



MISLEYDYS VELAZQUEZ TORRES

**ESTUDO DE CASO CLÍNICO NA ESF BENEDITO GONÇALVES
RAMOS, MUNICÍPIO DE MARAÃ, AM**

MARAÃ/AM
Janeiro de 2018



MISLEYDYS VELAZQUEZ TORRES

**ESTUDO DE CASO CLÍNICO NA ESF BENEDITO GONÇALVES
RAMOS, MUNICÍPIO DE MARAÃ, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Vanessa Vilhena Barbosa.

MARAÃ/AM
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	10
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	12
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
6	REFERÊNCIAS.....	17
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Misleydys Velazquez Torres, tenho 38 anos, sou cubana e nasci no município Manzanillo- Granma onde iniciei meus estudos em medicina na faculdade de ciências médicas Celia Sánchez (FCMG). Graduei-me doutora em Medicina em 19 de julho de 2002 e Especialista de Primer Grado em Medicina Geral Integral no ano 2006 na (FCMG).

Iniciei minha carreira profissional nos consultórios médicos de saúde e depois realizei um diplomado de urgências médicas no ano 2011 por um período de seis meses. Cheguei ao Brasil em 13 julho 2016 para trabalhar no Programa: Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Atualmente estou trabalhando no município Marañ estado Amazonas.

Atuo na UBS Benedito Gonçalves Ramos, localizada Avenida sete de Maio cuja área de abrangência inclui os bairros Dalila Maciel, Beira Rio e São Joao. O território adscrito à UBS tem sete microáreas de abrangência consideradas de risco devido a presença de baixo nível econômico dos habitantes desta região, as pobres condições de higiene, epidemiológicos, o baixo nível de conhecimento educacional e de saúde assim como a prevalência de costumes indígenas que também agravam a situação de saúde nesta região.

As fontes de ingresso são baixas, além de trabalhos temporários, para a maioria proveem da agricultura e pescaria o que expõe ao risco de doenças transmitidas pela água, e doenças transmitidas por picaduras de mosquitos e outros insetos transmissores de doenças como Paludismo e Dengue. O município do Marañ tem uma igreja católica, cinco evangélicas, sete escolas públicas, e duas estaduais, assim como quatro UBS duas na comunidade e duas no centro.

A população atendida abrange um total de 3605 usuários. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são parasitoses intestinais, infecções de vias respiratórias superiores, infecções do trato urinário baixo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM), gastrites agudas, micoses cutâneas, as transmitidas por vetores geralmente malária. A população atendida, em sua maioria não tem acesso à água tratada. Muitas delas moram em flutuantes e na beira dos rios sem as melhores condições estruturares nem higiênicas nos banheiros, com frequente defecação ao ar livre.

O projeto de Intervenção (em anexo) foi sobre as estratégias para diminuição da gravidez na adolescência na Unidade Básica Benedito Gonçalves Ramos. Foi escolhida uma mostra de 20 usuários do sexo feminino com idades inferiores a 18 anos de idade de forma aleatória com dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação Básica).

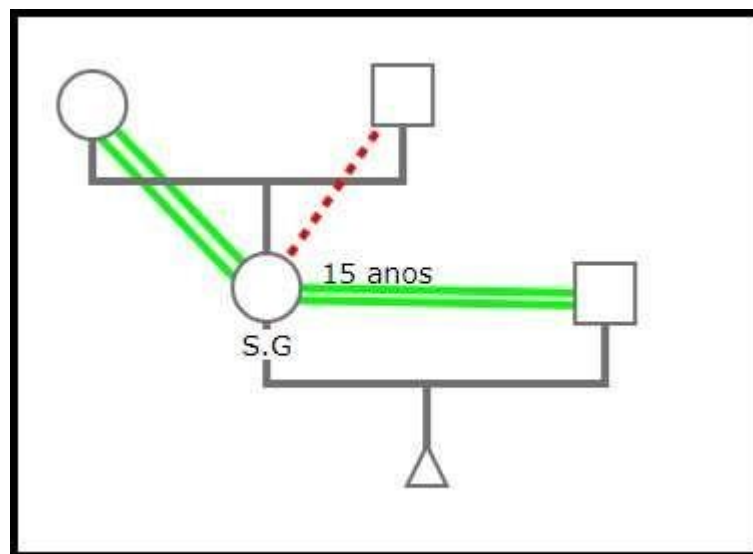
Este projeto foi direcionado para adolescentes com objetivo de mudar estilos de vida, e adquirir melhor conhecimento e maior corresponsabilidade em relação à diminuição, prevenção aos cuidados da gravidez na adolescência, diminuição de patologias associadas além do aumento de qualidade e esperança de vida com incremento no desenvolvimento da sociedade.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente grávida adolescente S.G. A com 15 anos de idade. Chega à Unidade Básica de Saúde na primeira vez por conta de um atraso menstrual de mais de dois meses. A gravidez foi confirmada por exame no beta HCG. Ela e sua mãe ficaram ansiosas com a notícia, pois não havia planejado esta gravidez por conta de sua idade, mas ela tem um relacionamento há um ano. São indicados os exames à grávida e ao seu companheiro.

A enfermeira do posto de saúde iniciou a primeira consulta do pré-natal 02/06/2017 com os seguintes dados: DUM: 14-03-2017, 11 semanas (2 meses), Parto: 19-12-2017, trimestre 1, data nascimento 06/05/2002, cor branca, estudante, Peso: 42 kg, Altura; 1.55 com IMC: subnutrida, primigesta. Todos os dados da gestante são registrados em no cartão.

Genograma do caso



Fonte: Próprio autor

A enfermeira da UBS indica as consultas mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, mais agenda a visita domiciliar no primeiro trimestre em conjunto com a equipe de saúde. A grávida retorna à Unidade Básica de Saúde para acompanhamento pré-natal no dia 20/06/2017, (13.4 semanas) com o resultado dos exames que foram solicitados na primeira consulta.

Refere estar sentindo-se bem. Está mais tranquila, pelo, com muitas dúvidas pelos seus estudos, não tem certeza se o pai da criança vai ficar com ela. Os dados da triagem são os seguintes:

- ✓ PA: 100/60 mmHg
- ✓ FR: 18 irpm
- ✓ PESO: 43 Kg
- ✓ ALTURA: 1.55
- ✓ IMC: Índice Massa Corporal: Subnutrido (17.8). Ganho do peso em 18 dias 1 kg
- ✓ Temperatura: 36°

No exame físico sua pressão arterial está normal, cabelo e pele pálida, Tireoide sem alterações, pescoço, região axilar, cervical normal. Exame de abdômen: fígado e baço normal, não ascite, não tumores, 150 BCF, membros inferiores normais. Não edemas, não varizes. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Mucosas: pálidas e descoradas. Propõe exame das mamas, propõe exame especular: sem alterações, investigo história clínica e familiar da gestante e história obstétrica previa.

Nos exames:

- ✓ Hemograma: 9.9 g/dl
- ✓ Hematócrito: 30
- ✓ Glicemia de jejum: Normal (85mg/dl)
- ✓ Exame de urina sem proteinúria, nitritos negativos, glicosúria negativa, hemoglobinúria negativa.
- ✓ Exame de Hepatite e HIV: negativos
- ✓ Exame de VDRL: Não Reagente
- ✓ Tipagem sanguínea e fator RH: O+
- ✓ Calendário Vacinal em dia.
- ✓ Ultrassonografia: 13 semanas, BDP: 22; LF: 11; Peso: 14. Não alterações cromossômicas.

Identifico paciente grávida adolescente em consulta pré-natal com anemia, baixo peso com relacionamento não muito estável. Para as grávidas com um IMC menor que 18.5kg/m² (baixo peso) ganho de peso gestacional desejado entre 12.5 e 18.0 kg. A maior parte na gravidez ocorre no 2° e no 3° trimestre. No primeiro trimestre,

o ganho de peso é mínima, variando entre 0,5 a 2,0 kg. Não só não há nenhuma necessidade de engordar, neste primeiro trimestre, como é difícil fazê-lo, já que é nas primeiras semanas de gravidez a gestante costuma ter enjoos e vômitos frequentemente. A partir do segundo trimestre de gravidez, o ganho de peso acelera-se, devendo ficar em torno de 0,5 kg por semana. O diagnóstico da anemia na gravidez é feito através dos exames de sangue obrigatórios durante o pré-natal que avaliam a quantidade de hemoglobina e de ferritina presentes no sangue. Seguindo este diagrama de diagnóstico, solicito a repetição da hemoglobina, hematócrito, para confirmação diagnóstica. Oriente suplementos vitamínicos, e retornar a consulta.

A paciente retorna no dia 04/07/2017 com 15.4 semanas com os dados da triagem:

- ✓ PA: 105/60 mmHg
- ✓ Peso: 43.9 Kg. Ganho de peso no mês e dois dias 1Kg e 900 gramas
- ✓ Altura: 1.55
- ✓ FR: 20
- ✓ Abdômen: AU: 14; 140 BCF. Não malformações. Morfologia dos órgãos normais.

Apresenta resultado de hematócrito de 30, hemograma 9.9 g/dl, sendo confirmado o diagnóstico de anemia mais continua com baixo peso (IMC: 18.2). Em nosso município não tem materiais para fazer um estudo de anemia, eletroforese de hemoglobina, Alfa Feto proteína, a sorologia por toxoplasmose e solicitei que fizesse em município de Tefé.

Como não foi uma gravidez planejada, desejada ela não procurou oportunamente o posto de saúde e sua alimentação não foi apropriada e adequada, além que não realizou profilaxia com ácido fólico, seu corpo não está preparado para uma gestação. Quando questiono sobre as queixas a mesma refere às vezes cansaço, ou falta e energia, sono, abatimento, tontura. A anemia é definida pelo CDC como a presença de hemoglobina menor 10,5-11 g/dl.

Recomenda-se a suplementação medicamentosa de ferro e ácido fólico, acompanhada pela ingestão de alimentos ricos em ferro, mais uma alimentação bem balanceada o seja carnes em geral aves, peixes e fígado. Também leguminosas e grãos, cereais integrais sucos de frutas rica em vitamina C, como laranja, limão,

goiaba, acerola, caju e maracujá, potencializa a absorção do ferro. Eles podem, contudo, causar prisão de ventre ou aumento aos enjoos próprios da gravidez.

A anemia eleva o risco de mortalidade materna, tem impacto negativo nas três fases do sistema: mãe, feto e placenta. Também pode trazer outras complicações como parto prematuro e infecção puerperal, atraso do crescimento intrauterino, risco de morte fetal no útero, prematuridade.

O bebê já nasce com ambiente deficiente em termos de depósitos de ferro, o que muitas vezes se traduz num impacto negativo no que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo e das aptidões mentais. Neste caso o tratamento indicado à suplementação que precisa a grávida deve ser feita por via oral, de forma regular, diária, e na dose indicada, para que a gravidez chegue a o fim com os menores estragos possíveis. O primeiro trimestre de gravidez até pode ser feito sem grande suplementação, porque de alguma forma também o fato de haver uma ausência de menstruação contribui para um maior balanço em termos de ferro.

Encaminho a grávida ao nutricionista e psicologista que atende a UBS para receber preparação, avaliação e orientações quanto à dieta, alimentação equilibrada assim como enfrentar a gravidez nesta etapa da adolescência, para evitar um possível abandono escolar, esclarecer dúvidas, preocupações, ansiedades, temores, medos e inseguranças, incrementar a autoestima, melhorar o apoio emocional de sua família e o apoio do pai de bebê e avaliar a situação econômica e financeira.

Oriento sobre a importância do pré-natal, os cuidados no parto, e puerpério que inclui a participação do pai, acompanhamento domiciliar, aconselhamento sobre planejamento familiar, atividade física, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, e outras substâncias, prevenção da malária e HIV, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, alimentação adequada, conselhos de como lidar com sintomas fisiológicos comuns como náuseas, dor nas costas e constipação, recomendo o uso de roupa e sapatos apropriados, confortáveis e não muito justos, oriento também sobre o uso de medicações sem recomendação médica, realizo conversa sobre amamentação, e sobre o tipo de partos e principais sinais e sintomas de alerta.

Encaminho a grávida ao odontologista da UBS e ginecologista e continuar o acompanhamento até o parto por sua condição de risco, pois, é uma grávida adolescente, baixo peso e com anemia. Na visita domiciliar do segundo trimestre nossa equipe de saúde verificamos se a grávida estava fazendo tratamento indicado para anemia, se ganhou peso, como é o dia a dia, verificamos seu cartão, avaliamos

os resultados dos exames que foram feitos no município de Tefé, todos sem alterações, fizemos registro no cartão e lembramos sua assistência a consultas agendadas pela equipe.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Trabalhar no município do interior do Amazonas é um desafio muito grande para os profissionais da área de saúde, mais ainda onde atuo, pois a gravidez na adolescência e as consequências que envolvem e traz consigo são cada vez mais frequentes.

A falta de comunicação entre os pais e filhos sobre educação sexual é insuficiente o quase ausente além da ausência de informação nas escolas. A escolaridade, nível de conhecimento e desinformação da maioria dos pais é muito baixa e não tem preocupação no comportamento sexual dos filhos, além da presença de tabus e preconceitos que afetam de maneira negativa na relação pais-filhos. Porém, o trabalho não é só nosso também é necessário a colaboração da comunidade, da família, professores, gestores e profissionais da saúde.

Atualmente em nossa UBS temos uma grávida de 13 anos de idade, ela iniciou o pré-natal em outubro, já com dez semanas de gestação, foi muito difícil perceber a reação da mãe da paciente quando foi informada do resultado do teste de gravidez, já que ela afirmava o tempo todo que a menstruação estava regular. A adolescente não só escondeu informação a sua mãe, como também da equipe de saúde.

Nossas ações educativas estão voltadas a instruir, melhorar a saúde e dar orientação sexual aos adolescentes e aos pais, começando no domicílio, nas consultas, posteriormente nas escolas com participação da comunidade por meio do fortalecimento das ações de promoção e prevenção de saúde abordando questões como: à reprodução, funcionamento do corpo, mudanças físicas, psicológicas, sexualidade, assim como das transformações emocionais, sociais, corporais a fim de prevenir a gravidez na adolescência e doenças de transmissão sexual.

Acredita-se que para melhorar o índice de Gravidez na adolescência no município de Marã Amazonas, cada grupo da sociedade deve fazer o seu papel como proposta contida abaixo:

Com a Equipe de Saúde: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS e Médicos: Desenvolver ações de saúde que possam contribuir a prevenir a gravidez na adolescência, organizar agenda de trabalho com o tempo necessário e disponível para ouvir o adolescente, estabelecer um vínculo de confiança que permitam abordar temas de sexualidade, orientação sexual, prática de sexo seguro, métodos contraceptivos, assim como aconselhar e acolher os adolescentes através de diálogos, construir e fortalecer relações de confiança e desenvolvimento, entre o

profissional de saúde e o indivíduo que permita a tomada de decisões sobre ter filho ou não e prevenir gestações não planejadas. Fazer levantamento da faixa etária de adolescentes e avaliar possíveis riscos

Com as Escolas: fazer reuniões que envolva adolescentes, profissionais da saúde, profissionais da educação e pais, abordar temas referentes à sexualidade e questões relacionadas à prática sexual e o uso adequado dos métodos contraceptivos, abuso de álcool, drogas, violência física, psicológica e sexual, baixa autoestima e assim aumentar o nível de conhecimento acerca da saúde sexual e esclarecer dúvidas e questionamentos mais frequentes das adolescentes.

Com o Domicílio: no contexto familiar dar apoio ao adolescente, promover momentos de conversas, diálogos entre os pais e seus filhos de forma explícita sobre sexo e sexualidade e as consequências da gravidez na adolescência.

Com a Comunidade: centros comunitários, população em geral fazer trocas de experiências e informações com diferentes grupos etários sobre o sexo e suas consequências.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A visita domiciliar é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e família que tem como objetivo conhecer o ambiente familiar e fornecer orientação, educação e melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal.

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente do continuum dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Em minha USF, a Atenção Domiciliar encontrava-se muito desorganizada quando cheguei. As visitas eram marcadas na reunião semanal a partir da demanda das ACS, de forma que não havia qualquer controle dos pacientes domiciliados para organização de um seguimento a longo prazo. Comecei a elaborar uma lista há alguns meses, com um bom resultado até agora, de forma que, quando é solicitada uma visita, podemos discutir o caso a partir de um resumo da lista de problemas individual. Com controle das datas de visita, podemos distribuir o tempo de maneira mais igualitária e promovendo a assistência necessária aos pacientes.

Na USF onde eu trabalho fazemos visitas domiciliar todas as sextas - feiras, no horário da manhã que são solicitadas pelas agentes comunitárias, que pelo geral conhecem a população mais fragilizada em ocasiões o próprio familiar do paciente e quem solicita a visita domiciliar tendo como prioridade aqueles pacientes que são acamados ou tem limitações para poder acessar a posto de saúde.

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O atendimento domiciliar é um importante instrumento de trabalho da A.P.S que favorece a organização da ESF, a interação e vínculo com o usuário. É uma ferramenta muito útil para avaliar e conhecer a realidade das famílias, condições de vida e de saúde das populações, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humanizada especialmente aos usuários com dificuldades de locomoção, idosos, acamados, incapacitados, com transtornos mentais, recém-nascidos e suas consultas programadas, os que moram distante da unidade e não possuem recursos para chegar até as consultas garantindo assim a equidade e continuidade do cuidado.

O contexto domiciliar deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Na unidade básica onde atuo, estamos realizando visitas domiciliares uma vez por semana aos pacientes mais idosos ou acamados, puérperas, recém-nascidos, com doenças crônicas. Geralmente nas visitas domiciliares realizamos atividades de acompanhamento no uso adequado da medicação, aquisição de receitas, fisioterapias e curativos. As visitas são feitas todas as sextas feiras com participação dos agentes de saúde, médicos, enfermeira e os técnicos de enfermagem.

Na última visita domiciliar do ano de 2017, em dezembro, foi avaliado o caso da dona Maria, paciente feminina de 78 anos de idade, com histórico de HAS estágio II, DPOC, fumante há mais de 25 anos.

Atualmente ela faz tratamento com Losartana Potássica (50 mg) um comprimido 12/12 horas, ASS (100 mg) mais Hidroclorotiazida (25 mg) um comprimido por dia, ela começou há uma semana com tosse com expectoração de coloração amarelada, febre de 38.5°-39, falta de ar, fadiga e dificuldade para realizar atividades.

Ao exame físico: auscultei murmúrio vesicular diminuído, estertores crepitantes, presença de sibilâncias e taquipneia. O diagnóstico neste caso foi uma DPOC descompensada com uma Pneumonia adquirida na comunidade. Mais Maria é uma paciente pouco disciplinada, pois ela fuma muito e não tem medo das consequências do cigarro, logo de uma conversa ela aceitou ficar internada no hospital e solicitei uma radiografia do tórax, eletrocardiograma, hemoglobina e hematócrito.

Em acompanhamento, o ACS realizou uma visita ao hospital e Maria continua internada, ela está fazendo tratamento com antibióticos, corticosteroides, broncodilatadores, oxigenoterapia, fisioterapia respiratória e reabilitação pulmonar.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Em relação aos módulos que foram estudados ao longo desse curso de Especialização, apresento uma autoavaliação positiva, com a ampliação dos conhecimentos e o crescimento profissional como médica de saúde da família, como nos Casos Complexos do Eixo II e que contribuíram para mudanças em minha prática profissional.

Os conhecimentos compartilhados ao estudar o Eixo I (saúde coletiva) foram proveitosos e levaram a ampliar as informações obtidas na prática junto a teoria, para qualificar positivamente a assistência prestada. Na disciplina de Processo de trabalho pude aprender a organizar a atenção para as gestantes, pois quando cheguei a Unidade, tinha muitas dificuldades.

Com os conhecimentos em Territorialização, epidemiologia e indicadores de saúde e processos de trabalho, a familiarização com território adscrito resultou na captação de pessoas que antes não eram atendidas pela Unidade, como as gestantes novas, através de estratégias que a equipe adota, em conjunto com as visitas domiciliares, com apoio das escolas, população, família. Dessa forma, é assegurada a melhoria do acesso das gestantes faltosas ao pré-natal, melhorar o planejamento familiar, promover estratégias para adesão das grávidas ao pré-natal, incluir as captações pelas agentes de saúde. Fazer busca ativa das gestantes faltosas e remarcar consultas. Realizar educação em saúde nas salas de espera, grupos operativos para sensibilizar a importância e benefícios do pré-natal.

Na disciplina de Práticas educativas individuais e coletivas, pude aprender a como trabalhar com o conhecimento voltado para os grupos em educação em saúde. Na UBS em que estou inserida, frequentemente realizamos atividades de grupos, na sua grande maioria voltada para os hipertensos, diabéticos, gestantes, planejamento familiar. Cada reunião está direcionada ao interesse comum dos participantes, um exemplo, foi a roda de conversa com as pacientes que fazem planejamento familiar, sobre os benefícios e possíveis complicações quanto ao uso de anticoncepcionais orais, o que despertou o interesse das mesmas por melhor acompanhamento e maior conhecimento em relação aos riscos a que estavam expostas. Em outra oportunidade conversamos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, que despertou bastante interesse de todas as pacientes, que participaram

de forma ativa de toda a "conversa", dentre outros pontos abordados em outras oportunidades. A educação é de extrema importância para melhorar a qualidade de vida e prevenir agravos futuros através da simples troca de conhecimento.

Com a realização deste portfólio, foi possível adquirir conhecimentos sobre manejos em casos clínicos, atuação na promoção da saúde através da educação e prevenção com grupos atendidos na Unidade; realizar a visita domiciliar como objetivo de interação da equipe com o paciente em sua residência e com seus familiares. Assim, venho me preparando através do curso de especialização para atender com dignidade e segurança aos meus pacientes.

6 REFERENCIA

GIACOMOZZI, C; LACERDA, M. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53, 2006.

Lacerda MR, Oliniski SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm**. 2003 Set-Dez; 12 (3): 307-13., 2003.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem. São Paulo (SP): **O Ministério**; 2001. p.43-6, 2001.



7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UBS
BENEDITO GONCALVEZ, MARAA, FEVEREIRO-JULHO, 2017.**

MISLEYDYS VELAZQUEZ TORRES

Orientadora: CAREN BAVARESCO

**MARAA-AM
FEVEREIRO**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3 REVISÃO DE LITERATURA	6
4 METODOLOGIA	7
4.1 Cenários da intervenção	7
4.2 Sujeitos da intervenção.....	7
4.3 Estratégias e ações	8
4.4. Avaliação e Monitoramento.....	9
5 RESULTADOS ESPERADOS	9
6 CRONOGRAMA.....	10
7 REFERÊNCIAS	10
APÊNDICES	
APÊNDICES A – Termo de Consentimento	13
APÊNDICES B – Questionário	14

1 INTRODUÇÃO

Maraã é um município brasileiro do interior do estado de Amazonas, Região Norte do país. Sua população estimada é de 18 477 habitantes, sendo o quadragésimo quarto município mais populoso do estado de Amazonas e mais populoso de sua microrregião. Seu índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.498.

A Unidade de Saúde da Família (UFS) Benedito Gonçalves Ramos está situada na Rua Sete de Maio bairro Centro, sendo 3.605 de pessoas atendidas. Na área de abrangência reside uma população composta em sua maioria por pessoas idosas, adolescentes e de mediana idade onde predominam doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmitidas por picadas de insetos e a prevalência das grávidas cada vez mais jovens em sua maioria adolescente com riscos associados. Nossa equipe de saúde esta composta por enfermeira, técnica de enfermagem, odontologista, e 7 agentes de saúde. Em conjunto trabalhamos oferecendo uma atenção integral e centrada no usuário e adolescente.

O Projeto de Intervenção tem por objetivo buscar estratégias para diminuir a gravidez na adolescência na área de abrangência, pois apesar de realizar ações preventivas, educativas, planejamento familiar e reprodutivo, orientação sobre saúde sexual, visitas domiciliares a famílias de risco, em escolas, ainda temos dificuldades para o enfrentamento de tal situação e na redução do índice da gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência é uma questão que se apresenta quase que diariamente no cotidiano hospitalar e leva a indagações constantes com o objetivo de vislumbrar uma solução. Essas indagações surgem diante de adolescentes grávidas, ou mesmo, em situação de aborto, natural ou provocado. Algumas vezes elas são confundidas com crianças, na verdade refletem isso através da maioria de suas atitudes, porém, mesmo assim, elas têm que lidar com mudanças no seu corpo ainda imaturo, sentimentos desconhecidos, preconceito, dor, uma imensidão de novidades. Quando chegam a trabalho de parto elas não sabem ao certo o que irá acontecer, estão com medo e dor, e estes sentimentos na maioria das vezes trabalham ainda mais na assimilação das orientações que irão ajudá-las durante esse momento tão importante.

A gravidez na adolescência tem sido alvo de inúmeros estudos e reflexões, por ameaçar o bem estar e futuro dos adolescentes devido sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade (VITALLE & AMANCIO, 2001). Cronologicamente, a Organização Mundial de Saúde define como período da vida situado entre 10 a 19 anos, com dois subperíodos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Uma jovem de 14 anos, exemplo, não está preparada para cuidar de um bebê, muito menos de uma família.

Outra polêmica é a de mães solteiras: por serem muito jovens, os rapazes e as moças não assumem um compromisso sério e, na maioria dos casos, quando surge a gravidez, um dos dois abandona a relação sem se importar com as consequências. Alguns especialistas afirmam que, quando a escola promove explicações e ações de formação sobre educação sexual, há uma baixa probabilidade de gravidez precoce e um pequeno índice de doenças sexualmente transmissíveis. É importante que, quando diagnosticada a gravidez, a adolescente comece o pré-natal, receba apoio da família e do seu contexto social e tenha auxílio, acompanhamento psicológico e obstetra adequados à situação. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública no Brasil e em muitos outros países do mundo. Sua importância transcendeu a prática assistencial considerando seu aumento no final do século passado.

Vitalle & Amâncio (2001) descrevem que devido às repercussões sobre a mãe e sobre o conceito é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde, porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico. Segundo Santos Júnior (1999), as taxas de gravidez na adolescência variam de serviço para serviço, mas estima-se que de 20% a 25%, do total de mulheres gestantes, sejam adolescentes. A literatura mostra que há maior frequência de prematuridade, ou seja maior possibilidade de parto prematuro (menos de 37 semanas), maior possibilidade de cesárea, de baixo peso ao nascer, útero mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, de malformações, maiores problemas de desenvolvimento, além de maior frequência de aborto espontâneo, doenças perinatais e mortalidade infantil. Deve-se considerar que estes riscos se associam não só a idade materna, mas principalmente a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos Inter partais curtos (< de 2 anos) e estado nutricional materno comprometido. Estas complicações biológicas tendem a ser tanto mais frequente quanto mais jovem a mãe (< 15 anos) ou quando a idade ginecológica for menor de 2 anos (CORREA & COATES *apud* VITALLE & AMANCIO, 2001). No tocante à educação, a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de educação formal, acarretará prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. É não raro com a convivência do grupamento familiar e social a adolescente se afasta da escola, frente à gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reação de seus pares.

Estudos apontam que a gravidez na adolescência é multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em: fatores biológicos, fatores de ordem familiar, fatores sociais, fatores psicológicos e contracepção. O desenvolvimento deste trabalho busca, assim, identificar as estratégias que podem ser operacionalizadas para a redução da gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência impõe riscos às adolescentes devido à sua imaturidade física e psicológica, à possibilidade de ocorrerem complicações gestacionais, à

falta de assistência ao pré-natal e à inexistência de sistemas de apoio social. A adolescente grávida pode não concluir os seus estudos, o que, por fim, afetaria sua qualidade de vida, suas oportunidades de emprego e progresso e sua estabilidade financeira.

A realização desta pesquisa busca não somente contribuir em sua relevância social, mas também na possibilidade de sugerir modificações que atingirão o atendimento hospitalar a esta clientela, diminuindo demanda e complicações inerentes a esta faixa etária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Diminuir a gravidez na adolescência.

2.2 Objetivos específicos:

- a) Caracterizar as causas da gravidez na adolescência;
- b) Identificar projetos relevantes ao tema;
- c) Desenvolver propostas que podem auxiliar na redução da gravidez na adolescência.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Gravidez: Pode ser definido como um período que vai da concepção ao nascimento de um indivíduo. Adolescência: Adolescência se caracteriza pelo desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo, social e da formação da personalidade. É um período da preparação para a vida adulta. Gravidez na adolescência: Denomina-se a gestação ocorrida em jovens de até 19 anos que se encontram, por tanto, em pleno desenvolvimento da vida a adolescência (VITALLE, Maria Sylvania de Souza, 2008).

A gravidez na adolescência está se tornando cada vez mais comum na sociedade contemporânea, pois os adolescentes estão iniciando a vida sexual mais cedo, infelizmente a coisa está fora do controle de todos nós, então o jeito é recorrer para a conscientização. O contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. A gravidez na adolescência envolve muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Devido a esta realidade é muito importante que haja diálogo entre os pais, os professores e os próprios adolescentes, como forma de esclarecimento e informação. A sociedade vem mudando ao longo dos tempos, inclusive com relação à aceitação não só da sexualidade como também da gravidez na adolescência. Sendo assim alguns tabus estão sendo quebrados (VITALLE, 2001).

Com isso, a gravidez na adolescência configurasse como uma questão de grande relevância, e, por tanto diversos estudos investigam os possíveis fatores relacionados a este fenômeno. Características próprias da adolescência como a impulsividade, o imediatismo, os sentimentos de onipotência e de indestrutibilidade, a idade precoce da menarca e da iniciação sexual, o uso inconsistente de métodos contraceptivos, a baixa autoestima e deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores responsáveis pelo aumento do número de adolescentes grávidas. (SABROZA 2004).

A ausência de informações sobre sexualidade e fisiologia reprodutiva também é identificada como um fator relacionado à gravidez na adolescência, assim como a liberação sexual da sociedade e a influência dos meios de comunicação (que muitas vezes apresenta realidades diferentes daquelas vivenciadas pela maioria das famílias brasileiras), além da ideologia da maternidade (sonho de ser mãe), das carências emocionais da adolescente (apoio social insuficiente) e da ausência de projetos pessoais com os quais a maternidade pudesse interferir (BELO, PINTO E SILVA, 2004; OLIVEIRA, 1999).

4. METODOLOGIA

4.1. Cenário da Intervenção.

O trabalho de intervenção sobre gravidez na adolescência acontecerá na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde “Benedito Gonçalves”, município de Marã, estado Amazonas.

A área de abrangência da Unidade de Saúde da UBS conta com uma população de 3605, tem uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, composta por 7 microáreas, mas apenas 7 atuantes, para um total de 18477 usuários e 68 por cento cadastrados no Sistema Único de Saúde.

O percentual de pacientes, com gravidez na adolescência desta área de abrangência é aproximadamente de 10%.

A UBS Benedito Gonçalves, conta com uma equipe de 4 profissionais, incluindo 7 agentes comunitários de saúde.

As etapas do projeto acontecerão nas dependências da própria unidade.

4.2. Sujeitos da Intervenção

Do total de 3605 usuários, cadastrados e atendidos pela Equipe de Saúde da área de abrangência da UBS, com gravidez na adolescência, diagnosticados pela

equipe de saúde da UBS, com idade inferior a 18 anos, será escolhida uma amostra de 20 usuários de acordo com o espaço para as atividades, que participarão desta primeira etapa da intervenção.

Esta amostra será escolhida aleatoriamente por meio de sorteios. O sorteio acontecerá por meio de informações do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), onde aparece uma listagem de números indicando cada família de cada micro área.

O trabalho será realizado pela responsável pelo projeto com o apoio da equipe da UBS.

4.3. Estratégias e Ações.

Com o objetivo de contribuir para a diminuição gravidez na adolescência e melhorar a qualidade de vida das pessoas, este projeto de intervenção acontecerá em dois momentos.

Em um primeiro momento será realizada uma avaliação sobre o conhecimento da gravidez na adolescência, por parte dos usuários, da área de abrangência.

Os 20 usuários serão visitados pela equipe de saúde e serão convidados a participar do projeto. Nesta visita serão explicados os objetivos do projeto e, caso aceitem, a eles será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a fim de deixá-los à vontade para participar do mesmo.

Também em relação às questões éticas, para da realização do estudo, serão tomados todos os cuidados pertinentes a um trabalho com seres humanos, o projeto de intervenção será encaminhado para sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Porto Alegre – UFCSPA.

No momento seguinte os participantes serão convocados a comparecer para um encontro na própria unidade de saúde para responderem a um questionário.

Aos usuários será apresentado um questionário compreendendo aspectos da gravidez na adolescência (APÊNDICE B).

Esta avaliação acontecerá em um único encontro e os questionários serão aplicados pelo responsável pelo projeto junto com a equipe de saúde.

Diante das respostas apresentadas no questionário, será possível avaliar o que é mais relevante acerca do conhecimento dos usuários sobre gravidez na adolescência.

A partir destes dados, será realizada uma capacitação para os 7 agentes comunitários de saúde da Unidade, para que conheçam aspectos importantes da gravidez na adolescência. Esta capacitação acontecerá por meio de palestras, discussões, dinâmicas de grupo, em 04 encontros. Além destes encontros, haverá também troca de informações entre os ACS e a equipe de saúde, acerca do tema, nas reuniões semanais de equipe que acontecem na Unidade.

Depois de capacitados os ACS serão facilitadores nas ações educativas e preventivas da gravidez na adolescência, em salas de esperas da UBS, visitas domiciliares e nos espaços públicos que sejam permitidos, junto à comunidade durante 2 meses.

Depois de terminado este prazo, o mesmo questionário inicial será novamente aplicado para reavaliar o conhecimento dos usuários em relação à gravidez na adolescência depois da intervenção. Os dados coletados nos questionários, antes e depois, serão processados, analisados, discutidos e representados em tabelas e gráficos, buscando analisar se tal intervenção foi efetiva para que as adolescentes e as equipes de saúde tenham adquirido maior e melhor compreensão e conhecimento gravidez na adolescência, com isso, adquirir mudanças no estilo de vida e maior corresponsabilidade em relação à prevenção e aos cuidados da gravidez na adolescência.

4.4. Avaliação e Monitoramento.

A avaliação e monitoramento devem acontecer de forma cotidiana, nas consultas de rotina da Unidade de Saúde e nas visitas domiciliares, por meio da constatação e observação da gravidez na adolescência Também será observada, nas reuniões rotineiras, com a comunidade.

O Monitoramento também acontecerá por meio da análise e acompanhamento dos indicadores disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde do município, assim como os indicadores de internações por complicações da gravidez na adolescência e agravos sensíveis à Atenção Básica.

5. RESULTADOS ESPERADOS.

Por meio deste projeto de intervenção, espera-se que os adolescentes

consigam maior conhecimento em relação gravidez na adolescência, assim, tenha uma diminuição da incidência da gravidez na adolescência e, com ela, de outras patologias associadas, além de um aumento da qualidade e esperança de vida, com incremento no desenvolvimento da sociedade.

6. CRONOGRAMA.

Atividades	FEV 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAI 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SET 2017
Elaboração do projeto	X							
Aprovação do projeto		X						
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados		X	X	X	X	X		
Discussão e análise dos resultados						X	X	
Revisão Final e digitação							X	
Entrega do trabalho final								X
Socialização do trabalho.								X

7. REFERÊNCIAS

- VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMANCIO, Olga Maria Silvério. **Gravidez na Adolescência.** Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>. Acesso: 20 jun.2008.
- SANTOS JÚNIOR, José Domingues dos. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: Vulnerabilidade à maternidade.** In: Schor, Néia; Mota, Maria do Socorro F.Tabosa; Branco, Viviane Castelo. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999. p.223-9. Disponível

em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 15 out. 2008.

3. COATES V, Sant'Anna MJC. Gravidez na Adolescência. Francoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na ADOLESCENCIA, São Paulo, Editora Atheneu, pp. 71-84,2001.

4. SABROZA, Adriane Reis; LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; COSTA, Janaína Viana. **Perfil sócio demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup1:S112-S120, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.

5. BELO, Márcio Alves Vieira; SILVA, João Luiz Pinto e. Conhecimento, atitude e práticas sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Revista de Saúde Pública, 38(4):479-87, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.

6. ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de. **Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.

7. BERLOFI, Luciana Mendes; ALKMIN, Eloisa Luci Cardoso; BARBIERI, Márcia; GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo; ARAÚJO, Fabio Fernando de. **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar** Acta Paulista de Enfermagem 2006; 19(2): 196-200. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.

8. BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7): 1421-1430 jul. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.

9. BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

10. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 1990.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa revela opiniões de educadores sobre sexualidade 2005.** Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=63235> Acesso: 19 junho 2008.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov. 2008.



APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Eu _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam neste documento, sobre a minha participação no projeto intitulado "ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA" que tem como responsável o Dra. Misleydys Velazquez Torres, no que diz respeito ao objetivo do projeto, aos procedimentos que serei submetido, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, a seguir relacionados:

1. Minha participação é voluntária e contribuirá para melhorar a minha saúde e as ações dos serviços de saúde do município;
2. Minha identidade jamais será conhecida e divulgada para outras pessoas;
3. Todas as informações que eu fornecer serão gravado em código no computador;
4. Não receberei qualquer benefício direto pela minha participação;

5. Não terei nenhum prejuízo ou punição por participar, ou por deixar de participar deste estudo;
6. Terei a liberdade de não responder alguma ou algumas questões se não desejar, assim como terei a liberdade de desistir de participar do estudo sem sofrer punição ou prejuízo por isso;
7. Minha participação no projeto não me prejudicará nos Serviços Públicos de Saúde que utilizo;
- Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Maraã AM, _____ de _____ de _____.

Responsável

Participante

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO



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

QUESTIONÁRIO

Idade: _____

Sexo: Feminino()

Escolaridade: _____

1. O que voce conhece sobre a gravidez na adolescencia?

2. Marque com uma X os elementos (Fatores de risco), que você conhece que tem as adolescente que ficam grávida.

- _____ Não praticar exercicios físicos.
- _____ Consumo frequente de alcool.
- _____ Consumo de cocimientos de erbas
- _____ Fumar.
- _____ Comer alimentos ricos em gorduras e carboidratos
- _____ Fazer viagens frequentes
- _____ Familiares con pressão alta.

- _____ Consumo de sal encima das comidas (fritas, tomate, lechuga, col, etc.)
- _____ Ter azúcar (Glicose) alta em sangue (Diabetes Mellitus)
- _____ Ser estudante.
- _____ Ter estrés mantenido
- _____ Ser trabalhador desde jovem.
- _____ Ser gordo (Obeso)

3. O que voce entende por fatores de riscos para Hipertensão? _____

4. O que voce acredita que possa fazer para diminuir os problemas da Hipertensão? _____
