



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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Dra. Mayelin Mallet Verdecia.

TÍTULO: Caracterização da gravidez na adolescência Nossa Senhora do Socorro Estado Sergipe UBS Luiz Pereira da Silva Janeiro –Dezembro 2017.

SERGIPE –SE

2017

Dra. Mayelin Mallet Verdecia.

Caracterização da gravidez na adolescência Nossa Senhora do Socorro Estado
Sergipe UBS Luiz Pereira da Silva Janeiro –Dezembro 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
Orientadora: Prof. Vanessa Vilhena Barbosa.

**SERGIPE --SE
2017**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO-----	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS -----	13
4. VISITA DOMICILIAR -----	19
5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS-----	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	25
7. ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	26

INTRODUÇÃO

Meu nome é Mayelin Mallet Verdecia sou de nacionalidade cubana, tenho formação em Medicina na Faculdade Calos J Finlay, província de Guantánamo Cuba 2007. Atuei na área da Atenção Básica desde minha graduação, trabalhei na policlínica Emilio Daudinot Bueno no município Guantánamo. Sou especialista de Primeiro Grau em Medicina Geral Integral desde o ano 2012. Trabalhei na República Bolivariana de Venezuela no Programa Bairro Adentro I no ano 2009 até 2013 e agora estou trabalhando no Brasil no Programa Mais Médico desde agosto do ano 2016.

Atualmente atuo na Unidade Básica de Saúde Luiz Pereira da Silva, localizada no bairro Taiçoca de Fora, município Nossa Senhora do Socorro, estado Sergipe. A população atendida é urbana cuja área de abrangência atende o Bairro Taiçoca de Fora, com uma área adstrita em torno a 2200pacientes.

A equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, uma técnica em enfermagem, uma técnica em saúde bucal, 4 Agentes Comunitários de Saúde .A ESF apresenta uma estrutura adequada para o atendimento da população e realizar atividades de grupo em conjunto com a comunidade através de ações de promoção, prevenção da saúde, além de acompanhamento de doenças e agravos mais frequentes na população. As consultas e/ou atendimentos são feitos por meio de consultas agendadas e de acordo aos programas como hiperdia, pré-natal, saúde da mulher, DST, DCNT, saúde do homem, demanda espontânea e visitas domiciliares. Também temos dificuldades para o acompanhamento adequado dos pacientes que são: dificuldade para realizar exames laboratoriais e acesso a serviços especializados os pacientes demoram muito tempo para ter uma vaga pelo SUS e todos não tem dinheiro para fazer pago ,acho que o governo tem que tomar conta do problema para melhorar o atendimento em atenção primaria .

Existem na área 4 igrejas católicas ,4 evangélicas (Duas Assembleia de Deus, Maravilhas do Jesus e Batista),3 escolas públicas todas de Ensino Fundamental, além disso, tem fabricas de píneos e de cimento perto da comunidade por em quanto são frequentes doenças respiratórias . É a pesca a principal fonte de trabalho e sustento da população.

Na minha área de abrangência predomina a população jovem adolescente por em quanto temos alto índice de gravidez neste período, em painéis de discussões com um grupo de adolescentes de diferentes famílias, foi encontrado que, os adolescentes não usam preservativos, porque eles não se referem sentir o mesmo, a emoção não é a mesma, também não gostam de DIU (intrauterino Devices) implantado porque eles causam inflamação pélvica e o que mais usam são comprimidos ou injetáveis. Por isso, é evidente que o grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva que têm os adolescentes da minha área é insuficiente. Embora tenha algumas informações sobre gravidez na adolescência e as suas consequências negativas para a vida dos jovens, este nível não corresponde com comportamento assumido e atitude adotada para evitar a gravidez e planejar suas famílias. Por isso foi definido o tema caracterização da gravidez na adolescência em jovens de UBS Luiz Pereira da Silva Nossa Senhora do Socorro, Estado Sergipe no período Janeiro- Dezembro ano 2017 como Projeto de intervenção; para depois de ter caracterizado o grupo de adolescentes fazer uma intervenção educativa para lograr a diminuição o alto índice de grávidas adolescentes que temos em nossa área. Em anexo segue uma cópia do projeto de intervenção proposto por mim.

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O projeto de intervenção: Caracterização da gravidez na adolescência em jovens da UBS Luiz Pereira da Silva Nossa Senhora do Socorro, Estado Sergipe no período Janeiro- Dezembro ano 2017 surgiu depois de perceber os altos índices de gravidez na adolescência no período de 12 a 19 anos de idade dos adolescentes pertencentes a nossa área, considerando que a gravidez na adolescência constituem um problema de saúde que afeta a população no mundo e no Brasil a taxa de fecundidade é um aspecto importante a ser considerado entre as mulheres adultas se assistiu, nas quatro últimas décadas, a um decréscimo na taxa de fecundidade, entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento na taxa de fecundidade de 26%. Ainda, a partir de 2000, observa-se alto o número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos (Caderno de Atenção Básica No 26 20013).

Na minha área de abrangência onde atuo devido fundamentalmente, a falta de conhecimento sobre este tema em adolescentes e ao insuficiente nível de informação sobre as complicações da gravidez na adolescência e por não existir antecedentes de estudos sobre o tema na comunidade, é que se decidiu realizar esta investigação, acho que a mesma é conveniente e pertinente realizá-la para resolver um problema de saúde identificado e que pode ser modificado desde o Primeiro Nível de Atenção, terá relevância social e implicações práticas, porque se beneficiarão as famílias, se desenhará uma estratégia educativa, se levarão a cabo uma série de ações de saúde e tem valor teórico porque podem surgir ideias e recomendações para estudos futuros em outras comunidades, com características culturais e sociais similares a do estudo.

CAPITULO 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Na minha UBS Luis Pereira da Silva acompanho muitos casos de adolescentes grávidas com doenças não transmissíveis como hipertensão arterial na gravidez e transmissíveis como o Síndrome fluxo vaginal o caso vou lhe apresentar foi acompanhado por nossa equipe de saúde.

Primeira consulta: data 10|6|2016

Paciente grávida de 17 anos de idade, com antecedentes histórico de saúde e antecedentes obstétricos de G1P0A0. Assiste por primeira vez a consulta com 19 semanas. Estuda no ensino médio, mora com sua avó e desconhece o paradeiro do pai de seu futuro filho. Relata que quando ficou grávida fez a carteirinha de gestante às 14 semanas, mas nunca assistiu à consulta porque morava um pouco longe do posto de saúde. Agora há uma semana mudou-se para essa comunidade onde o posto de saúde fica mais perto. Ao iniciar a consulta relata que apresenta corrimento vaginal branco sem cheiro e às vezes apresenta coceira; além disso, relata que gosta muito das comidas gordurosas farinhas e refrigerantes. Nega dor no abdômen inferior cefaleia ou outro sintoma. Os exames feitos com anterioridade quando fiz a carteirinha eram normais.

A paciente chega a minha consulta com os seguintes dados de triagem:

P|A : 140\90 mmhg

Peso: 100 kg

Altura: 1.65 cm

Ao exame físico apresenta altura uterina de 20 cm, movimentos fetais normais, não tem dinâmica uterina (0/10) e a PA 140/90mmhg, com uma avaliação nutricional de obesa e um ganho excessivo de peso .

. O exame com especulo mostra colo do útero fechado e secreção grumosa na vagina, não fétida, branca como leite cortado. Resto de exame físico normal.

Em quanto aos aspetos orgânicos, físicos e sociais podemos relatar que é uma adolescente grávida, solteira, com perda da primeira consulta e por tanto com

um inadequado seguimento, apresenta problemas orgânicos relevantes, obesidade; hipertensão arterial crônica não diagnosticada antes da gravidez e síndrome de fluxo vaginal (compatível com uma candidíase vaginal). Não tem apoio do parceiro, os Pais são falecidos por acidente de transito há 3 anos mas tem muita confiança e respeito para sua avó materna com quem mora na atualidade .

Oriento fazer dieta baixa de sal não farinhas nem refrigerantes 6 comidas no dia frutas vegetais sucos naturais proteínas carnes e legumes.

Oriento conferir a PA todos os dias no posto por 7 dias e solicito exame U|S morfológico e hemograma completo ácido úrico creatinina TGP TGO proteinuria 24 horas , DHL .

Encaminho ao consulta de alto risco e oftalmologista para realizar fundo do olho avaliação por equipe do NASF.

Tratamento medicamentoso com sulfato ferroso 40 mg 1 vez ao dia , nistatina creme vaginal 1 aplicador a noite por 10 dias .Oriento agendar consulta em 10 dias .

Na segunda consulta: data 18|6|2016

A paciente retorna com os seguintes dados

PVA: 150\ 100mmhg

Peso: 100,5KG

Altura: 1,65 cm

A paciente refere não conseguiu fazer dieta só fiz direto o tratamento de nistatina creme vaginal e agora não tem mais corrimento vaginal nem tem coceira os exames foram negativos todos e ainda não pegou a vaga para consultas com especialista só até 1 de julho mas refere continua assintomática . Trouxe o mapeou da PVA Teve cifras elevadas na maioria dos dias iguais a consulta de hoje .

O exame físico dados positivos P|A 150|100 mmhg

Abdômen: MFR T\U Normal A\U 22 cm

TCS: Não edema

Exame com especulo foi negativo.

Oriento igual fazer a dieta direta e adiciono tratamento com metildopa 250mg 1 comprimido de 12 em 12 horas e avaliar por equipe de saúde semanal até lograr estabilidade da P\A.

A curto prazo o objetivo de nosso equipe foi lograr a assistência da adolescente às consultas programadas. Programar as visitas domiciliares, lograr que a paciente cumpra com as orientações feitas pelo médico. Lograr a assistência às consultas especializadas. Mediano prazo incentivar sobre a importância de uma sexualidade segura. Lograr que aceite seu condição de mãe solteira. Largo prazo continuação de seus estudos.

Também é muito importante a participação de sua avó nas consultas para brindar apoio e segurança.

Na terceira consulta: 3|7|2016

A paciente refere levou tratamento certo além a dieta e foi avaliada por os especialistas ginecologista e equipe do NASF nutricionista psicólogo trabalho social se manter com o mesmo tratamento de metildopa , esta com dieta rigorosa e com acompanhamento mensal por o psicólogo e nutricionista .

Os dados da triagem nesta consulta

P\A: 120\70 mmhg

Peso: 101 kg

Altura: 1.65cm

Exame físico A\U 24 cm MFR D\U 0\10 T\U normal apresentação cefálico

TCS: não edema.

Solicito exame do 3º trimestre hemograma urina glicemia de jejum VDRL sorologias de hepatite B \ C. Oriente continuar dieta balanceada baixa de sal frutas vegetais carnes legumes tratamento com metildopa 250mg 1 comp de 12 em 12 horas uso contínuo e acompanhamentos por os especialistas nas datas agendadas por os riscos que apresenta risco de prematuridade baixo peso ao nascer do bebê. Agendar consulta em 15 dias.

A quarta consulta dia 20/07/2016

Paciente assintomática refere esta mais adaptada a dieta nega qualquer sintoma.

Dados da triagem

PA: 110/70 mmHg

Peso: 102 kg

Altura: 1.65m

Exame físico

Abdômen AU 27 cm MFR TU normal apresentação cefálica FF: 138 X min.
DU 0/10

TCS: não edema

Avalio exames negativos, faço orientações educativas sobre o cuidado de sua saúde e o bebê para prevenção de complicações no parto.

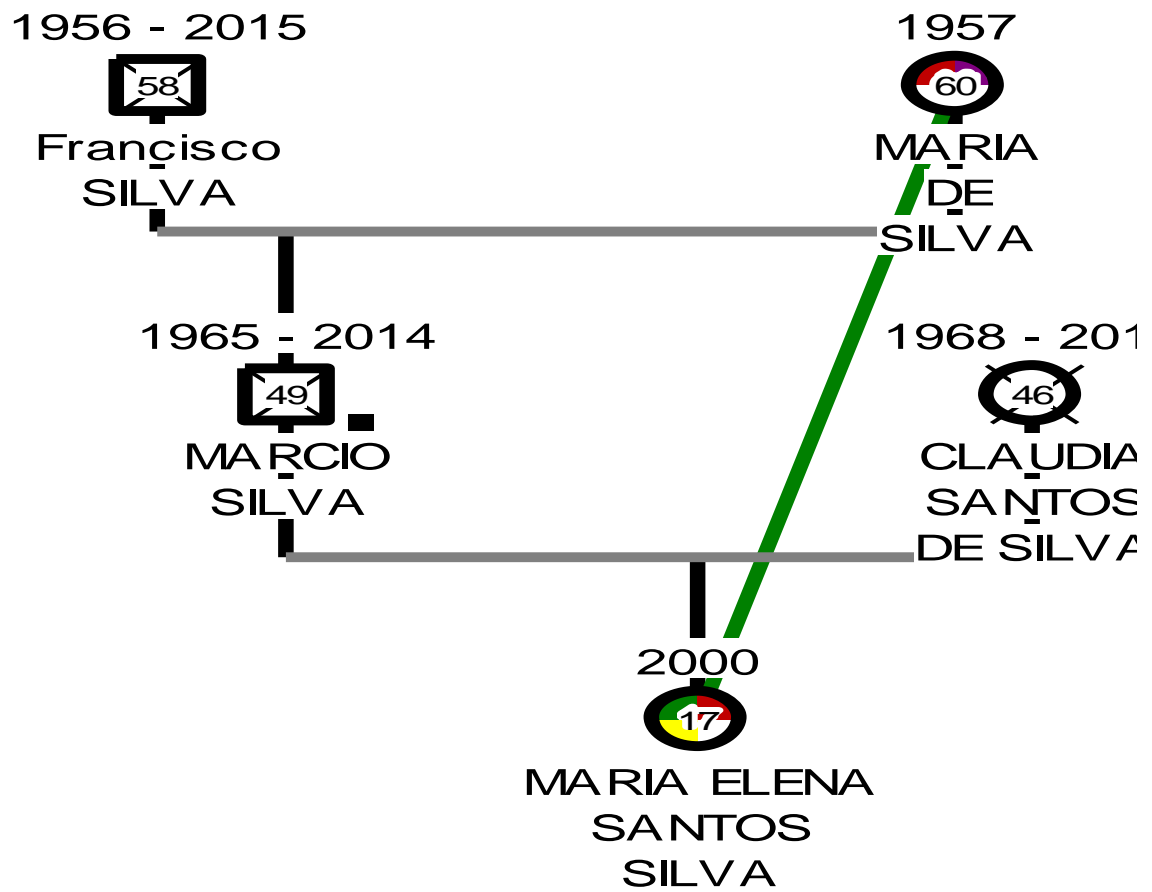
Neste período já a paciente compensada cada Profissional do equipe desempenha um papel importante. A recepcionista é responsável de receber orientar e brindar informações necessárias ao paciente. A enfermeira ou técnico fazem o triagem, controle de peso, temperatura e PA da gestante, além de dar orientações gerais sobre a gravidez. O médico é o responsável da consulta de seguimento e de orientar à gestante sobre os cuidados que deve ter durante sua gravidez, a importância de realizar o tratamento indicado para a infecção vaginal e a importância de manter uma alimentação adequada para

lograr uma ganância de peso adequada. Além de planificar consultas mais frequentes para garantir um bom seguimento. O médico e a enfermeira também são os responsáveis de realizar as visitas domiciliares pelo menos a cada 15 dias para conhecer melhor as condições de vida da grávida. Por outra parte os agentes comunitários também são responsáveis de fazer as visitas domiciliares neste caso pelo menos uma vez por semana, para manter um melhor controle e maior contato com a paciente grávida e sua família, além de informar à equipe sobre qualquer eventualidade. A avó como máximo responsável e tutor da adolescente terá que acompanhar todas suas consultas participando ativamente em elas. O Profissional de referencia para acompanhar o andamento das ações é o médico da unidade. Em quanto ao cronograma das ações estas devem ser desenvolvidas nos próximos 3 meses, com o acompanhamento cada 15 dias alternado enfermeira e a medica para avaliar ganância de peso a cada 15 dias observação do signos de alarma de pré eclampsia.

Realizo visita familiar: data 20 \8 \2016

Para realizar o Genograma familiar

GENOGRAMA FAMILÍA SILVA



CAPITULO 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .

ATENÇÃO PRE-NATAL.

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais, incluindo as proteínas, os carboidratos e os lipídios, para manter a nutrição materna e garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, uma vez que a única fonte de nutrientes do concepto é constituída pelas reservas nutricionais e ingestão alimentar materna (Williams SR 2001).

.Mães jovens, em geral, são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e o risco é especialmente maior quando a gestação o acontece em menos de dois anos apos a menarca (Washington, DC: National Clearinghouse; 1990).

A gestante adolescente tem menor ganho de peso e é questionado se esta compete com o feto pelos nutrientes, em prol do seu próprio crescimento (Hediger ML 1990).

.A adolescente tem sido considerada como sendo de risco nutricional em razão de seus hábitos alimentares, pois muitas vezes deixam de fazer refeições saudáveis substituindo-as por lanches de baixo valor nutritivo, e adotam dietas para emagrecer, o que pode determinar ingestão alimentar inferior ao recomendado (Azevedo DV, Sampaio HAC 2006) .

.A gestante adolescente necessita de ajuda para compreender suas novas necessidades orgânicas e para elaborar e consumir uma dieta adequada, que contenha os nutrientes essenciais para o seu organismo e para o crescimento e desenvolvimento do feto, devendo incluir em cada refeição, pelo menos um alimento de cada grupo da cadeia alimentar (Devincenzi UM 2003) .

.Estudos experimentais e clínicos têm constatado a importância da nutrição materna antes e durante a gestação, em relação ao desenvolvimento do feto e á saúde do neonato, assim como a capacidade materna para a lactação. Embora uma mãe desnutrida possa gerar uma criança sadia, tais estudos têm demonstrado uma relação definitiva entre dieta da mãe e condições de vitalidade do recém-nascido (Hyttén FE, Leitch I 1971).

A gestação na adolescência tem sido identificada como um problema de Saúde Pública no Brasil e em outros países, pelo aumento crescente de sua incidência e da presença de importantes consequências iniciais biológicas, sociais e psicológicas. As adolescentes são, particularmente, consideradas vulneráveis em termos nutricionais por várias razões: demanda aumentada de nutrientes, pois se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento físico intenso; hábitos alimentares inadequados; adoção de dietas emagrecedoras bem como necessidades nutricionais associadas à gestação.

Em pesquisas sobre gravidez e maternidade na adolescência, um dado relevante é a precocidade de uniões conjugais, mesmo que em domicílios separados. Estudo realizado em diferentes regiões do Brasil registrou 13,2% de adolescentes grávidas que eram casadas ou viviam em união consensual na Região Sudeste; 14,9% no Nordeste, 18,7% no Sul, 19,6% no Centro-Oeste, 20,4% na Região Norte (Guimarães EMB . 1998).

Em minha experiência de um ano de trabalho em UBS Luis Pereira da Silva encontrei como problema de saúde em grávidas adolescentes a hipertensão arterial sistêmica (HAS); é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e Peri natal.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e Peri natais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentário adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intra-uterino restrito e o óbito Peri natal.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.

O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal.

Com o advento da Rede Cegonha, foram incluídos novos exames. Entre eles está o exame de proteinúria (teste rápido), a ser realizado na unidade de saúde. Tal exame é de suma importância, pois facilita o acesso de gestantes

com suspeita de hipertensão ao exame, que é fundamental no diagnóstico da hipertensão gestacional, o que possibilita o manejo precoce das gestantes, diminuindo riscos de morbimortalidade materna e fetal, mas em nossa unidade não temos para fazer esse exame solicitamos as grávidas marcar por internet, o que geralmente é muito demorado então sempre tratamos com a clínica da paciente. Para o atendimento das gestantes com hipertensão, a equipe de saúde necessita reforçar as orientações quanto à alimentação balanceada e saudável e verificar a possibilidade real de que tal dieta seja implementada, além de respeitar suas particularidades étnicas e culturais, no sentido de reduzir as desigualdades no perfil de morbimortalidade.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

1. Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.
2. Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.
3. Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
4. Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Além disso, o profissional deve explicar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
5. Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois – além do fato de

que são fontes de carboidratos – são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

6. Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais.

7. Consumir hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos, como mamões, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jabuticaba e ameixa.

8. Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação.

9. Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para este fim (deve-se ler o rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente.

10. Beber sucos naturais de frutas feitos na hora, pois são melhores fontes de nutrientes. No caso da polpa congelada, ela perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor do que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha, e aqueles industrializados, ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

11. Devem-se consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. É necessário retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando tais alimentos mais saudáveis. Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade.

12. Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.

13. Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. Deve lembrar que o sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.

14. Utilizar somente sal iodado. O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se o uso do sal iodado. Deve-se evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque este sal não tem iodo. A falta do citado mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado.

15. Em casa, guardar o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.

16. Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos que são fontes de ferro, como carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais e castanhas, entre outros. Devem-se consumir, juntamente com esses alimentos, aqueles que são fontes de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outros.

17. Procurar o serviço de saúde do seu município, a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, para receber a suplementação de ferro preventiva. Ela também deve ser informada de que as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, para ajudar na prevenção e no controle da anemia.

18. Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Deve ainda praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, além de evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, a defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos. A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas de o ser humano se manifestar por

meio do corpo e contemplam, além das modalidades esportivas conhecidas e das caminhadas, o tai chi chuan, o lian gong, a ioga, entre outras.

O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das práticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo (Cadernos de atenção básica 32 - 2013).

Ante esse problema de saúde na comunidade nossa equipe tomou estratégia de formar grupos de adolescentes, de grávidas onde recebem palestras de diferentes temas para prevenção de doenças, sobre alimentação saudável higiene pessoal e ambiental e realizam atividades 1 vez ao mês com o professor da academia previa pré-consulta, para avaliar parâmetros de pressão arterial e pulso, o professor ensina exercícios de respiração que ajuda na hora do parto assim como o relaxamento dos músculos, elas ficam contentas já que liberam o estresse de casa e melhora sua saúde.

As grávidas de nossa população tem características parecidas com as estudadas em aulas. O que proporcionou fortalecer meus conhecimentos e reafirmar condutas favoráveis em temas como atenção pré-natal. Também conseguimos disponibilizar as consultas conforme as necessidades das grávidas que algumas vezes apresentam problemas no dia das consultas e são reagendadas para outro dia ou no horário conforme as suas necessidades. Na aula reforcei os conhecimentos sobre o objetivo da atenção pré-natal, e suas doenças mais frequentes em grávidas. Estes casos estudados estão relacionados com a prática Profissional no dia a dia do médico de atenção básica para mim forem muito interessantes.

Capítulo 4: Visita Domiciliar

Na prática diária nossa equipe da UBS Luis Pereira da Silva realizamos uma visita domiciliar ao Bairro Taiçoca de Fora, pertence a cidade Nossa Senhora do Socorro estado Sergipe. Neste bairro caracteriza-se por ter casas de madeira e telha de zinco ficam perto umas das outras, a maioria da rua são de terra, com árvores ao lado, o transporte da população são a bicicleta, moto, e cavalo, tem vários mercadinhos onde compram seus alimentos e as necessidades básicas além disso, tem o rio chamado rio do sal onde a maioria das pessoas trabalham na área da pesca.

Visitamos a uma paciente grávida de 32 semanas de gestação com antecedentes de hipertensão arterial crônica que leva tratamento com metildopa 250mg 1 comprimido de 8 em 8 horas, agora o problema é o quadro respiratório agudo que apresenta de vários dias teve febre de 38°C, falta de ar, falta de apetite, espirros a noite, obstrução nasal tem vários dias em cama não tem vontade de nada. Ela mora com o esposo trabalhador da pesca com antecedentes de asma bronquial e o filho de 10 anos com antecedentes de asma bronquial também, eles só levam tratamento nas crises agudas com esteróides e salbutamol spray, nestes dias ficou sozinha, o esposo trabalha o dia todo, e o filho na escola e depois ajuda a seu pai na pesca, isso é o sustento da família, refere não foi no posto porque fica longe da sua casa, por isso falou para agente de saúde fazer visita para ela. Ao exame físico da grávida o positivo foi sibilantes em ambos campos pulmonares FR 38 X min. aumento da expansibilidade do tórax temperatura 37,5°C, por a clinica fiz o diagnóstico de bronquite aguda.

As condições da casa não são as melhores para ela, a casa tem piso de cimento, pouca iluminação e ventilação, além das condições higiênicas são ruins, muita poeira, o pátio da casa desorganizado, com cumulo de lixo, cozinha com fogão a lenha, fora da casa.

Depois de avaliar o ambiente e feito o diagnóstico da doença aguda da grávida, foram dadas orientações específicas para os moradores e das dificuldades encontradas, sobre a importância da higienização ambiental pela influência com as doenças respiratórias, orientamos eliminar lixo, melhorar a

iluminação e muito importante a ventilação, orientamos a importância de comparecer ao posto quando tenha melhora a paciente e cumprir com as orientações médicas, e agendar consulta para filho e pai asmático para o acompanhamento da doença crônica. Vamos fazer acompanhamento desta família, com visitas mais frequentes até que seja resolvida a maioria dos problemas. Para a grávida deve tomar abundantes líquidos tratamento com amoxicilina 500 mg 1 comp. de 8 em 8 horas por 10 dias, prednisona de 20 mg 1 comprimido de 8 em 8 por 5 dias e aerosol spray 1 jato 3 vezes ao dia por 5 dias, paracetamol 500mg 1 comp. de 8 em 8 horas para febre e mal estar geral.

Considero que o contato com os pacientes em sua moradia ajuda muito para nós como profissionais melhorar seu estado de saúde, assim encontramos e ajudamos a modificar fatores de risco, que para eles são normais, mas repercutem no estado de saúde, é muito gratificante poder ajudar de algum jeito, porque é nossa principal ação como médica de atenção básica melhorar o estado de saúde da população.

Na equipe da saúde da família, a visita domiciliar (VD) é uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, uma ferramenta que faz parte do cotidiano de trabalho, sendo os agentes comunitários de saúde (ACS), quem visitam diariamente às famílias. Os demais componentes da equipe a realizam por solicitação dos ACS, outros membros da equipe ou a comunidade. Deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada, nos realizamos as visitas domiciliares 2 ou 3 vezes ao mês quando tem disponibilidade de carro na secretaria isso tem melhora há um tempo. Nas reuniões de equipe os membros da equipe falam as necessidades das visitas e a programação do agendamento conforme as situações de risco vulneráveis. Estabelecendo o espaço de tempo em que deve ser realizada a visita se é urgente ou pode ser agendada para a próxima visita do mês. Anotamos o endereço do paciente e o número do prontuário e ACS responsável pela área. As visitas são realizadas a pacientes crônicos como hipertensos, diabéticos, acidentes vasculares encefálicos, pacientes acamados com dificuldade na deambulação, com doenças crônicas degenerativas, pacientes sem adesão ao tratamento, idosos sem cuidador, portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória,

Hanseníase, Tuberculoses. Os faltosos nas consultas, crianças recém nascido e puérpera nos primeiros sete dias, crianças com atraso no desenvolvimento ou crescimento, faltoso as consultas ou atraso nas vacinas. Gestantes de alto risco, entre outros casos preconizados na literatura (Oliveira MAC 2001).

Na visita domiciliar realiza-se a consulta médica para avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma e esclarecer à família sobre os problemas de saúde e realizar o plano de cuidado do paciente. No caso dos acamados iniciamos pela abordagem clínico, fazemos ênfases com relação às úlceras de decúbito (escaras), favorecido pela ausência de mobilidade. Orientamos os cuidadores sobre a importância da mudança de posições no paciente de 2h em 2 horas para evitar sua aparição. Avaliamos estado nutricional do paciente, tipos de alimentos estão sendo ofertados e fazemos orientações sobre boa alimentação e cuidados com os horários. Também abordamos a higiene pessoal do paciente, o uso de fraldas geriátricas e boa limpeza após eliminações. O banho diário em cadeira de banho, hidratação da pele com fricções na pele e nas costas com cremes hidratantes. Muitas vezes o paciente não tem possibilidades de comprar as cadeiras de banho, as fraldas e nos damos um relatório para sua aquisição pela prefeitura de graça. Também avaliamos as necessidades para o cuidado e tratamento, no caso de precisar de medicamentos, prescrevemos o receituário e orientamos sobre a importância de administrar no mesmo horário, via e quantidade certa. Outra orientação é sobre os cuidados emergenciais, como proceder em situações de emergência. Outros aspectos que nos avaliamos na visita é a estrutura familiar, as relações entre os familiares e o paciente, além do grau de envolvimento com o caso. As características do domicílio, habitação onde a paciente mora, na minha área existe dificuldades nas condições estruturais das casas com pouca ventilação, pacientes acamados na sala da casa e a família com poucos recursos financeiros para realizar reformas. Além disso, realizamos promoções da saúde e prevenção de doenças e complicações. Traçamos planos de cuidado e nas próximas visitas vamos falando a respeito de cada aspecto e construímos a evolução do caso à medida que os resultados atingidos permitam traçar um novo panorama (MAZZA - Disponível em: <<http://www.FSP.USP.br/MAZZA.htm>>

Temos dificuldades nos casos de pacientes que necessitam de ampliação da rede de apoio, por exemplo, no caso dos pacientes com alterações funcionais que limitam sua atividade necessitam atenção em reabilitação, em cuidados paliativos, e estão impossibilitados de se deslocarem até os centros de atendimento, necessitam do cuidado no domicílio para a continuidade de sua atenção. Essas situações demandam muitas vezes a presença de outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga que compõem a equipe do NAFS eles e nossa equipe tem a responsabilidade pela prestação do cuidado nessa modalidade de atenção domiciliar, e ainda não conseguimos realizar esse tipo de serviços (Portaria No 154, de 24 de janeiro de 2008).

Por isso achamos que com ajuda do Prefeito e o Secretario de saúde da cidade facilitem os recursos para que os pacientes tenham melhor qualidade na atenção no domicílio .

Capítulo 5: Reflexão conclusiva

A saúde da família possui um papel importante na promoção, prevenção e controle de muitas doenças que existem na comunidade. Torna-se um desafio para as Equipes de Saúde da Família levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida na população.

A realização do Curso de Especialização de saúde da Família é muito enriquecedora para nossa atuação na área da atenção primária da saúde, porque está voltada em promover a qualidade de vida e intervir nos fatores que colocam em risco, além de permitir a identificação precisa e o melhor acompanhamento dos pacientes. Em atenção aos objetivos do curso foi possível aprofundar e ampliar nossos conhecimentos sobre as ações voltadas à atenção primária no âmbito nacional brasileiro conforme aos protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde Brasileiro.

O curso também trouxe a oportunidade para minha equipe de saúde fazer uma análise dos indicadores de saúde e seus agravos na minha área de abrangência, se aproximando à realidade e refletindo uma nova conceição do cuidar (assistência), permitindo atualizar e aperfeiçoar meus conhecimentos sobre diversos temas que inclui além das doenças, as pessoas e seu contexto com responsabilidade na prevenção e proteção individual e coletiva, quanto com o controle, cura e reabilitação. Um exemplo muito útil para mim foram os casos de saúde mental e as urgências na APS, seu enfoque multidisciplinar, contribuindo a melhorar minha pratica profissional nesse tipo de casos. Além de problematizar o cotidiano de meu trabalho tendo como referência conceitos como: cuidado, acolhimento, rastreamento, vigilância epidemiológica, humanização e efetividade no trabalho. Também o uso da prática de saúde baseada em evidencias e avaliação permanente das ações em saúde.

A literatura estudada foi ótima, desde os vídeos, áudios, conferências, material bibliográfico até o coletivo de excelentes professores de alta qualidade que integra o curso.

O negativo para mim como estudante estrangeira foi a primeira vez com esse sistema de estudo a distancia onde temos professor só pelo site e temos dificuldade com internet , mesmo assim foi boa e única a experiência.

Agradeço a todos os que participaram na realização do curso pelo grande apoio, compreensão e incentivo para participação desse curso. Agradeço a minha professora pela ajuda nas orientações desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde Caderno de Atenção Básica No 26 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva 1 era edição 2013. Cap 2.
2. Williams SR. Nutrição durante a gravidez e lactação,, In: Williams SR. Fundamentos de nutrição e dietoterapia. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
3. Story MED. Nutrition management of the pregnant adoles-cent: a practical reference guide. Washington, DC: National Clearinghouse; 1990.
- 4 .Scholl TO, Hediger ML, Ances IG. Maternal growth during pregnancy and decreased infant birth weight. Am J Clin Nutr. 1990;51(5):790-3
5. Azevedo DV, Sampaio HAC. Gestante adolescente: consumo de guloseimas e substituição de refeições por lanches [Internet]. 1999. [citado 2006 Jun 6]. Disponível em URL:
http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=265
6. Devincenzi MU, Ribeiro LC, Sigulem DM, Garcia JN. Nutrição e alimentação na gestação São Paulo: Editora de Projetos MÉDICOS; 2003.
7. Hytten FE, Leitch I. The physiology of human pregnancy. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1971.
8. Guimaraes EMB, Colli AS. Gravidez na adolescência. Goiania: Centro Editorial e Gráfico da UFG; 1998. 93p.
9. Cadernos de atenção básica 32 titulo Atenção Pré-natal de Baixo Risco .Ministerio de saúde Ano 2013.
10. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. IN: Brasil. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da saúde. Manual de enfermagem Brasília: Ministério da saúde 2001. P. 43-6.
11. MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível em: <<http://www.FSP.USP.br/MAZZA.htm>>.
12. Portaria No 154, de 24 de janeiro de (2008).

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

PROJETO DE INTERVENÇÃO

TÍTULO : Caracterização da gravidez na adolescência Nossa Senhora do Socorro Estado Sergipe UBS Luiz Pereira da Silva Janeiro –Dezembro 2017.

AUTORA : Mayelin Mallet Verdecia

**SERGIPE –SE
2017**

RESUMO

Realizasse-se um estudo observacional descritivo da caracterização da gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Luiz Pereira Da Silva do Estado Sergipe Nossa Senhorado Socorro. O universo estivessem formados por 54 adolescentes da unidade , utilizando uma amostra ao azar simples de 25 adolescentes. A informação serão recolhida no formulário prévio consentimento informado. Eu vou usar as variáveis qualitativas: Grupos idades, escolaridade, ocupação, estado civil, idade da primeira relação sexual métodos anticoncepcionais utilizados, fonte de obtenção do conhecimento, complicações da gravidez, o parto e mulher na gravidez. Os resultados serão processados por método aritmético, resumindo-se em números e percentagens, refletidas em tabelas simples dando resposta aos objetivos .

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	6
2.1 Geral	6
2.2 Específicos	6
3. Revisão da literatura	7
4. Metodologia.....	9
5. Cronograma	12
6. Recursos necessários	13
7. Resultados esperados	14
8. Referências	15
ANEXOS	

INTRODUÇÃO:

Organização Mundial de Saúde OMS define a adolescência como o período entre 10 a 19 anos, quando toda a função sexual favorecida pela produção de hormônios que permitem que a maturação de ambos os órgãos sexuais femininos e masculinos comecem a se desenvolver incluindo células sexuais femininas ou óvulo ou espermatozóide e do sexo masculino. Este estágio é caracterizado por um conjunto de alterações físicas ou biológicas, psicológicas, emocionais e sociais que determinam a transição encontra infância e a idade adulta. Este processo ou evolução do organismo exige cuidados especiais, que vão desde aqueles que permitem o crescimento adequado, tais como nutrição adequada e exercício físico ao material, emocional e demandas sociais (Falcões do Moyano M 2013) .

No Brasil a taxa de fecundidade é um aspecto importante a ser considerado entre as mulheres adultas se assistiu, nas quatro últimas décadas, a um decréscimo na taxa de fecundidade, entre as adolescentes, no período de 1990 a 2000, houve aumento na taxa de fecundidade de 26%. Todavia, a partir de 2000, observa-se quedam no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, observa-se, também, o decréscimo desses valores na faixa etária de 10 a 14 anos. O número de internações no SUS para atendimento obstétrico, na faixa etária de 10 a 19 anos, no ano de 2007, correspondeu a aproximadamente 25% do total desse atendimento. Em 2005, 1.615 óbitos de mulheres foram registrados por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 254 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 350 (22%) entre 20 e 24 anos. Portanto, 38% dos óbitos maternos registrados naquele ano atingiram a população mais jovem. Esse dado pode estar relacionado, como demonstram vários estudos sobre mortalidade materna, à precariedade na assistência pré-natal e ao parto e, no caso desse segmento populacional, à ausência de atenção específica às adolescentes e jovens gestantes.

A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, assim como as demais etapas da vida. Esse grupo populacional precisa ter assegurados seus Direitos Humanos fundamentais. A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu, no seu art. 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, modificando toda uma legislação anterior que considerava meninos e meninas como propriedades dos seus pais. Em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Entre as áreas prioritárias desse programa encontravam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva (Caderno de Atenção Básica No 26 – 2013).

Na minha área de abrangência Estada Sergipe, Nossa Senhora do Socorro, UBS Luís Pereira da Silva, em painéis de discussões com um grupo de adolescentes de diferentes famílias, foi encontrado que, os adolescentes não usam preservativos, porque eles não se referem sentir o mesmo, a emoção não é a mesma, também não gostam de DIU (intrauterino Devices) implantado porque eles causam inflamação pélvica, e o que mais usam são comprimidos ou injetáveis. Por isso, é evidente que o

grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva que têm os adolescentes da minha área é insuficiente.

Embora tem algumas informações sobre gravidez na adolescência e as suas conseqüências negativas para a vida dos jovens, este nível não corresponde com o comportamento assumido e atitude adotada para evitar a gravidez e planejar suas famílias. Por isso foi definido este tema caracterização da gravidez na adolescência em jovens de UBS Luiz Pereira da Silva Nossa Senhora do Socorro, Estado Sergipe no período Janeiro- Dezembro ano 2017; para depois de ter caracterizado o grupo de adolescentes fazer uma intervenção educativa para lograr a diminuição o alto índice de grávidas adolescentes que temos em nossa área.

Objetivo Geral: caracterizar a gravidez na adolescência em jovens que freqüentaram consulta medica na UBS Luiz Pereira da Silva, Nossa Senhora do Socorro, Estado Sergipe no período Janeiro- Dezembro ano 2017.

Específico:

1. Descrever casos de adolescentes grávidas por faixa etária, escolaridade, ocupação e estado civil.
2. Determinar os métodos contraceptivos mais utilizados antes da gravidez e idade da primeira relação sexual.
3. Identificar as complicações mais freqüentes.
4. Determinar os meios mais usados para adquirir conhecimento sobre sexualidade.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A saúde do adolescente é uma questão que provoca cada vez mais interesse em todo o mundo, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva. Muitos dos problemas inerentes à sua saúde sexual e reprodutiva, estão ligados a um início precoce da atividade sexual, porque na maioria dos casos ocorrem sem a devida orientação, informação e proteção, entre eles estão: a gravidez não desejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e até mesmo uma possível infertilidade no futuro. A maioria dos adolescentes de todo o mundo começaram a sua atividade sexual em uma idade mais cedo do que as gerações passadas (Peláez Mendoza J 2014).

A gravidez na adolescência é um dos maiores problemas de saúde que afetam-nos hoje, na América Latina e no Caribe, a população entre 10 e 24 anos estão fazendo sexo, muitas vezes sem proteção, o que os coloca em risco de gravidezes indesejadas e abortos doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo HIV. A pesquisa mostra que a gravidez na adolescência ainda é prevalente na América Latina e no Caribe, o HIV-AIDS é alarmante entre os jovens. Estudos têm mostrado que a idade da primeira relação sexual é significativamente menor para os homens do que entre mulheres (Peláez Mendoza J 2014).

A Embora esta questão ser abordada no passado, não é mais uma prioridade, e tendo em conta que o Brasil não está imune a este fenômeno e não há muitos estudos sobre uma grande amostra (UNDP/UNFPA/World Bank 2015) .

Se aceitarmos a ideia de que a adolescência é um período de transição, nós entendemos que eles têm de enfrentar o desafio, a tarefa do desenvolvimento. Inclui: a adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas, distanciamento progressivo dos pais e familiares, estabelecendo uma identidade (individual, sexual e social) por meio do relacionamento com os pais, usando uma habilidade individual enriquecido e desenvolvimento potencial para atividades ocupacionais.

Entre os desafios a serem enfrentados com adolescentes, está relacionado com a prática da sua sexualidade e o risco que isso implica para a sua saúde reprodutiva pelo possível advento da gravidez indesejada e conseqüências.

O declínio na idade da menarca, iniciação sexual precoce e a extensão da idade de casamento, resultaram em um período de tempo de crescimento durante o qual os adolescentes estão sujeitos ao risco de uma gravidez indesejada, de contrair doenças sexualmente transmissíveis e muitos outros riscos decorrentes da a prática da sua sexualidade é então compreendeu a importância do trabalho educativo e aconselhamento com este sector da população em questões vitais como a

contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (Centro Nacional de Educação Sexual em adolescentes 2014).

O reconhecimento do risco para a gravidez na adolescência tem dirigido a atenção dos obstetras e psicólogos para que o setor da sociedade. O aumento do risco de parto prematuro e mortes neonatais de mães em filhos de mães adolescentes têm sido descritas por vários autores, identificando também: toxemia, prologados nascimentos e aumento da incidência de cesarianas neste grupo de risco; publicações especializadas concordam destacar o aumento da frequência de anemia, toxemia e complicações puerperais nestes pacientes.

Sem dúvida, um dos problemas mais prementes é a gravidez eo parto na adolescência, observado em estudos uma figura muito maior do que os efeitos do estado e município. Da mesma forma a incidência de morbidade e mortalidade perinatal, onde complicações, tais como baixo peso ao nascer e depressão ao nascimento são observados manifestado em termos periparto e pós-parto complicações maternas também foram mais comuns entre os adolescentes, similar aos pontos feitos por outros autores (Castro Espin M. 2013) .

Prevenção de gravidez e DST.

Nós podemos aconselhar , sugerir, ajudar a construir e educar os adolescentes de ambos os sexos sobre a responsabilidade de assumir sua sexualidade quando eles estão descobrindo, tentamos insistir no uso do preservativo como a contraceptivo eficaz, além de prevenir a gravidez, também previnem doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV e SIDA é o mais perigoso. Para receber assistência e aconselhamento sobre os métodos contraceptivos adequados nesta fase, há pessoal qualificado para oferecer tal conselho, porque a fisiologia de uma rapariga que é, obviamente, diferente da de uma mulher madura. Para qualquer situação de irregularidade de dúvida ou desarranjo, os adolescentes podem assistir a estas consultas nos postos de saúde básica (Rigol Ricardo O 2013).

4. METODOLOGIA

Um estudo descritivo sobre a caracterização da gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Luiz Pereira Da Silva município Nossa Senhora de Socorro, Estado Sergipe no período de janeiro a dezembro de 2017. O universo de exercício constituirá adolescente deste posto da saúde. E retirada uma amostra das adolescentes aleatórias simples. A informação será recolhida através de um formulário de consentimento informado antes. Grupos idade, escolaridade, ocupação, estado civil, idade de métodos contraceptivos primeira relação sexual utilizada, fonte de conhecimento obtenção, o conhecimento das complicações da gravidez, parto e mulheres em variáveis qualitativas gravidez foram utilizados. Os resultados serão processados pelo método aritmético, eles vão resumidos em números e percentagens, sendo refletida em tabelas simples que irá responder aos objetivos.

Para dar saída aos objetivos a seguinte operacionalização das variáveis serão utilizados:

Objetivo 1

Variáveis	Classificação	Escala	Operacionalização
Idade	Qualitativo Nominal Dicotômica Exclusivo	12 a 14 anos 15 a 19 anos	De acordo com a faixa etária.
instrução	Qualitativo Nominal Politômica Exclusivo	Ensino fundamental Ensino Médio Ensino Superior Não estuda	De acordo com o nível de educação atingido.
ocupação	Qualitativo Nominal Politômica Exclusivo	Estuda Dona de casa Trabalha	Acordo com os entrevistados trabalho.
Estado Civil	Qualitativo Nominal Politômica Exclusivo	Casado donzela	De acordo com o estado civil referido na pesquisa.

Objetivo 2

Variáveis	Classificação	Escala	Operacionalização
Idade da primeira relação sexual.	Qualitativo Nominal dicotômica Exclusivo	De 10 a 14 anos. De 15 a 19 anos.	Por idade da primeira relação sexual.
Métodos anticoncepcionais mais usados	Qualitativo Nominal Politômica Exclusivo	Preservativo. Dispositivo intrauterino. Tabela ou calendário. Comprimidos contraceptivos Injetáveis.	De acordo com os métodos contraceptivos mais utilizados pelos respondentes.
Fonte de adquirir conhecimentos sobre sexualidade.	Qualitativo Nominal Politômica Exclusivo	Escolas. Os amigos. Médicos e enfermeiros. Meios de comunicação. Pais. Outros parentes	De acordo com os meios de obtenção de informações.
A maioria das complicações comuns da gravidez na adolescência.	Cualitativa Nominal Politômica Exclusivo	Abortos. Anemia. BPN. prematuridade Malformações congênita	De acordo com as complicações da pesquisa referido

Técnicas e procedimentos.

Recolha de informação

As informações serão obtidas a partir de perguntas realizadas a cada adolescente grávida.

Análise e Discussão

Com a informação recolhida irá criar um banco de dados que vai sobressair processada usando SPSS versão 11 em um Core i3 computador.

Os resultados são expressos em números absolutos e percentagens representadas em tabelas de distribuição de frequência.

A discussão dos resultados e sua interpretação será feito através de uma mesa de trabalho completa com o tutor e revisado por nossos consultores, com base em elementos encontrados na revisão da literatura, extraídas das publicações nacionais e estrangeiras e outras fontes até agora de que acotaram de acordo com normas de Vancouver. Ações que nos permitem chegar a nossas próprias conclusões.

E para os seguintes níveis é recomendado;

Nível teórico:

Indutivo-dedutivo: ele é aplicado de forma a caracterizar a gravidez na adolescência de acordo com fatos observados empíricos e opiniões recolhidas, o que levaria a inferir uma possível proposta sobre uma estratégia de intervenção futura que será valioso para reduzir este problema saúde.

Histórico lógica: Para o estudo específico do objeto de pesquisa, sua história, com tendências históricas.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Apresentação do Projeto de caracterização para a equipe de saúde	X	X				
Aprovação do Projeto de Caracterização pela equipe de saúde	X	X	X	X		
Organização dos materiais disponíveis para o projeto e a aplicação do questionário nas adolescentes.			X	X		
Escolha das adolescentes elegíveis para o projeto de caracterização.					X	
Elaboração do plano de ação para os problemas identificados.					X	X
Avaliação dos resultados do projeto de caracterização.						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

Equipe de saúde da família composto por 2 médicos geral, 2 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, 1 farmacêutica, 2 dentistas e 2 técnicos de saúde bucal.

6.2 Recursos Materiais

- Computadores
- Prontuários das grávidas adolescentes.
- Folha 4
- Impressora laser
- Sistema de informação de atenção básica, Cadernos de Atenção Básica.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com o nosso projeto de caracterização esperamos elevar o nível de conhecimento dos adolescentes da minha comunidade sobre gravidez na adolescência e suas complicações e atuar sobre a conduta sexual dos adolescentes. E como resultado final que os adolescentes da UBS Luiz Pereira da Silva tenham os conhecimentos ótimos para evitar a gravidez na adolescência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 .Guzmán JM,Hakket R. Ponteiros JM , Falcões do Moyano M (2013) Diagnostico sobre Saúde Reprodutiva de Adolescentes na América Latina e o Caribe, UNFPA o México Df.
- 2.Ministério da Saúde Caderno de Atenção Básica No 26 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva 1 era edição 2013. Cap 2.
3. Peláez Mendoza J Adolescência e Sexualidade. Controvérsia sobre uma vida que comienza.2014 P 103-6
4. Peláez Mendoza J Saúde Reprodutiva do adolescente. Ginecologia infantojuvenil.2014.
- 5 UNDP/UNFPA/World Bank: The Who Reproductive Health Libray N° 3 Who Genova 2015.
6. Centro Nacional de Educação Sexual em adolescentes . Sexologia e Sociedade 2014.
7. Peláez Mendoza Adolescência e juventude. Desafios atuais. Ed. Cientista -Técnica 2013
8. Castro Espin M.Creecer na adolescencia.Sex.SOC 2013 2 (4) 2-6
- 9.Rigol Ricardo O. Pérez Cavala Pérez Curreal J. Fernández Sacasa Fernández Mirabal Medicina Geral Integral.2 Ed. Havana. Povo e Educação 2013 123-67

ANEXO

Questionário

1. idade_____

2. Escolaridade

2.1 Ensino fundamental

2.2 Ensino Médio

2.3 Ensino Superior

2.4 Não estuda .

3 Ocupação

3.1 Dona de casa_____

3.2 Estuda_____

3.3 Trabalha_____

4 Estado Civil

4.1 Casado_____

4.2 Donzela_____

5 Médios para obter informação sobre sexualidade?

5.1 Escola_____

5.2 Pais_____

5.3 Outros Parentes_____

5.4 Médico e Enfermeira da família_____

5.5 Amigos_____

5.6 Meios de comunicação _____

6 Método anticoncepcional que utilizou antes da gravidez.

6.1 DIU_____

6.2 Preservativo_____

6.4 Tabela ou calendário_____

6.4 Comprimidos_____

6.5 Injetáveis _____

7. O aborto é um método anticoncepcional?

7.1 Sim _____ 7.2 Não_____

8 Com que idade teve sua primeira relação sexual?

10_14 anos

15_19 anos

9 Complicações que apresentam -se na gravidez na adolescência.

9.1 Aborto _____

9.2 Anemia_____

9.3 Baixo Peso ao nacer_____

9.4 Malformação congênita_____

Consentimento informado:

Eu _____ concordo em participar na investigação. A doutora _____ me ha explicado que toda informação fornecida será utilizada para fim investigativo y que mi participação é voluntaria.

Assinatura do paciente.

Tabela1. Distribuição segundo idade e sexo.

Idade em anos	Total			%
	No	%		
12-14				
15-19				
Total				

Tabela 2. Distribuição segundo escolaridade.

Escolaridade	Total			%
	No	%		
Ensino Fundamental				
Ensino Médio				
Ensino Superior				
Não Estuda				
Total				

Tabela 3. Distribuição segundo ocupação.

Ocupação	Total			%
	No	%		
Trabalha				
Dona de casa				
Estuda				
Total				

Tabela 4. Distribuição das grávidas por estado civil .

Estado civil	casos	
	No	%
Casada		
Donzela		
Total		

Tabela 5. Distribuição das grávidas por idade da primeira relação sexual

Idade da primeira relação sexual	casos	
	No	%
10 -14 anos		
15-19 anos		
Total		

Tabela 6. Distribuição das grávidas por métodos anticoncepcionais utilizados antes da gravidez .

métodos anticoncepcionais utilizados	No	%
DIU		
Preservativo		
Tabela ou calendário		
Comprimidos		
Injetáveis		
Total		

Tabela 7. Conhecimento se o aborto é um método anticoncepcional.

Conhecimento	No	%
Sim		
Não		
Total		

Tabela 8 Distribuição das grávidas por meios da comunicação.

Meios da comunicação.	No	%
Escola		
Pais		
Outros Parentes		
Médico e Enfermeira da família		
Amigos		
Meios de comunicação		
Total		

Tabela 9 Complicações que apresentam-se na gravidez na adolescência.

Complicações da gravidez	No	%
Aborto		
Anemia		
Baixo Peso ao nacer		
Malformação congénita		
Total		

