicos. (Diógenes Yazlle MEH.2006)

Durante este estágio da vida ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social. Estudos feitos no Brasil demonstram um crescimento da incidência da gravidez nesta faixa etária; surgindo a necessidade de estabelecer estratégias para a prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho; trabalhando com os fatores predisponentes tais como: baixa autoestima, dificuldade escolar, abuso de álcool e drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento, situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras.(Cadernos de Atenção Básica saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília – DF 2009)

Baseado no exposto, realizaremos um trabalho de intervenção para diminuir a prevalência da gravidez indesejada na adolescência na Unidade Básica de Saúde Alcino Castelo Branco do município Benjamin Constant- AM.

2. PROBLEMA:

Presença de um alto índice de adolescentes grávidas pertencentes à UBS Alcino Castelo Branco do município de Benjamin Constant- Amazonas.

3. JUSTIFICATIVA:

Na área adstrita da Unidade de Saúde Alcino Castelo Branco atualmente o 67 % do total das grávidas cadastradas são adolescentes e em algumas não é a primeira gestação. Temos um total de 217 adolescentes entre 10 e 19 anos, e é um grande desafio para nós implementar ações de saúde que atendam às especificidades dessa população para promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, pois é fundamental a realização de ações educativas sobre sexualidade, gênero, saúde sexual e saúde reprodutiva. É importante que as ações educativas se desenvolvam em diferentes espaços, nas escolas, nas associações comunitárias, nos serviços de saúde, no domicílio, entre outros, buscando-se o envolvimento dos pais e familiares.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GERAIS

Diante do alto índice de gravidez na adolescência na UBS Alcino Castelo Branco no município de Benjamin Constant se faz necessário a implementação de medidas de intervenção em a população de adolescentes com o intuito de diminuir os casos desta problemática.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar e cadastrar o total de pacientes femininas compreendidas entre 10 e 19 anos.
- II. Determinar quais delas representam um alto risco de engravidar tendo em conta fatores predisponentes e aspetos sociais, econômicos, culturais etc.
- III. Identificar as principais dificuldades ou causas que levam a um aumento da incidência de adolescentes grávidas para poder elaborar um projeto de intervenção que ajude a diminuir esta problemática.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde considera a adolescência como um período de dez a vinte anos na vida de um indivíduo, mas cada país especifica a idade em que seus cidadãos passam a ser considerados adultos. (National Research Center for Women and Families. 2009).

Segundo estudos, no Brasil não existe um controle da natalidade por ter dificuldades com o planejamento familiar e a educação sexual dos adolescentes, tendo como consequência o aumento da gravidez neste estágio da vida, atualmente considerado com um problema social bastante grave. (Portal sua Escola. Gravidez na adolescência. 2017).

A adolescência é considerada como uma fase muito mais crítica para o sexo feminino que para o masculino, durante a mesma a pessoa começa a criar sua própria identidade, pois descobre coisas novas, conhece novas tendências e compartilha novas ideias; deixando de lado a fase da infância para se preparar para a fase adulta. Além de ocorrer a mudança na fisiologia criando as condições para que aconteça a gravidez. (Portal sua Escola. Gravidez na adolescência. 2017.).

De acordo com dados do IBGE no Brasil, aproximadamente o 20 % das crianças que nascem durante o ano são produtos de uma gravidez na adolescência; como consequências de fatores como o sexo desprotegido e o desconhecimento dos métodos anticoncepcionais, além de que muitas das meninas adolescentes têm a crença de nada vai acontecer com elas. (Bolsa de bebê- tudo sobre gravidez na adolescência. 2005-2017).

A recorrência de gravidez na adolescência foi associada a fatores reprodutivos e socioeconômicos, como: a ocorrência da coitarca antes dos 15 anos, a adolescente não ser a responsável pelos cuidados do filho da primeira gestação, a primeira gravidez ter ocorrido antes dos 16 anos e ter renda familiar menor que um salário mínimo. A mudança de parceiro foi um fator de proteção para a recorrência da gravidez na adolescência. (Arruda Silva A, 2013)

É uma realidade certa que uma gravidez precoce afeta o desenvolvimento da menina, limitando sua vida social e os planos para o futuro e para a construção de uma carreira profissional, pois uma vez que engravidam as meninas costumam abandonar os estudos e durante vários meses se dedicam exclusivamente ao filho. (Bolsa de bebê- tudo sobre gravidez na adolescência. 2005-2017).

As consequências de uma gravidez na adolescência tem repercussão não só em elas, também em a família, pois nesta fase acontece uma série de conflitos e crises, como resultado de que a adolescente não está totalmente preparada física ou emocionalmente para assumir a responsabilidade por um filho. Nessas circunstâncias as maiorias das adolescentes tomam a atitude de sair de casa, de fazer aborto, deixar os estudos ou abandonar o filho como uma forma de fugir da responsabilidade. Existem muitos fatores que influem em a aparição desta problemática, dentre deles temos a presença de uma estrutura familiar mal direcionada, por isso é importante que a família sempre dê o apoio emocional e material. (Portal sua Escola. Gravidez na adolescência. 2017).

São vários os motivos que levam as adolescentes a engravidar. Os estudos feitos sobre o tema mencionam os mais importantes como: a idealização da liberdade, a não utilização de métodos contraceptivos, baixa autoestima, falta de diálogo em casa, entre outros. (Portal sua Escola. Gravidez na adolescência. 2017).

Além disso, é importante conhecer as consequências na saúde da adolescente e do bebê de uma gravidez nesse estágio da vida. Dentre destas temos a anemia; o baixo peso do bebê ao nascer; alterações da pressão arterial; alterações psicológicas; malformações congênitas e riscos de complicações durante o parto. É importante durante a gravidez no só cumprir com as orientações medicas durante o pré-natal, pois também as adolescentes necessitam de cuidado, atenção e apoio dos pais. (Dr. Sheila Sedicias.2014).

O uso dos métodos contraceptivos é a forma mais segura de evitar a gravidez, os mais usados são: a camisinha, o espermicida (deve ser pulverizado na vagina antes do contato íntimo e deve ser sempre utilizado em conjunto com a camisinha); a pílula anticoncepcional, o diafragma, além de que existem outros como o coito interrompido

e a tabelinha que não são métodos seguros e quando são utilizados como forma de prevenção da gravidez podem falhar.

De todos os métodos contraceptivos a camisinha é um dos melhores, pois ela é oferecida gratuitamente nos postos de saúde e é a única que evita a gravidez além de proteger contra doenças sexualmente transmissíveis, como hepatite, AIDS, sífilis e outras. (Dr. Sheila Sedicias.2014).

Atualmente para muitas mulheres não é necessário o uso da camisinha, pois a maioria afirma que com ter um relacionamento estável com um único homem não veem como uma obrigatoriedade o uso de métodos anticoncepcionais, além de que as vezes os adolescentes tem esse pensamento de que uma gestação nunca aconteceria com eles. (Vanessa Sardinhas Santos. Brasil Escola.2017).

É fundamental conhecer que a maioria dos problemas que acontecem durante a gravidez em as adolescentes poderiam ser evitados com um pré-natal eficiente; mas as pesquisas mostram que mulheres que engravidam muito jovens geralmente tentam esconder a gravidez e simplesmente não realizam o pré-natal no momento adequado. (Vanessa Sardinhas Santos. Brasil Escola.2017).

Por tudo isso é essencial que a jovem seja instruída e informada sobre esse período, tomando os devidos cuidados para não engravidar. A família sempre vai ter a responsabilidade principal sobre a educação da adolescente, além das orientações da parte dos professores da escola e os profissionais da saúde. Com o trabalho integrado entre a família- escola- pessoal da saúde nos postos é possível prevenir uma gravidez indesejada e as consequências negativas da mesma.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção educativa, a partir da prática na Atenção Básica na Unidade Básica de Saúde Alcino Castelo Branco no Município de Benjamin Constant - AM, onde estudaremos as pacientes adolescentes grávidas identificando as causas e fatores de risco que desencadeiam o aumento de casos de gravidez. O objetivo será elaborar um plano de ação para promover a promoção e prevenção que ajudem a reduzir a incidência de este problema e modificar os conhecimentos sobre os riscos da gravidez na adolescência através de um programa educativo na UBS.

No primeiro momento as gestantes adolescentes serão identificadas mediante o trabalho conjunto com a equipe de saúde (enfermeiro, agente de saúde e técnico de enfermagem) e posteriormente reunidas na UBS. Logo depois as gestantes receberam um questionário com diferentes perguntas as quais deveram responder para avaliar o nível de conhecimento sobre o tema de gravidez na adolescência. A partir dos resultados se identificaram as principais causas e fatores de risco que incidem a ocorrência de este problema de saúde.

Serão realizados 7 encontros semanais com duração de 1 hora onde, participaram as gravidas, a família e os parceiros. Todos receberam capacitação que abordaram questões e dúvidas sobre o tema, além de conhecer os riscos e consequências sócias, psicológicas e biológicas da gravidez na adolescência. Serão orientadas sobre as medidas e métodos anticoncepcionais para prevenir outra gravidez nessa idade, a importância de cumprir com as orientações médicas para diminuir e ou evitar as complicações durante o período de gravidez e parto, assim como conscientizar a família sobre o papel fundamental que têm como principais educadores de seus filhos.

Depois da capacitação e terminado o programa educativo aplicara-se o mesmo questionário com as perguntas iniciais, para determinar as modificações nos conhecimentos dos adolescentes do estudo.

Finalmente se analisaram os resultados baseados na experiência durante as capacitações com a Estratégia Saúde da Família, se elaborara um plano formado por ações de promoção e prevenção como palestras as quais serão direcionadas aos bairros, comunidades e escolas da área com uma frequência de duas vezes por mês,

orientando à população de risco sobre a importância de uma boa educação sexual para prevenir e controlar esta situação considerada com um grande problema de saúde na atualidade em nosso município particularmente em nossa área de saúde.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

| DIA | TEMA | Palestrante |
|--------|---|---------------------|
| 1º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explicação do projeto. • Questionário Inicial. | Equipe de Saúde |
| 2º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Aparelho Reprodutor e suas características. | Médica |
| 3º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças fisiológicas no adolescente | Médica |
| 4º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticoncepcionais | Médica e enfermagem |
| 5º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Riscos da gravidade na adolescência e seu impacto socioeconômico. | Médica |
| 6º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Maternidade e paternidade: responsabilidades | Médica |
| 7º dia | <ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Aplicação do questionário; ▪ Confraternização. | Equipe de Saúde |

7. CRONOGRAMA

| Atividades | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|------|-------|
| Elaboração do projeto | X | X | | | |
| Identificação da população | | X | X | | |
| Estudo do referencial teórico | X | X | X | X | X |
| Implantação do projeto | | | | X | X |
| Análise dos resultados | | | | | X |
| Divulgação dos resultados | | | | | X |

8. RECURSOS

- Sala para realização de palestras.
- Equipamento multimídia.
- Caneta.
- Folhas
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Profissionais médico, enfermeiro, tec.\aux., ACS.
- Boletim de atendimento coletivo.
- Registro de famílias cadastradas na unidade.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Os adolescentes e familiares aumentarão seus conhecimentos sobre sexualidade, e como resultado diminuirá a prevalência da gravidez na adolescência.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- bebé, B. d. (s.d.). *VIX*. Fonte: tudo sobre gravidez na adolescência.: www.vix.com/pt/bdm/bebe/gravida/materia/tudo-sobre-gravidez-na-adolescencia.
- em:, V. S. (2017). *Brasil Escola*. Fonte: Gravidez na Adolescência.: <http://brasilecola.uol.com.br/biologia/gravidez-adolescencia.htm>.
- PARIZ, J. M. (2012). A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. *Saúde soc.* vol.21 no.3. *Saúde e Sociedade*, pp.623-636.
- *Portal sua Escola*. (27 de janeiro de 2017). Fonte: Gravidez na adolescência. : portalsuaescola.com.br/gravidez-na-adolescencia.
- Saúde., M. d. (2009). *Cadernos de Atenção Básica Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Gravidez na adolescência*. Brasília. DF: Ministerio da Saúde.
- Sedicias., D. S. (25 de março de 2014). *TUASAÚDE*. Fonte: Gravidez na adolescência.: <http://www.tuasaude.com>
- Silva, A. d. (2013). Arruda Silva A. et.al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle *Cad. Saúde Pública* vol.29 n.3 Rio de Janeiro. Artigo. *Cad. Saúde Pública.*, 496-506.
- *Wikipedia, a enciclopédia livre*. (22 de julho de 2009). Fonte: Gravidez na adolescência. National Research Center for Women and Families. 2009. Are Bisphenol A (BPA) Plastic Product Safe for Women and Children?: [Https://pt.wikipedia.org/wiki/Gravidez_na_adolescencia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Gravidez_na_adolescencia)
- Yazlle., M. E. (2006). Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, Vol 28. No 8.

11. ANEXOS

Anexo 1. Consentimento informado

Paciente _____

Eu _____ refere que aceito participar no estudo: Intervenção educativa sobre gestação em adolescentes da unidade de saúde Alcino Castelo Branco.

Assinatura _____

ANEXO 2

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino _____ Masculino _____
3. Tempo do início das relações sexuais: _____
4. Proteção: Sim _____ Não _____
5. Quais Métodos Utilizam? _____
6. Quais métodos anticonceptivos você conhece?
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
7. Você considera estar preparada/o para uma gravidade a esta idade?

Sim _____ Não _____
8. Quais são as condições imprescindível que você considera se precisa para a gravidade?
 - Trabalho: Muito _____ Pouco _____ Não e imprescindível _____
 - Casa: Muito _____ Pouco _____ Não e imprescindível _____
 - Idade adequada: Muito _____ Pouco _____ Não e imprescindível _____
 - Ter o pai para a criança: Muito _____ Pouco _____ Não e imprescindível _____
9. Qual é a idade adequada para engravidar? _____
10. Você conhece quais são as consequências para a saúde da gravidez durante a adolescência? Nesse caso mencione três delas.

