UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
EDUCAÇÂO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Yudit Medina Pedraza

VISITA DOMICILIAR: FERRAMENTA DE SUPORTE NO CUIDADO À SAÚDE NO ÂMBITO DA AB/ESF

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

EDUCAÇÂO A DISTÂNCIA EM SAÚDE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Yudit Medina Pedraza

VISITA DOMICILIAR: FERRAMENTA DE SUPORTE NO CUIDADO À SAÚDE NO ÂMBITO DA AB/ESF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Profa. Giovana Bacilieri Soares.

Porto Alegre

2018

SUMÁRIO 3

1 INTRODUÇÃO..... 4
2 ATIVIDADE 2. CASO CLÍNICO: RELATO DE UM CASO 7
3 ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....11
4 ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO. VISITA DOMICILIAR. 15
5 ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO. REFLEXÃO CONCLUSIIVA 19
REFERÊNCIAS.....22
ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO. 24
OUTROS ANEXOS 49

1 INTRODUÇÃO

Sou graduada em medicina pelo Instituto Superior de Ciências Médicas (ISCM) de Villa Clara, ano 1995, cursei a especialização em Medicina Geral em 2001. Trabalhei durante 4 anos na Venezuela e cheguei ao Brasil em agosto de 2016. Atuo no Programa Mais Médicos para o Brasil como médica na Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Bairro Operário do Município de Nonoai, Estado do Rio Grande do Sul.

O município de Nonoai está situado ao norte do Estado a uma distância de 416 km da capital, tem seis divisas intermunicipais e 1 divisa interestadual, ao norte, com o Estado de Santa Catarina. Possui uma área de 469,313 km2, uma densidade de 25,75 habitantes /km e um IDH de 0.702. A população, segundo último censo de 2010, era de 12. 074 habitantes e estimada em 2017 em 12.247 (IBGE,2010). Sua economia baseia-se na agricultura, destacando-se o cultivo da soja, milho, além dos produtos básicos, como feijão, arroz e outros. Também contribui com a economia a criação de gado, suínos e aves, bem como a indústria de móveis, esquadrias, ervateiras e laticínio. Conta com escolas Estaduais, municipais e particulares, assim como 4 escolas federais localizadas na área indígena, creches, lar do idoso e um Centro de amparo às crianças e aos adolescentes em situação de risco, um Conselho Tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e recentemente foi criado o Conselho Municipal do Idoso. Quanto à estrutura de saúde conta com: uma UBS Central, três ESF, 2 Postos de Saúde Indígena (1 na sede da área indígena e outro nas Bananeiras), quatro equipes de saúde bucal (ESB) e um Hospital Comunitário, que atende a todos os municípios da região (IBGE,2010) e uma equipe do NAAB que trabalha vinculada estreitamente com as equipes de Atenção Primária. O município de Nonoai está aderido ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Serviços da Atenção Primaria).

Nossa Unidade de Saúde, Bairro Operário, está integrada por sete funcionários: Médica, Enfermeira, tec de enfermagem, Odontologista, Assistente de saúde bucal, Atendente de farmácia e Assistente de serviços gerais, são oferecidos serviços de consulta de medicina familiar e enfermagem, atendimento odontológico e serviço de farmácia, e contamos também com sala de vacinas e uma população

de 2500 habitantes dividida em 04 microáreas compostas pelos bairros: Operário, João Sperry, Ballestrim, Cascata das Andorinhas, Centro e Nascer do Sol. Minha população é muito diversa, sendo composta principalmente por descendentes de italianos, alemães e também, pessoas com ascendência asiática, africana e descendentes de indígenas. Nossa população pertence fundamentalmente às classes média e baixa. Nas ruas de nossa cidade podemos ver a mistura de classes sociais.

Dentro de minha área de abrangência está situado o Hospital Comunitário do município, assim como uma escola municipal de educação infantil que acolhe a grande maioria das crianças da comunidade nessas idades. Ambos estão muito perto da Unidade de Saúde.

Embora que a grande parte da população desempenhe atividades agrícolas, também muitas trabalham fora do município na cidade de Chapecó no frigorifico e outras no próprio município em supermercados, laticínio e outras atividades de comércio.

Nossa população está localizada fundamentalmente no perímetro urbano, mas também temos moradores em áreas mais rurais dificultando as vezes o acesso à unidade de saúde. As ruas são em sua maioria de pedras o que eles chamam de calçamento e também existem caminhos de terra. Existem casas construídas de material (tijolo) e também de madeira, sendo que algumas possuem melhores condições quanto à qualidade da construção, assim como em muitas delas pode-se observar boa higiene, ordem e limpeza no seu interior enquanto existem outras que carecem totalmente destes atributos existindo no seu redor grande acúmulo de lixo espalhado e matos que geram a proliferação de vetores. A maioria das casas têm 1 ou 2 quartos, banheiro, cozinha, sala e não falta em nenhuma delas a típica churrasqueira para fazer o tão gostoso churrasco, exemplo típico dos costumes gaúchos, que geralmente compartilham com amigos e familiares.

Quanto ao fornecimento de água da comunidade, esta recebe atendimento da rede pública quase em sua totalidade. O destino das fezes e urina em algumas localidades é através do sistema de esgoto, mas a grande maioria tem fossas e algumas delas entupidas, o que já foi informado à vigilância epidemiológica do município visto o perigo que isto representa para a saúde da população. Referente ao destino do lixo, o mesmo geralmente é coletado duas vezes por semana e alguns habitantes jogam o mesmo no Rio do Tigre que está perto, observando-se acúmulos

em suas margens assim como também nas ruas onde existem acúmulos de lixos, sendo que esta situação favorece a proliferação de vetores e, portanto, a transmissão de doenças. (VER OUTROS ANEXOS 1: IMAGENS DA ÁREA DE ABRAGÊNCIA).

Os principais problemas de saúde existentes estão relacionados a fatores de risco como a idade (população muito idosa), maus hábitos alimentares, obesidade, inatividade física, doenças crônicas não transmissíveis (HAS, Diabetes mellitus) e doenças relacionadas à saúde do trabalhador agrícola como doenças da pele, intoxicação por agrotóxicos e outras como doenças osteomusculares por esforços repetitivos na população que trabalha no frigorifico. Também tem sido observado um incremento da gestação adolescente em nossa área de abrangência o que constitui um problema de saúde pública de grande relevância (CHALEM et al.,2007). Quanto a este problema, propusemos elaborar um Projeto de Intervenção Educativa (consultar anexos) que apresentasse alternativas para minimizar os casos de gravidez na adolescência. Neste contexto, o principal objetivo deste Projeto de Intervenção será: elevar o conhecimento dos adolescentes da UBS Bairro Operário sobre as causas e principais consequências da gravidez na adolescência. Pretende-se ampliar sua responsabilidade quanto ao uso dos métodos anticoncepcionais na prevenção da gravidez na adolescência; propiciar mudanças comportamentais, além de fortalecer o vínculo entre os adolescentes e os profissionais da saúde, diminuindo assim a resistência dos mesmos a futuros atendimentos.

A análise e conhecimento da área de abrangência de nossa UBS permite direcionar o trabalho em função dos principais problemas de Saúde detectados, elaborar estratégias de trabalho e procurar os recursos necessários para sua solução e modificação.

2 ATIVIDADE 2. CASO CLÍNICO: RELATO DE UM CASO

Como descrevi na introdução um dos principais problemas na minha área é a gestação adolescente e um aspecto muito importante é a vigilância estreita para a determinação oportuna de complicações frequentes neste grupo etário. Os transtornos hipertensivos da gestação destacam-se entre as possíveis complicações que podem acontecer, sendo a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal e graves complicações para o binômio mãe -feto tanto no período da gestação como no puerpério (BRASIL 2013; GONÇALVES 2005).

As principais categorias para classificar os transtornos hipertensivos da gestação são: pré-eclâmpsia; eclampsia; hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superposta; hipertensão crônica e hipertensão transitória ou gestacional(BRASIL 2013). Cada uma delas tem critérios específicos para sua identificação, dentre as formas clinicas da Síndrome Hipertensiva Especifica da Gestação(SHEG) destaca-se a pré-eclâmpsia a qual pode ser leve ou grave e caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial e a presença de proteinúria depois das 20 semanas(GONÇALVES 2005).

O seguinte caso preenche os critérios diagnósticos deste distúrbio hipertensivo.

Dados da paciente:

C.M.S, gestante; com 17 anos adolescente, raça branca. A paciente mora com seus pais e uma irmã de 14 anos. Família de baixa renda familiar já que só o pai trabalha. Além de que o fato desta gestação não planejada gerou certa tensão foi aceita e C. M. S. contou com o apoio da família. Abandonou os estudos quando soube que estava gestante, mas é uma boa estudante e deseja continuar estudando depois do parto. Solteira. O parceiro e a família deste não aceitou a gestação. (VER OUTROS ANEXOS 2:GENOGRAMA DO CASO CLÍNICO).

Antecedentes familiares: mãe diabética, hipertensa crônica com antecedentes depré-eclâmpsia.

Antecedentes patológicos pessoais: sobrepeso com um ganho de peso total: 14 kg.

Ganho de peso total recomendado: 7,0-11,0kg.

Antecedentes ginecológicos

Menarca: 13 anos ciclo menstrual irregular

Mamas: sem alterações

Malformações uterinas: não
Uso anticoncepcionais: não.
Iniciou relações sexuais:16 anos
Antecedentes obstétricos: gesta:1; parto:0; abortos: 0
Dados da gestação: DUM: Imprecisa
Idade gestacional por Ultrassonografia do 3-3-2017:13 semanas
DPP:8-9-17(x us).

Controles no pré-natal: total de 9 controles em consulta na atenção primaria (enfermeira, médico, ginecobstetra) e 2 controles em consulta de alto risco, e visitas domiciliares cada 15 dias.

Captação da gestação realizada precocemente depois de ter conhecimento a ACS visitou a família e orientou assistir a consulta para definir diagnostico e começar o pré-natal.

1ra consulta:26-2-17; IG:11 -12 semanas solicito estudo ultrassonográfico para definir IG e solicito todos os exames correspondentes e classifico a gestação como risco para: diabetes gestacional (mãe diabética, paciente sobrepeso); SHEG (adolescente, sobrepeso, primigesta, e antecedente familiar de mãe com antecedentes de pré-eclâmpsia e hipertensão crônica) e risco de prematuridade e baixo peso(adolescente). Decidi um acompanhamento mais frequente da gestante tanto em consulta como em visitas domiciliares. As cifras de pressão arterial na primeira consulta 90/50mmhg.

2da consulta (10-3-17); IG de 14 semanas avaliei os complementários todos normais a glicemia:80mg/dl pero devido aos fatores de risco solicitei TTG 24-28 semanas.PA 100/70mm/hg. Pela presença dos fatores de risco decido começar tratamento profilático com AAS 100mg diários e suplemento de cálcio 1000 mg ao dia. A ginecobstetra realiza o acompanhamento das gestantes do município, por isso encaminhe a Interconsulta. Na consulta do dia 23-5-17 (24,3 semanas) nota-se um incremento de mais de 15 mm/hg da PA diastólica 120/85mm/hg e um incremento brusco de peso, no qual, alerto a paciente e familiar sobre o risco para SHEG e enfatizo nas orientações nutricionais e o ganho de peso recomendado assim como na importância de fazer repouso em decúbito lateral esquerdo, tomar as medicações para a profilaxia, e assistir aos controles tanto na unidade de saúde como às IC com a obstetra do município. Solicitei além dos exames do pré-natal exames da função renal, hepática, contagem de plaquetas, proteinúria de 24 horas. O resultado do TTG

foi normal e foi pedida glicemia para o 3er trimestre depois das 28 semanas. O resultado da proteinúria e a glicemia avaliadas posteriormente foram normais. Solicitado também um exame ultrassonográfico depois das 28 semanas para avaliar o crescimento fetal.

Na visita domiciliar do dia 1 -8-17 com 34,3 semanas constatam-se cifras de PA de 140/90 mm/hg pelo que encaminho ao hospital para observação com a hipótese diagnóstica de suspeita de pré-eclâmpsia onde permaneceu internada durante uma semana constata-se PA maior de 140/90 mmhg depois de 4 horas, e proteinúria positiva; foi dada de alta com diagnóstico de pré-eclâmpsia leve e tratamento medicamentoso com metildopa 250mg de 8/8 horas. Decido então o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, solicito novamente exames de função renal, hepática e proteinúria evolutiva, contagem de plaquetas e consultas semanais orientando o repouso relativo, medição da PA pelo menos uma vez por dia, controle diário do peso e orientação sobre sintomas de alerta de agravamento como (cefaleia, visão turva, dor epigástrica, diminuição dos movimentos fetais, contrações uterinas e outros). Sendo que no controle do dia 24-8-17 com uma gestação a termo de 37,6 semanas a paciente apresenta novamente cifras elevadas de PA150/90 mmhg pelo que decido encaminhar para internação e avaliar interrupção da gestação.

O parto acontece 4 dias depois no dia 29-8-17 com uma IG de 38,4 semanas, por cesárea e obtendo-se um recém-nascido vivo, masculino, com um peso 2560 gr adequado para idade gestacional. Cinco dias depois a binômio mãe - recém-nascido são dados de alta do hospital sem maiores complicações o hospital envia à unidade o relatório com todo o acontecido durante a internação hospitalar e faço a visita no seu domicilio como parte das atividades da (PSSI) ”Primeira Semana de Saúde Integral” para brindar orientações importantes para o cuidado de ambos, oriento a importância do acompanhamento ao puerpério e a vigilância da PA nas 12 semanas posteriores ao parto, assim como as consulta de puericultura do recém-nascido e Inter consulta com a pediatra antes do 10 dias.

O caso descrito da gestante C.M. S apresenta vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do SHEG entre eles, adolescência, primigesta, antecedentes de familiar de 1er grau com hipertensão assim como mãe com antecedentes de pré-eclâmpsia e o ganho de peso exagerado (BRASIL, 2010; FERREIRA MOURA 2010.).

O incremento da PA maior do que 15 mm/hg tomando em conta as cifras antes das 16 semanas se bem não constitui um critério diagnostico, sem um sinal de alerta para levar um controle mais frequente do que os seis controles preconizados pelo Ministério de Saúde. No caso relatado a identificação precoce dos fatores de risco e seu efetivo monitoramento permitiu-me o diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia assim como reduzir os danos a mãe e filho os quais poderiam ser muito graves. Segundo FERREIRA MOURA, os transtornos hipertensivos da gestação podem ser de grande gravidade para o binômio mãe-feto, entre eles destacam-se o baixo peso, a prematuridade, o retardo do crescimento intrauterino(RCIUR), óbito materno e fetal, mas são passiveis de profilaxia com uma adequada avaliação dos fatores de risco e uma atenção ao pré-natal de qualidade e Inter setorial.

3 ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

Minha equipe de trabalho descrita na introdução, tem as características requeridas para o atendimento preconizado pelo Ministério de Saúde. A enfermeira e a tec de enfermagem contaram para mim que nossa unidade de saúde conta com o Programa de Saúde da Família praticamente desde sua criação no ano 1994. Mas seu ótimo funcionamento viu-se afetado pela falta de médicos com especialização em saúde da família.

Segundo os princípios e diretrizes da Atenção Básica explicitados na Portaria do Ministério de Saúde 2488/11:" A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, ".

Mas quando comecei a trabalhar e interatuar com a população me precatei de algumas situações que refletem que o funcionamento da Atenção Básica não está verdadeiramente fortalecido, no que se refere fundamentalmente ao funcionamento da consulta de puericultura. Posso dizer que a mesma não era desenvolvida na unidade já que todas as consultas de puericultura eram centralizadas pela pediatra do município no Posto de Saúde Central. A grande maioria das mães só levaram aos filhos à puericultura até os 4 – 6 meses de idade. Assim como a situação vacinal era crítica, um grande número de crianças tinha esquema vacinal muito atrasado. O aleitamento materno exclusivo somente até 2 – 3 meses. Tenho dois exemplos típicos da falta de orientação e ações de prevenção: um deles: uma criança de 4 anos que sofreu queimaduras graves quando tinha 2 anos e uma criança de 5 anos com um transtorno no desenvolvimento da linguagem. Em ambos casos só foram levados a consulta até os 6 meses de idade.

A consulta de puericultura tem uma vital importância já que através dela é possível promover câmbios tanto individuais como coletivos com ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde e a mesma não só é dirigida às crianças senão também a sua família; repercutindo na melhoria dos dados epidemiológicos (FAGNER et, al.2003). O Ministério da Saúde preconiza sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo ano e depois uma anualmente, mas esta frequência pode variar dependendo das necessidades de cada criança.

As situações relatadas anteriormente têm como raiz os problemas no acompanhamento sistematizado à criança o que conduz aos demais problemas como: desmame precoce ou aleitamento materno não exclusivo ou ausente, ocorrência de acidentes que poderiam ser evitados, assim como atrasos no desenvolvimento tardiamente detectados.

Identificou-se a necessidade de implementar ações para reverter esta situação. Procurou-se inicialmente a atualização dos cadastros de nossos usuários para ter um conhecimento mais exato da população infantil, principalmente entre 0-2 anos. Este objetivo requereu do trabalho de nossos ACS os quais além disso devem manter informado à equipe das crianças detectadas em situações de risco e vulnerabilidade para estabelecer prioridades e dirigir nossas visitas domiciliares, assim como agendar consultas aos mesmos. Além de executar o previsto na Rede Cegonha, garante-se a visita domiciliar ao binômio mãe-RN (recém-nascido) na primeira semana de vida para garantir a continuidade do cuidado tomando em consideração as necessidades de cada RN. As mães recebem no hospital a Caderneta de Saúde da Criança a qual constitui uma ferramenta importante no seguimento posterior. O acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento com foco nos 2 primeiros anos de vida é o objetivo fundamental das equipes na APS (Atenção Primaria de Saúde) com um enfoque biopsicossocial dirigido tanto às crianças como às famílias, levando em conta a intersetorialidade (BRASIL, 2012a). (VER OUTROS ANEXOS 3: PUERICULTURA DA CRIANÇA).

Para garantir o êxito do acompanhamento enfocou-se o trabalho no atendimento ao pré-natal já que é aqui que verdadeiramente começa o vínculo entre a equipe e a família do RN (BRASIL, 2013). Trabalhou-se com ênfase na captação precoce das gestantes garantindo o mínimo de consultas segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, criando-se espaços na unidade, como o grupo de gestantes, para orientar a futura mãe e famílias sobre a importância do pré-natal e da puericultura da criança assim como importância da amamentação, das vacinas e outros temas de interesse. Também são realizadas atividades educativas na sala de espera da unidade quando as mães aguardam a consulta. Ali são tratados temas como: importância e vantagens do aleitamento materno, técnicas de amamentação, consequências do desmame precoce, alimentação da mãe nutriz, cuidados do RN etc, sendo reforçadas estas orientações na consulta individual. Esses espaços de

educação em saude sobre o pré-natal e a puericultura são a melhor forma de troca de experiências e fonte de conhecimentos (BRASIL, 2013).

Nas consultas de puericultura se faz ênfase nas ações de promoção e prevenção com um aconselhamento antecipado (BRASIL,2012a). Destacam entre essas ações as orientações sobre as imunizações na prevenção de doenças. Contamos em nossa unidade com uma sala de vacinas e com todas as vacinas preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação.

O aconselhamento em amamentação é estimulado desde o pré-natal e além dos espaços para atividades de educação temos disponibilizados matérias para leitura na sala de espera. A diminuição da morbimortalidade infantil é promovida por esta econômica e eficaz estratégia assim como o vínculo afetivo do binômio mãe-RN. Embora existam evidencias cientificas que provem a superioridade da amamentação exclusiva, no Brasil a prevalência é muito baixa (BRASIL, 2015). Daí a importância do atuar do professional de saúde da Atenção Básica (AB) para reverter esta situação e que seu trabalho em apoio à promoção do aleitamento materno seja bem-sucedido. A participação da família (pais, mães, avós etc) também é estimulada já que tem uma forte influência no sucesso da amamentação.

O acompanhamento ao desenvolvimento infantil nas consultas de puericultura, permite a detecção precoce de alterações que podem ser modificadas e evitar que possam repercutir negativamente no futuro das crianças problemas como: atraso no desenvolvimento da fala, na aprendizagem, agressividade, alterações relacionais e outros podem-se identificar e diagnosticar oportunamente.

Como expus no início muitas mães só levam as crianças a puericultura até os 4-6 meses de idade, por isso dificultasse o diagnóstico precoce de alguns distúrbios (OPAS,2005). Outro aspecto muito importante abordado na puericultura são os acidentes sendo também significativo sua abordagem com aconselhamento antecipado para a prevenção de lesões acidentais não intencionais. Eventos considerados na maioria das vezes previsíveis e preveníveis (BRASIL,2012a). O espaço das visitas domiciliares oferece a oportunidade ideal para desenvolver ações educativas para as crianças e famílias com a finalidade de prevenir os acidentes. As orientações devem levar em consideração o contexto socioeconômico e cultural da criança assim como o estágio do desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

A gravidez adolescente é uns dos principais problemas de saúde identificados em nossa área, como relatei na introdução, por tanto, é muito importante o trabalho

preventivo com este grupo etário pelos efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam. Uma das principais ações desenvolvidas na unidade foi ampliar a abrangência da puericultura do período pré-natal, neonatal, lactantes, escolar até a adolescência e foi criado um grupo de adolescentes onde se tratam temas de interesse como: sexualidade precoce, gestação adolescente, os principais métodos anticoncepcionais disponíveis e outros como a prevenção das adiciones (drogas, álcool, fumo). O grupo constitui um excelente espaço para a promoção de saúde.

Nosso trabalho como professional da AB deve estar enfocado em ações de saúde voltadas às práticas de educação e promoção da saúde. Fundamentadas na análise e identificação dos problemas e necessidades da população pela qual somos responsáveis e nesse sentido a boa orientação dos ACS é essencial já que podem ser facilitadores da boa relação entre a equipe e comunidade.

4 ATIVIDADE 4 DO PORTFOLIO. VISITA DOMICILIAR.

O conjunto de ações de saúde tanto individuais como coletivas que abordam a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, assim como diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde caracterizam a Atenção Básica, a qual constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Estas ações têm como objetivo ofertar uma atenção integral que tenha uma influência positiva na saúde, autonomia das pessoas e determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, responsabilização, humanização e participação social.

As equipes de Atenção Básica(AB) são responsáveis pela atenção dos pacientes, tomando em consideração suas necessidades em saúde. Muitas vezes essas necessidades demandam que a assistência a saude seja dispensada em nível domiciliar. A atenção no domicilio do usuário é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de AB, por quanto devemos saber identificar aqueles pacientes que precisem dessa modalidade de atenção. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes pela dificuldade dos usuários de acessar os serviços de saúde por diversos fatores entre eles: barreiras geográficas, longas distâncias, maneira em que os serviços estão organizados, estado de saúde, que, muitas vezes, não permitem de se deslocarem até as unidades (BRASIL, 2012b) ou por formar parte de grupos prioritários que demandam maior atenção como são as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos e lactantes. Portanto é necessário que as equipes estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção. (VER OUTROS ANEXOS 4: VISITA DOMICILIAR PELA EQUIPE).

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar é fundamental para a efetivação da mesma. A atenção domiciliar e uma importante ferramenta de trabalho na APS, permite uma melhor interação no cuidado da saúde e conhecer as condições de vida que envolvem nossos pacientes, permitindo que a abordagem seja mais efetiva; dessa forma podemos enxergá-los em seu meio e não só avaliar a variável patológica. Dentro das modalidades da atenção domiciliar está a visita domiciliar a qual reforça o vínculo entre o professional e família sob nossos cuidados, com ela conhecemos toda a área de abrangência, as características da população, suas principais

doenças e problemas, os casos mais vulneráveis assim como condições biopsicossociais. A visita domiciliar rompe com o modelo hegemônico centrado na doença, torna-se o indivíduo o foco principal e as condições no seu entorno (família, cultura, meio ambiente)

A visita domiciliar, deve ser bem estruturada e planejada, entre seus objetivos estão além de conhecer o domicilio e suas características ambientais, verificar a estrutura da família e sua organização, identificar possíveis fatores de risco familiares, prestar orientações, responder às dúvidas da família, definir um plano a ser seguido já que o mesmo vai subsidiar uma segunda avalição já seja na unidade de saúde ou em outra visita domiciliar, comprovando se foi cumprido, o que permite reforçar o vínculo e ajuda na conduta futura do professional.

Quando planejamos uma visita devemos definir o alvo(pessoa , situação),segundo a demanda definir os professionais envolvidos, o itinerário e operacionalização já que a mesma têm um custo tanto de deslocamento como de tempo, nas unidades os atendimentos são menos quando fazemos visitas pelo que deve ser bem pensada e organizada , priorizar o horário, ter confirmação e consentimento da família selecionar o equipamento necessário para a mesma, iniciar pelas que demandam menor tempo. Este recurso estratégico deve ser usado de forma racional. Durante a execução da visita devemos iniciar pela pessoa alvo, mas podemos abordar aos demais familiares e intervir nas situações que possam interferir negativamente na saúde da família. Têm um custo como expressei, pero uma visita bem dirigida pode ter resultados positivos, contribuir a redução de danos e à quebra de transmissão de uma doença.

Entre as atividades dos agentes comunitários de saúde a visita domiciliar, é a mais importante e deve ser realizada com uma frequência mínima de uma vez por mês em cada família, mas não é só atribuição deles, nem somente das equipes das ESF e sim de toda equipe da Atenção Básica independentemente da modalidade (NASF, ESB, ASSISTENCIA SOCIAL, EQUIPES DE SAUDE MENTAL).

Desde que eu comecei minha atuação na Unidade de Saúde do Bairro Operário as visitas são realizadas na terça feira de manhã, temos solicitado ao gestor municipal ampliar nosso horário para esta atividade já que contamos com várias micro áreas e incluso duas delas sem cobertura de ACS, mas nossa solicitude não foi aceita. Também enfrentamos algumas dificuldades que afetam o trabalho, entre elas a falta de transporte para o deslocamento até os domicílios já que as

vezes os motoristas da secretaria têm que dar conta de outras atividades pelo que temos tido a necessidade de suspender visitas que já estavam coordenadas e planejadas. E isto além de diminuir a efetividade do trabalho também faz com que a população perca credibilidade e confiança nos serviços de saúde.

Entre os grupos que mais demandam esta modalidade de atenção em saúde estão como expliquei anteriormente as gestantes, as puérperas, recém-nascidos e lactantes por constituir grupos de grande vulnerabilidade. As visitas domiciliares às gestantes, durante o pré-natal, e puérperas na primeira semana após parto, como parte da Primeira Semana de Atenção Integral, segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde; permite monitorar a mulher e a criança, orientar os cuidados adequados, identificar fatores de risco, realizar práticas educativas incentivando a aleitamento materno exclusivo, hábitos de vida saudáveis, estimular o parto normal sobre a cesárea, verificar sinais de alerta da gravidez como são: os edemas em membros inferiores, cifras tensionais elevadas; importância do acompanhamento do pré-natal, da consulta do puerpério, dos cuidados do recém-nascido e do planejamento familiar entre outros importantes temas(BRASIL,2013).

Sabemos que o puerpério gera insegurança, por tanto a visita domiciliar é uma importante estratégia do cuidado que permite identificar as necessidades reais da mulher para poder ofertar-lhes um atendimento integral, estando mais próximos da realidade vivenciada por elas, conhecendo seu contexto, sua família, suas redes de apoio. Constituindo-se o domicilio um espaço de cuidado e educação em saude e práticas orientadas para a promoção e prevenção. A visita domiciliar permite um cuidado mais humanizado e individualizado que ajuda a mulher a tirar todas suas dúvidas e medos, fortalecendo o vínculo com o professional (BERNARDI et al.2011). A utilização desta modalidade de atenção é muito recomendada para recém-nascidos e lactantes desde muito cedo, já que os primeiros anos podem ser essenciais na saúde futura do adulto. A primeira visita ao domicilio do recém-nascido deve ter lugar na primeira semana após parto e as seguintes serão planejadas segundo as necessidades individuais e fatores de risco associados. As mesmas têm como objetivo fortalecer o vínculo com a equipe, oferecer suporte emocional à mãe, brindar orientações sobres os cuidados do recém-nascido e lactantes, sobre amamentação exclusiva, vacinação, higiene ambiental e pessoal, prevenção de lesões não intencionais, estimular a participação da família como rede de apoio fundamental, e alertar sobre sinais de perigo à saúde da criança(BRASIL,2012a).

As visitas domiciliares como importante ferramenta de trabalho deve ser utilizada pelos professionais de uma maneira mais crítica e reflexiva, ampliando o alcance de nossas ações em saúde, garantindo um cuidado mais efetivo, proporcionando maior bem-estar e diminuindo os riscos que possam levar a morbimortalidade materna e infantil.

5 ATIVIDADE 5 DO PORTFOLIO. REFLEXÃO CONCLUSIIVA.

O Projeto Mais Médicos Para o Brasil surgiu no ano 2013, foi lançado como uma necessidade pela carência de médicos nas áreas do interior e periferia do país.

Cheguei ao Brasil no mês de agosto 2016 e ao meu município de atuação, Nonoai, no mês de outubro. Embora tivemos uma preparação em Cuba previa a nossa chegada sentia que não era suficiente para enfrentar o trabalho. Tinha muitas dúvidas e expectativas entre elas se poderia desenvolver o trabalho com eficiência e qualidade já que o Brasil é um país com uma extensão quase continental, marcado por grandes diferenças regionais quanto ao perfil epidemiológico e também desenvolvimento social e econômico; mas minha principal preocupação era a barreira que o idioma poderia representar. No início foi um pouco difícil mais minha integração à equipe foi favorável, recebi deles todo o apoio e a população mostrou-me seu carinho e aceitação.

Mas uma das coisas que teve maior influência para que isto fosse assim foi minha incorporação aos estudos na Especialização em Saúde da Família, através da Universidade Aberta do SUS(UNA-SUS) a qual vinculando o ensino-serviço contribuiu com a educação permanente o que constitui prioridade do Programa Mais Médicos. A estruturação do curso e os conteúdos estudados tanto no Eixo 1 e 2 contribuíram de maneira significativa em minha prática como professional. No Eixo 1 fomos acompanhados por uma tutora maravilhosa Lic. Virginia Petrini que nos foi adentrando gradualmente num grande universo de conhecimentos sobre o Sistema de Saúde Brasileiro.

Foi interessante conhecer o processo de evolução das políticas de saúde no Brasil marcado por um longo período de luta pelo direito universal à saúde como dever e responsabilidade do Estado e a existência de diversas modelos assistências até o surgimento do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) regido pelos princípios de: Equidade, Universalidade, Integralidade e Participação Social. O SUS enfrenta grandes retos, mas sem discussão é uma das maiores conquistas em matéria de saúde. Aprendi que a Atenção Primaria de Saúde (APS) é responsável pela atenção de nossos usuários como principal porta de entrada aos serviços de saúde sendo coordenadora e integradora com os diferentes níveis das Redes de Atenção em Saúde (RAS) e que tem como principais atributos: a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O programa Estratégia

de Saúde da Família (ESF) tem o papel principal neste processo por estar mais próxima à realidade de nossas comunidades.

Os estudos referentes à Vigilância em Saúde tiveram grande importância para mim já que estas ações formam parte do trabalho cotidiano da equipe, tendo grande destaque a Vigilância em Saúde do Trabalhador, pois a maioria de minha população está exposta a doenças relacionadas ao trabalho. Soube que contamos com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador(RENAST) integrada ao SUS através dos Centros de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST). Nosso município conta com o CEREST/AU de Erechim que contribui com a formação/educação dos professionais, e com a reabilitação dos trabalhadores encaminhados pelo SUS. O modelo assistencial que melhor atende à demanda da Vigilância em Saúde é AB/ESF.

Os conteúdos abordados no curso me ofereceram ferramentas que eu precisava para desenvolver meu trabalho, aprimorar minhas condutas e interagir com a equipe. Uma mudança importante foi em questões de organização e planejamento, o incremento das consultas programadas e a elaboração da agenda professional compartilhada. Meu município implantou o e-Sus que alimenta o SISAB (sistema de informação em saúde da AB) e eu tive a oportunidade de experimentar esta mudança como estratégia de modernização do SIS (SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE), garantindo maior otimização do trabalho da equipe, maior qualidade na atenção aos pacientes, melhor acompanhamento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) e maior resolutividade. Permitindo que as informações fiquem disponiveis para todos os professionais.

Minha ESF aderiu pela primeira vez ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ). Com este programa podemos fazer uma autoavaliação e monitoramento de nosso desempenho e os indicadores a avaliar estão em relação com os atributos da APS. Aprendi a usar o método SOAP no registro clinico das informações médicas como uma das principais ferramentas do médico de Família e Comunidade.

Os casos complexos estudados no Eixo 2 evidenciaram situações que acontecem em nosso dia a dia sendo bem interessantes e contamos nesta oportunidade com o acompanhamento muito professional da tutora Dra: Giovana Bacilieri Soares. Permitiu-me conhecer sobre as doenças mais prevalentes no Brasil, os principais protocolos clínicos e como aplicar eles.

O que me ajudou muito a ter uma melhor abordagem dos problemas presentes em minha comunidade, sobretudo no que se refere aos problemas de saúde mental, manejo das adições (álcool, tabagismo, drogadição), o controle das DCNT, atenção a grupos prioritários como: gestantes, puérperas, recém-nascidos e lactantes. Criar espaços na unidade para atividades de educação em saude tanto individuais como coletivas: grupos de hipertensos e diabéticos, da terceira idade, de gestantes e de adolescentes, realização de palestras de interesse para a comunidade como as que tiveram lugar com motivo da luta contra o Dengue, outubro rosa e novembro azul.

A prática das visitas domiciliares como modalidade da atenção à saúde fez possível que eu pudesse caracterizar melhor minha população, tornando-se o mais importante foco de atenção o indivíduo e o médio que o circunda, estabelecendo o rompimento com o modelo hegemônico centrado só na doença. A aplicação do Método Clinico Centrado na Pessoa contribuiu a mudar a visão da população em relação aos serviços de saúde.

Minha trajetória pelo Curso de Especialização em Saúde da Família colocando em prática todo conhecimento adquirido acredito que fortaleceu o trabalho da ESF, mudando o critério de que a saúde não é ausência de doença e sem o bem-estar alcançado pelo equilíbrio entre os aspectos físico-mental e social dos indivíduos o que pode ser logrado com ações que abrangem tanto a promoção, prevenção e educação em saúde assim como o diagnóstico e tratamento oportuno.

Esta modalidade de estudos a distância (EAD) foi nova para mim e precisou de um grande esforço de minha parte porque meus conhecimentos em informática não são os melhores. Mas, a participação neste curso tem sido uma experiencia enriquecedora e muito gratificante e acredito que também para todos os professionais estrangeiros e nacionais que participam do mesmo.

REFERÊNCIAS.

BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en linea] 2011, 12 [Fecha de consulta: 17 de abril de 2018] Disponible em / <http://www.redalyc.org/html/3240/324027978025/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.disponivel em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.,2. reimpr. -Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CHALEM, Elisa, et al. "Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* (2007). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/18.Acesso em:15 de dezembro 2017.>

FAGNER SOUSA OLIVEIRA, F. et al. Consulta de Puericultura realizada pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en linea] 2013;14 (4):694-703. [Fecha de consulta: 11 de febrero de 2018] Disponible en <http://www.redalyc.org/html/3240/324028459005/>

FERREIRA MOURA, E. R. et al. Fatores de risco para Síndrome Hipertensiva Especifica da Gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare

Enfermagem [en linea] 2010, 15 (abril-Junio): [Fecha de consulta: 12 de enero de 2018] Disponible en: **<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648971010 ISSN 1414-8536 >**

GONÇALVEZ, R.; FERNANDES, R. A.Q.; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enf. 2005;58(1):61-4. 14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a11>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística. 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/ Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C.: OPAS, © 2005. Available from <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/65/vigilancia.pdf?sequence=1>

PEFEITURA MUNICIPAL DE NONOAI -PMN. [internet] < https://www.nonoai.rs.gov.br/o-municipio/a-cidade. Consulta realizada em 15 de dezembro 2017.

ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

EDUCAÇÂO A DISTÂNCIA EM SAÚDE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Yudit Medina Pedraza

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DO BAIRRO OPERÁRIO NO MUNICIPIO DE NONOAI, RS

Porto Alegre

2017

RESUMO

A fecundidade adolescente é um tema de grande interesse; a gravidez precoce tem grande repercussão para as famílias, a sociedade e o desenvolvimento nacional; promove o aumento da taxa de mortalidade materna e infantil, sendo um problema de saúde pública. Diante disso objetiva-se com este estudo propor um plano de intervenção com a finalidade elevar os conhecimentos dos adolescentes da UBS do Bairro Operário, do município de Nonoai, RS, sobre as causas e as principais consequências da gravidez na adolescência. Sensibilizá-los sobre os riscos biológicos, psicológicos e sociais da gravidez nesta idade, assim como orientá-los sobre os métodos contraceptivos para prevenção de uma gravidez precoce. Neste processo de intervenção serão contempladas duas etapas. Na primeira desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica procurando explicações amparadas nas opiniões de autores que tratam do tema. Na segunda, serão envolvidos um grupo de adolescentes de ambos sexos residentes na área de atuação da equipe ESF Bairro Operário, os quais devem atender aos critérios inclusão do estudo, assim como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Será aplicado um questionário antes e após da intervenção educativa. Pretende-se com o presente plano de intervenção elevar os conhecimentos dos adolescentes sobre a gravidez na adolescência; ampliar sua responsabilidade com respeito ao uso dos métodos anticoncepcionais na prevenção da gravidez na adolescência; propiciar mudanças comportamentais, além de fortalecer o vínculo entre os adolescentes e os professionais da saúde o que diminuirá a resistência dos mesmos a futuros atendimentos.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência e gravidez precoce. Causas e consequências

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO---------- 4

2 PROBLEMA ---------- 6

3 JUSTIFICATIVA ---------- 7

4 OBJETIVOS ---------- 8

4.1 OBJETIVO GERAL---------- 8

4.2 OBJETIVOS ESPECÌFICOS ---------- 8

5. REVISÃO DA LITERATURA---------- 9

5.1 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE ---------- 9

5.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ---------- 11

5.3 CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ---------- 12

5.4 CONSEQÜÊNCIAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ---------- 13

6. METODOLOGIA ---------- 15

7.CRONOGRAMA ---------- 17

8.RECURSOS NECESSÂRIOS ---------- 18

9.RESULTADOS ESPERADOS ---------- 19

REFERÊNCIAS ---------- 20

APENDICÊS ---------- 23

1 INTRODUÇÃO

A fecundidade adolescente é um tema de grande interesse; as consequências da gravidez precoce têm grande repercussão para as famílias, para a sociedade e para o desenvolvimento nacional; promove o aumento da taxa de mortalidade materna e infantil, aumenta os custos para o sistema de saúde e de segurança social, reduz as chances de erradicar a pobreza, qualifica diminuição de capital humano e limita as possibilidades de desenvolvimento pessoal das mães e crianças. Segundo UNFPA (2013) cada dia nos países em desenvolvimento as adolescentes com menos 18 anos que dão a luz alcançam a cifra de mais de 20 mil e morrem mais de 200 produto de complicações da gravidez. O próprio relatório informa que anualmente 7.3 milhões de meninas tornam-se mães sendo 2 milhões menores de 15 anos.

O número de crianças nascidas, de mães adolescentes na faixa etária entre 10 a 19 anos representou 18% dos 3 milhões de nascidos vivos no país em 2015. Segundos dados do SINASC, a Região Sul teve no ano 2015, 62.475 nascimentos para um 11%, ocupando o quarto lugar no país. O Ministério da Saúde tem implementado ações para reduzir esse percentual, com a divulgação de ações em educação sexual e direitos reprodutivos. Hoje, 66% dos casos de gravidez em adolescentes são indesejados. Para reduzir os casos de gravidez não planejada, o Ministério da Saúde investe em políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo (PORTAL DA SAUDE: GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA, 2015).

Essa questão - gravidez na adolescência - é um problema vivenciado em nossa Equipe de Saúde da Família, no Bairro Operaria, do município de Nonoai, RS, para o qual propusemos elaborar um plano de intervenção, que pudesse apresentar alternativas para minimizar os casos de gravidez na adolescência. Vamos apresentar, inicialmente, um contexto de nosso território e do proceso de trabalho de nossa equipe de Saúde da Família.

O município de Nonoai, está situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul, distante 416km da capital do estado (Porto Alegre). Possui uma área de 469,313km^2. Quanto a sua economia, é baseada principalmente na agricultura além de outras atividades como indústrias de pequeno e médio porte e serviços. De

acordo com o Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2010) o total de população no ano de 2010 era de 12,074 habitantes, sendo 5,932 homens e 6,142 mulheres. Com um total de 3.943 domicílios, a grande maioria na área urbana. O número de adolescentes femininas compreendidas entre as idades de 10 e 19 anos era de 1,167 nesse ano. O município conta com a seguinte estrutura de saúde: uma UBS Central, dois ESF, um Posto de Saúde Indígena, quatro ESB e um Hospital Comunitário. Minha Unidade de Saúde, chamada Bairro Operária, conta com o programa de Estratégia de Saúde da Família. A equipe está integrada por sete funcionários, ali são oferecidos a consulta de medicina familiar, atendimento odontológico e serviço de farmácia.

A gravidez na adolescência é uma realidade em nosso dia a dia, merecendo uma atenção diferenciada por caracterizar-se como um problema de saúde pública. Atualmente o município tem 85 mulheres grávidas, cadastradas pelo SUS, 30 destas são adolescentes, representando 35.3%. Em nossa unidade de saúde recebem atendimento pré-natal 20 destas gestantes adolescentes o que representa que 66,6% deste grupo pertence a minha Unidade de Saúde Bairro Operário. As gestantes adolescentes estão distribuídas da seguinte maneira: 12 na faixa etária de 14 a 16 anos e 8 entre os 17 e 18 anos.

Neste contexto, o principal objetivo deste plano de intervenção será: elevar o conhecimento dos adolescentes da UBS Bairro Operário, sobre as causas e principais consequências da gravidez na adolescência.

2 PROBLEMA

O surgimento de uma gestação precoce ocasiona várias alterações na vida das adolescentes, modificando o âmbito individual, social, econômico e de saúde. A maternidade precoce é considerada um desafio social, afetando negativamente a vida dos jovens. A gravidez na adolescência torna-se, muitas vezes, um problema social grave. O planejamento familiar e a educação sexual ainda são assuntos pouco discutidos. A gravidez na adolescência não só afeta as meninas como também os meninos e as famílias de ambos, já que todos experimentam o difícil processo de adaptar-se a esta nova e inesperada situação (ARAUJO MORAES, 2017).

Na UBS Bairro Operário, percebe-se a falta de informação entre as jovens grávidas atendidas. Este é um dos principais problemas encontrados em nosso dia-a-dia.

3 JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência, traz consigo muitas consequências, que por sua vez, se não tiver o apoio necessário da família, profissionais da saúde, sociedade como um todo e governamentais, pode não ter um desfecho positivo. Por isso faz-se necessário um plano de intervenção através deste projeto para educação e conscientização dos adolescentes do Bairro Operário.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Elevar o conhecimento dos adolescentes da UBS Bairro Operário, sobre as causas e principais consequências da gravidez na adolescência.

4.2 ESPECÍFICOS

- Sensibilizar os adolescentes sobre os riscos biológicos, psicológicos e sociais da gravidez nesta idade;

- Conscientizar e orientar aos adolescentes da UBS Bairro Operário sobre os métodos contraceptivos para prevenção de uma gravidez precoce.

- Envolver os profissionais da UBS e NAAB para desenvolver um trabalho multiprofissional de educação e sensibilização dos adolescentes do bairro Operário no intuito de promoção e prevenção.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

Define-se a adolescência como aquela etapa da vida onde ocorrem câmbios e transições até alcançar a maturidade, ou seja, o passo entre a infância e a idade adulta. Sendo que o desenvolvimento físico antecede ao psicológico (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Para BENUTE e GALLETTA (2002), constitui um período de intensas mudanças biopsicossociais, em que o jovem está formando sua identidade. Representa um distanciamento do comportamento infantil e aquisição de características e competências dos deveres papéis sociais do adulto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência, é a idade entre 10 e 19 anos (OMS). No Brasil, a adolescência legalmente começa ao se completar 12 anos e termina ao se completar 18 anos (BRASIL, 1990).

> A adolescência é uma fase da vida humana, caracterizada por um conjunto de transformações sociopsicológicas e anátomo-metabólicas, deixando o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mais ao mesmo tempo estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão toda a vida. Os padrões comportamentais se definem dentro de um ambiente que envolve a família, os pares, a escola, o social, dentre outros, onde, o adolescente sofre influencias para a sua formação e construção da personalidade para um futuro adulto (XIMENES NETO *et al*. 2007.p.280)

Durante o processo de formação da personalidade na adolescência, a sexualidade é um importante elemento estruturador da identidade dos adolescentes. Atualmente os adolescentes não contam com uma fonte segura para esclarecer suas dúvidas sobre sexualidade, já que o tema não é abordado com facilidade pelos adultos que estão a seu derredor (CANO; FERRIANI, 2000).

MAHEIRIE et al. (2005) destacam que durante o processo de adolescer além das transformações biopsicossociais surgem duvidas e conflitos e que a experiência de cada adolescente é singular determinada pelo contexto social onde se desenvolve.

O adolescente passa por inúmeras transformações, e dentre elas está o aparecimento da maturidade sexual. A sexualidade faz parte do bem-estar do ser humano. O namoro e o relacionamento sexual precoce são atitudes cada dia mais frequentes nos adolescentes. Surgindo nesta fase questionamentos sobre qual é o

momento ideal para iniciar a atividade sexual, assim como dúvidas sobre orientação sexual e a gravidez (PORTAL EDUCAÇÃO: SEXUALIDADE NA ADOLSCENCIA, 2015)

Devido às mudanças nesta etapa os adolescentes vivem sua sexualidade mais intensamente. Mas esta pode ser influenciada pelos vínculos com seus similares e pelo contexto social, assim como podem assumir práticas sexuais sem proteção produto da falta de informação, tabus, a pobre comunicação com os familiares e os próprios medos que eles experimentam (CHAUÍ,1984).

A falta de orientação sexual na escola e na família levam o adolescente à desinformação e também a situações de risco. Faltam orientações para o adolescente compreender sua sexualidade, e saber prevenir-se de situações que possam vir a comprometer seus projetos de vida, como as DST, HIV, o aborto, o casamento, a maternidade e paternidade sem planejamento, com grande impacto social na vida do ser humano (XIMENES NETO et al.,2007).Segundo SANT'ANNA; COATES (2006) o adolescente ao iniciar sua vida sexual, não tem informações e educação em saude reprodutiva o qual pode ocasionar um incremento da gravidez nesta etapa da vida.

5.2 A GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

A gravidez na adolescência pula algumas fases naturais da vida, onde a adolescente acaba comprometendo seu futuro profissional, trazendo varias consequências biopsicossociais o qual poderá acarretar em um desfecho traumático. Destaca-se como um problema de saúde pública em vários países devido ao elevado risco de morbi-mortalidade materna e infantil e pela capacidade de desestruturar a vida das adolescentes e de sua família (CHALEM et al.,2007).

A falta de informação entre os adolescentes e a não utilização de métodos anticoncepcionais derivam muitas vezes em casos de gravidez indesejada o que destaca entre os mais importantes problemas de saúde pública (MAHEIRIE et al., 2005).

Sendo um tema bastante discutido, a gravidez nos adolescentes, tem motivado diversos estudos com enfoque nos aspectos orgânicos, comportamentais e educacionais. Embora o vasto conhecimento produzido nos últimos anos sobre a

saúde das adolescentes e a falta de planejamento familiar, o impacto desses conhecimentos na prevenção da gravidez não planejada ainda é muito reduzido (DUARTE; *et al*. 2006).

> A gravidez na adolescência é uma experiência não-normativa porque a adolescente não está suficientemente preparada para responder de forma adequada às tarefas específicas relacionadas com a maternidade (FIGUEIREDO ,2013, p. 222).

A correta iniciação, personalizada, tomando em conta as necessidades e particularidades dos adolescentes é função para um profissional capacitado, pois é uma questão complexa, exigindo conhecimento acerca das alterações possíveis e a utilização de um método para cada situação (ALVES, LOPES, 2007).

5.3 CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

A grande maioria dos casos de gravidez na adolescência são conseqüência dos problemas socioeconómicos, pessoais e familiares que os adolescentes experimentam. As condições socioeconômicas desfavoráveis, início precoce da vida sexual, maior freqüência de relações sexuais, não utilização ou utilização incorreta de métodos contraceptivos, pouca expectativa em relação ao grau de estudo e desempenho profissional futuro, entre outros (CAPUTO; BORDIN, 2008).

> Vários fatores são apontados para a ocorrência da gestação na adolescência destacando-se entre eles: o adiantamento da puberdade; o início cada vez mais precoce das relações sexuais; a desestruturação familiar; a banalização e vulgarização do sexo pelos meios de comunicação; a sociedade pseudopermissiva que estimula a atividade sexual e a erotização do corpo, mas proíbe a gravidez na adolescência; as singularidades psíquicas desta faixa etária; a baixa escolaridade; a ausência de projeto de vida; a promiscuidade; a miséria; o desejo de gravidez (variável inconsciente de difícil avaliação (SAITO; LEAL, 2013, p.36)

A gravidez na adolescência pode ser vista pelas jovens como algo positivo, como uma opção de obter reconhecimento e independência econômica e emocional em relação à família de origem, uma possibilidade de sair de casa, constituir sua própria família e conquistar a liberdade e autonomia que não tinham quando moravam com os pais (SILVA; TONETE, 2006, HOGA; BORGES; REBERTE, 2010).

Entre os principais fatores biológicos da gravidez na adolescência, autores como SANT'ANNA e COATES (2006), fazem referência que o inicio precoce da

puberdade e da idade da menarca tem contribuído com a iniciação sexual temprana. Outros fatores podem levar ao uso inadequado de medidas preventivas da gravidez como a necessidade de confirmar sua fertilidade, a rebeldia representada pela agressão aos pais, o desejo de ser mãe. Associando-se a estes fatores a autoestima diminuida, relacionamento familiar conturbado e carência afetiva.

Segundo HOGA, BORGES E REBERTE (2010), a precocidade do namoro, associado à falta de cuidado com anticoncepção, assim a influência negativa das amizades inadequadas nas adolescentes foram relatadas como aspectos que contribuíram para a ocurrência da gravidez nesta faixa etária.

5.4 CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

Segundo BORGES (2007) aquelas mulheres que iniciam sua atividade sexual mais precocemente e pertencem aos mais baixos estratos sociais podem ter um impacto maior em sua saúde sexual e reprodutiva associado também a um menor conhecimento dos métodos anticoncepcionais disponiveis.

A gravidez sem planejamento pode acarretar serias alterações na vida dos adolescentes e trazer consequências que comprometam seu futuro tanto na educação como no desenvolvimento professional (MOREIRA *et al*. 2007).

> Na adolescência a gravidez é sempre considerada de alto risco, porque pode propiciar o aparecimento de uma série de complicações para mãe e para o feto, pelas alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que podem advir (SOUSA et al. 2010, p. 44).

Ao engravidar, as adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão (UNFPA,2013).

Entre as consequências mais graves destacam se as complicações da gestação e no momento do parto que podem levar a desfechos fatais como a morte das adolescentes, fundamentalmente entre os 15 -19 anos, como ocorre em um grande número de países (MOCCELLIN et al., 2010). Estudos realizados em Brasil mostram resultados similares, VIERA et al. (2007), quando comparam que o número de óbitos de mães adolescentes é superior às mortes acontecidas em idades superiores aos 20 anos.

Segundo CHALEM et al, a gravidez nos adolescentes é um elemento que desestabiliza a vida dos mesmos e que pode levar a um elevado índice de morbi-mortalidade tanto materna como infantil, constituindo-se então como um problema de saúde pública a nível mundial.

Estudos realizados por SANT'ANNA e COATES (2006), mostram resultados similares, em quanto as complicações orgânicas destacam-se maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos, mortes perinatais, partos prematuros e recém nascidos baixo peso. O baixo peso ao nascer, a prematuridade e maior risco de morte apresentasse mais frequentemente entre os filhos de mães adolescentes se comparados com os de mães adultas, o que está relacionado com a inmaturidade biológica e fisiológica das adolescentes (MOCCELLIN et al.2010).

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção educativa num grupo de 20 adolescentes pertencentes à UBS Bairro Operário do Município Nonoai, RS. Incluem-se adolescentes de ambos sexos compreendidos entre as idades de 14 -18 anos completos. Como critérios de inclusão serão utilizados ter voluntariedade de participar e estar compreendido nesta faixa etária. No primeiro momento será realizada uma revisão bibliográfica na literatura visando buscar as atualizações mais recentes sobre o tema e serão pesquisadas diversas fontes de literatura cientifica com tais fins.

No segundo momento o projeto será apresentado à equipe de saúde para expor os objetivos do mesmo e os resultados que esperam-se alcançar. Assim como apresentar o cronograma das atividades a desenvolver, solicitar apoio ao gestor municipal para disponibilização de materiais de apoio como: folhetos educativos, carteirinha do adolescente preconizado pelo Ministério da Saúde e equipos de multimedia. Serão realizadas rodas de conversa sobre o tema com os agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem e enfermeira, durante as reuniões da equipe ou outros espaços de tempo, para capacita-los a serem agentes de mudança nos encontros com as famílias durante as visitas domiciliárias.

Num terceiro momento será criado o grupo alvo da intervenção, adolescentes entre 14-18 anos com vontade de participar, aos quais se lhes dará a ler e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

Será realizado um encontro com uma frequência mensal, durante seis meses, onde serão realizadas atividades educativas e criativas, realizando o trabalho com os adolescentes de uma maneira mais atraente, promovendo a interação entre os mesmos e facilitando assim a construção do conhecimento: serão realizadas rodas de conversa, projeções de filmes que estimulem a reflexão sobre a temática ex: Adolescência Perdida e outros.

Aplicaremos um questionário no primeiro encontro avaliando o grau de conhecimento sobre a gravidez na adolescência, o qual será aplicado novamente no último encontro.

Nos diversos encontros com o grupo contaremos com a participação da equipe da UBS: Médico, enfermeira, tec. de enfermagem, odontólogo, psicóloga do NAAB e ACS.

Ressaltando a importância e os parâmetros da pesquisa baseado na resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo em vista a aplicação de um termo de consentimento de participação dos envolvidos nos instrumentais de coletas de dados.

Enfim, serão estabelecidas diversas linhas de pesquisas para que as opiniões aqui estabelecidas possam estar respaldadas na maior quantidade de fontes confiáveis possíveis. Além, de uma gama de informações para a orientação ao público-alvo. A análise dos resultados alcançados será estruturada na planilha eletrônica *Excel*, para formulação de dados percentuais e expostos em gráficos. Posteriormente discutidos e confrontados através da literatura.

7 CRONOGRAMA

As etapas cronológicas deste plano de intervenção se baseiam nas informações expostas no quadro abaixo:

Atividades (2017-2018)	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	Mai	jun
Pesquisa do tema	X	X										
Definição do tema	X	X										
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X								
Elaboração do projeto		X	X	X	X							
Identificação da população alvo do estudo					X	X						
Entrega do projeto					X							
Execução do projeto e analise dos Dados coletados.							X	X	X	X	X	X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS NECESARIOS

- RECURSOS HUMANOS: Equipe de professionais da UBS e Psicóloga do NAAB.
- RECURSOS MATERIAIS: Folhetos educativos, carteirinha do adolescente, com informações sobre o tema, equipamento de multimídia (computador, TV), folhas de papel, canetas.
- Salão para realização dos encontros

9 RESULTADOS ESPERADOS

- Elevar os conhecimentos nos adolescentes sobre a gravidez na adolescência.
- Ampliar a responsabilidade dos adolescentes com respeito ao uso dos métodos anticoncepcionais na prevenção da gravidez na adolescência.
- Propiciar mudanças comportamentais nos adolescentes.
- Fortalecer o vínculo entre os adolescentes e os professionais da saúde o que diminuirá a resistência dos mesmos a futuros atendimentos.
- Construir espaços para a elaboração de experiências.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.
- Contribuir para que as adolescentes não abandonem os estudos e levem vidas mais produtivas e satisfatórias.

REFERÊNCIAS

ARAUJO MORAES, R.R. Gravidez na Adolescência. INFOESCOLA. Disponível em:<http://www.infoescola.com/sexualidade/gravidez-na-adolescencia/> Acesso em:11 de agosto de 2017.

ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. de M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. 2007. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019607004/>. Acesso em: 9 de agosto 2017.

BENUTE G.G, GALLETTA, M. A. Gravidez na adolescência: prevalência, ansiedade e ideação suicida. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2002 Sep [cited 2017 Aug 06]; 48(3): 198-199.Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000300028&script=sci_arttext&tlng=es>

BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. 2007. Rev Esc Enferm USP. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033292009/>. Acesso em 26 de julho 2017.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

CAMARGO, E. Á. I; FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-946, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300030&lng=en&nrm=iso>. Access on 26 nov 2017.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev.latinoam. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>

CAPUTO, V. G.; BORDINI, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. 2008. Revista Saúde Pública. v.42. São Paulo. Disponível em: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=67240168003>. Acesso em: 29 de julho 2017.

CHALEM, Elisa, et al. "Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* (2007). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/18>.Acesso em:11 de agosto de 2017.

CHAUÍ, Marilena de Souza. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo-Brasil: Brasiliense, 1984.

COLABORADORES DE WIKIPEDIA.Adolescencia. Wikipédia, la enciclopédia libre, 2017.Disponivel em:< https://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>. Acesso em :11 de agosto de 2017.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B. do N.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. 2006. São Paulo. Rev. Panam Salud Publica. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30332.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2017.

FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: do risco a prevenção. 2013. Revista Portuguesa de psicossomática

GUIMARÃES XIMENES NETO, F.R., et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem [en linea] 2007, 60 (mayo-junio). Acesso em: 31 de julio de 2017.Diponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019611006/> Acesso em:11 de agosto de 2017.

HOGA, L. A.K, BORGES, A. L. V, REBERTE, L. M. "Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família." *Esc Anna Nery Rev Enferm* 14.1 (2010): 151-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a22> Acesso em: 7de agosto de 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/ >Acesso em: 11 de agosto de 2017.

MAHEIRIE, Kátia, et al. "Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: um relato de experiência." *Psicologia em estudo* 10.3 (2005): 537-542. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000300022&script=sci_abstract&tlng=pt.> Acesso em:7 agosto 2017.

MOCCELLIN, Ana Silvia et al. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 10, n. 4, Dec. 2010. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400002

MOREIRA, T. M. M. M.; *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. 2007. Revista da Escola de Enfermagem USP. V.2. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/v42n2a14.pdf. Acesso em: 8 de agosto de 2017.

OPS.ORGANIZACION PABAMERICANA DE LA SALUD. Salud reproductiva em las Américas. Genebra: OMS,1992.

UNFPA.Relatorio" Situação da População Mundial 2013: Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf.Acesso em :11 de agosto de 2017.

SAITO, M. I, LEAL, M. M. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. 2013. São Paulo. Revista Saúde Pública. V.42.

SANT'ANNA, M. J. C.; Coates, V. "Gravidez na adolescência: um novo olhar." *Secretaria de Saúde (São Paulo, SP). Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS* (2006): 153-8. Disponível em: http://h200137204119.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em:8 de agosto 2017.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. 2006. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14. Ribeirão Preto. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a08. Acesso: 18 de Agos. 2017.

SOUSA, V. L. C.; et al. O aborto entre adolescentes. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2010.

VALADARES, CAROLINA. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil.2015.Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil.Acesso em :11 de agosto de 2017.

VIEIRA, M.L.F.; et al. Crescimento e desenvolvimento de Filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. Rev. Paul. Pediatr., v25, n.4, p.343-8, 2007.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a08. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento livre e esclarecido

Prezada(o) participante:

Você está sendo convidada(o) a participar de um projeto de intervenção educativa, que tem como tema Gravidez na Adolescência, e está sendo desenvolvido por Yudit Medina Pedraza, aluna do curso de especialização de Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da saúde de Porto Alegre (UFCSPA/UNASUS), sob orientação do Tutor supervisor do Programa mais médicos para o Brasil, Mário Almeida, com objetivo de elevar seus conhecimentos sobre as causas e consequências da gravidez na adolescência e que possam preveni-las. Através deste termo solicitamos sua colaboração para responder a um questionário de 13 perguntas abertas e fechadas que será aplicado individualmente antes e depois da intervenção. Lembramos ainda que sua identidade será preservada no mais absoluto sigilo e que você poderá deixar a participação do mesmo a qualquer momento se assim decidir, sem prejuízos.

Atenciosamente

_____ _____

Médica Yudit Medina Pedraza local e data

Professor (a) supervisor (a) /orientador (a)----------

Concordo em participar deste estudo e declaro ter sido orientado sobre os riscos bem como os benefícios e recebido uma cópia deste termo de consentimento.

_____ _____

Assinatura do participante Local e data

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.

UNIVERSIDADE DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família

Prezado(a) participante:

Através do preenchimento do presente questionário, vocês contribuirão com este projeto de intervenção, o qual tem por objetivo, elevar seus conhecimentos sobre as causas e consequências da gravidez na adolescência e que possam preveni-las. Os nomes de todos os participantes serão mantidos no mais rigoroso sigilo.

I - DADOS PESSOAIS E DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo:
Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

II – PERGUNTAS

1.O que é a gravidez nas adolescentes?
Aquela que acontece entre:
_____os 11 e 19 anos.
____depois dos 15 anos
____não sabe.

2.A gestação adolescente ocorre principalmente por:
___falta de valores

___falta de um projeto de vida
___pouca informação sobre o sexo
___pouca informação sobre os métodos anticoncepcionais
___outros (exemplifique)

3. Em que idade os adolescentes se iniciam sexualmente?
___antes dos 15 anos
___entre os 15 e 17 anos
___depois dos 18 anos
___quando são responsáveis económicamente
____outros (especifique)

4.Os adolescentes iniciam as relações sexuais por:
__curiosidade
__acidente
__pressões do grupo de amigos
__por necessidade de afeito
__por decisão própria
__outros (especificar)

5.Você considera que a gestação é responsabilidade só de:
____a adolescente grávida
___o pai adolescente
___ambos
____da família
___outros (especificar

6.Na sua família, existem casos gravidez no período da adolescência?

Sim____. Não ____

7.Você costuma conversar sobre sexualidade, entre os amigos e na família?
Sim___. Não ___

8. você sabe como evitar uma gravidez?

Sim____. Não_____

9.Conhece algum método contraceptivo?

Sim___. Não___. Se SIM, exemplos_____

10.Você é contra o aborto?

Sim___. Não___. Justifique. _____

11.Para você, a gravidez na adolescência é um acidente?

Sim_____. Não___. Justifique. _____

12.A falta de informação e comunicação dentro da família pode causar uma gravidez indesejada na vida do adolescente?

Sim___. Não __

13.você sabe as conseqüências da gravidez na adolescência?

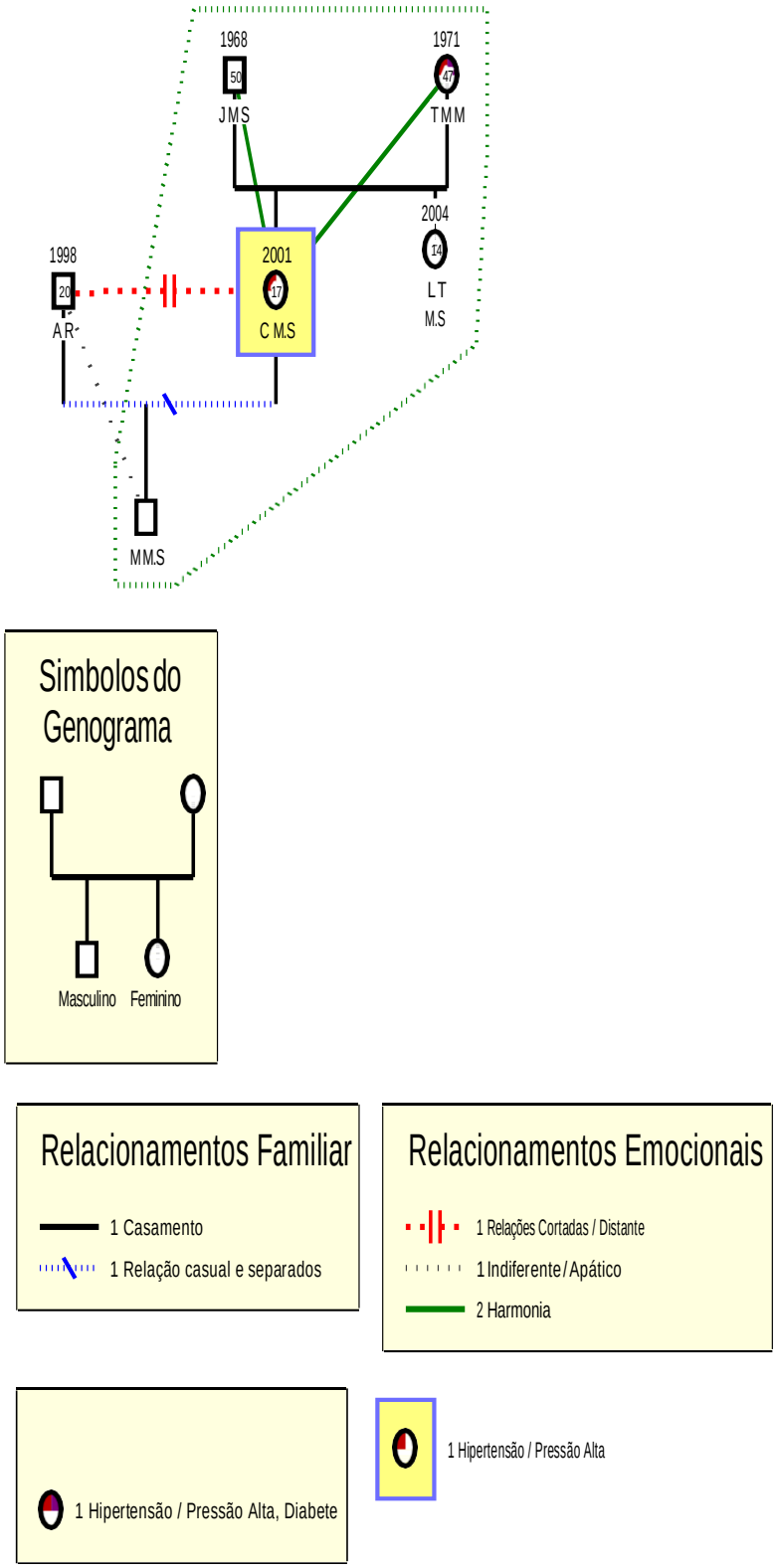
Sim___. Não___se sim, mencionar quais?

OUTROS ANEXOS

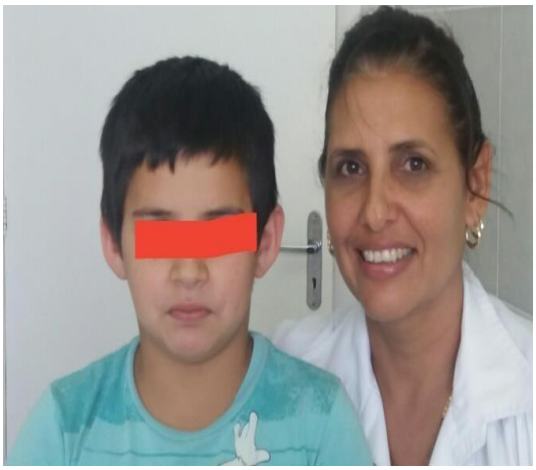
1 IMAGENES DA AREA DE ABRAGENCIA

fonte: Yudit Medina Pedraza.

2 GENOGRAMA CASO CLINICO.



3 PUERICULTURA EM CRIANÇAS (LACTANTE E ESCOLAR).



4 ACOMPANHAMETO EM VISITAS DOMICIIARES PELA EQUIPE

Fonte: Yudit Medina Pedraza

5 ATIVIDADE COM GRUPOS.

ATIVIDADE COM GRUPO DE DIABETICOS E HIPERTENSOS E PALESTRA EM OUTUBRO ROSA.

Fonte: Yudit Medina Pedraza