

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
YOANDY REINIER MORALES BROCHE**

**PORTFÓLIO FINAL**

**PORTO ALEGRE-RS  
2017**

**YOANDY REINIER MORALES BROCHE**

**PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Maria Barros Thomas, médica de família e comunidade.

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>06</b>
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>11</b>
<b>4 VISITA DOMICILIAR</b>	<b>15</b>
<b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Yoandy Reinier Morales Broche, 32 anos, nacionalidade Cubana, minha formação acadêmica médica deu-se nos anos de 2004 a 2010, logo tive a oportunidade de fazer uma colaboração internacional em Venezuela, onde trabalhei como Médico Diplomado de Emergências, durante 2 anos e 4 meses. A aprendizagem foi intensa e o trabalho bem complexo. Retornei a Cuba e continuei como Médico Geral Integral numa área de saúde da minha cidade como médico titular de um consultório durante quase 4 anos, com vinculação aos eventos científicos e fazendo cursos de pós graduação. Depois me incorporei ao Programa Mais Médico para o Brasil desde Julho de 2016 até hoje. Estou trabalhando na região Norte do Brasil, na Estratégia saúde da família Genipaúba localizada no Estado do Pará, município de Acará.

Acará é um município brasileiro do Estado do Pará, fundado em 19 de abril de 1875, localiza-se no norte brasileiro a 105 km da capital Belém, pertencente à microrregião de Tomé-Açu. Tem uma População estimada de 54.080 habitantes, com uma densidade demográfica de 12,33 (hab./km<sup>2</sup>). Com índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,506.

A ESF Genipaúba está localizada em área de zona rural, 7 km pelo ramal do km 32 da rodovia da Alça Viária e conta com 6 vilas dentro da área de abrangência. A unidade tem uma sala de espera, uma farmácia, sala de procedimentos, sala de vacinação, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório de odontologia, sala de PCCU, banheiro e cozinha. A equipe está composta por 1 Enfermeira, 1 Médico, 1 Odontóloga, 1 técnica de enfermagem, 1 Auxiliar de consultório dentário, 6 ACS, e está com falta de funcionários de serviços gerais e o auxiliar administrativo.

O território de abrangência se localiza numa área rural, as pessoas que circulam pelo ramal, são trabalhadores rurais, agricultores geralmente, pelos caminhos da roça para o cultivo da mandioca, que é a fonte de renda da maioria das pessoas. O meio de transporte mais usado é a motocicleta dentro do ramal tendo em conta que tem muita distância entre a comunidade e a rodovia principal.

Um local de risco é a estrada de chão, denominado ramal, local onde não há sinalização de transito, manutenção, não tem asfalto, estando com inúmeros buracos, sendo um ambiente de alto risco de acidente automobilístico, pois as

pessoas utilizam a motocicleta sem equipamento de segurança e habilitação, até as crianças dirigem motocicleta e são vítimas de acidentes.

A área adstrita predominantemente tem casas de alvenaria com 5 cômodos, piso lajotado, falta de forro e pintura, portas e janelas de madeira, banheiro localizado fora do domicílio, faltando reboque, as famílias são compostas por aproximadamente 5 pessoas, a água é coletada de poço artesiano, poucas tem caixa d'água e água encanada, fossa seca no exterior do domicílio, não há coleta de lixo doméstico, é realizado a queima do lixo, ao redor o terreno encontra-se limpo, e presença de árvores frutíferas. Não existe transporte coletivo público, a escolaridade é baixa, por sua maioria ensino fundamental incompleto, renda salarial média de 1 salário mínimo. A telefonia é só para quem tem antena rural e a maioria não tem acesso à internet. Existem poucos lugares de lazer entre os quais temos o campo de futebol e igarapé, a área é pouco desenvolvida e carece de comércios. Dentro das principais estruturas comunitárias da nossa área temos 6 escolas, 1 bar, 1 CRAS.

Os principais problemas de saúde desta área visitada: encontramos pessoas que sofrem de Verminose e Anemia por dificuldades com a alimentação balanceada e seus costumes alimentares. Também é frequente a Dermatite em relação à atividade que realizam todo dia na roça. Temos como outro problema a gravidez na adolescência, as doenças crônicas que predominam são a Hipertensão Arterial Crônica e a Diabetes Mellitus. Os principais problemas odontológicos são alto índice de cárie dentária, tanto em crianças como em adultos, perda precoce dos dentes decíduos e o primeiro molar permanente, e doenças periodontais em idosos.

Nossa área só tem o campo de futebol, que é ajeitado pela própria comunidade e o igarapé como lazer e a igreja. O igarapé se identifica de risco para as crianças que assistem sozinhas. Também tem um bar onde a comunidade realiza as festas populares e se consume bebidas, fator de risco para alcoolismo já que muitas pessoas estão classificadas como bebedor social. Aprendendo os costumes, as principais características e atividades diárias das pessoas, e seus estilos de vida podemos fazer uma melhor promoção e prevenção de saúde.

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi sobre o risco reprodutivo nas adolescentes da Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivo desenvolver uma Prática educativa para redução da gravidez nas adolescentes com Risco Reprodutivo Preconcepcional da Estratégia Saúde da Família Genipaúba no período de Agosto a Dezembro de 2017.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: ESF Genipaúba.

ANAMNESE:

Identificação: Nome: CSS. Idade: 18 anos. Sexo: Feminina.

Escolaridade: Ensino Médio incompleto. Religião: Sem religião.

Estado civil: Solteira. Profissão: Não Trabalha.

Naturalidade: Acará. Pará. Residência Atual: Alça Viária, km 32.

QP: Tontura e depressão.

HDA:

1ª Consulta Médica (10/07/2017).

Paciente feminina de 18 anos, procedente de área rural, mora no ramal da Alça Viária, no interior nas aforas do município. Realizou se a primeira consulta de enfermagem as 14 semanas e foi embora da área até agora que voltou e vem para sua primeira consulta médica. Com antecedentes de ter sofrido de Síndrome depressivo ansioso faz um tempo, para o qual levou tratamento com Diazepam, 1 comprimido ao dia, as noites. Agora sem tratamento. Tem antecedente também de ter falado de um intento suicida no momento em que ficou sabendo que estava grávida. Agora avaliamos à paciente em consulta com 22 semanas de gestação. Refere sentir muita ansiedade, fica estressada e brigando com a família, fala que ninguém a entende, que todo mundo olha para ela com desprecio e não valoram a situação dela, a família nem está apoiando neste momento difícil em que se encontra. Encontra se solteira no momento o que piora as coisas. Refere que não tem sentido vir para as consultas do pré-natal, pois ela nem sabe por quê é que tem que assistir, nem quanto isso pode lê ajudar. O namorado a deixou quando ficou sabendo que estava grávida.

Interrogatório:

Sintomatologia geral: Ansiedade, estresse, depressão.

Neurológico: Tonturas, Cefaleias frequentes.

Respiratório: Nega sintomas.

Cardiovascular: Fadiga az vezes.

Abdômen: Náuseas, perda de apetite. Nega dor B/V.

Antecedentes Fisiológicos Pessoais:

Nascida de parto fisiológico, com peso adequado, ao termo da gestação.

Menarquia: 13 anos. Sexarca: 13 anos. HO: G1 P0 A0.

Antecedentes Patológicos Pessoais:

Anemia por deficiência de ferro. Há 1 ano.

Episódio de depressão anteriormente. Há 2 anos.

Ideias suicidas no início da gestação.

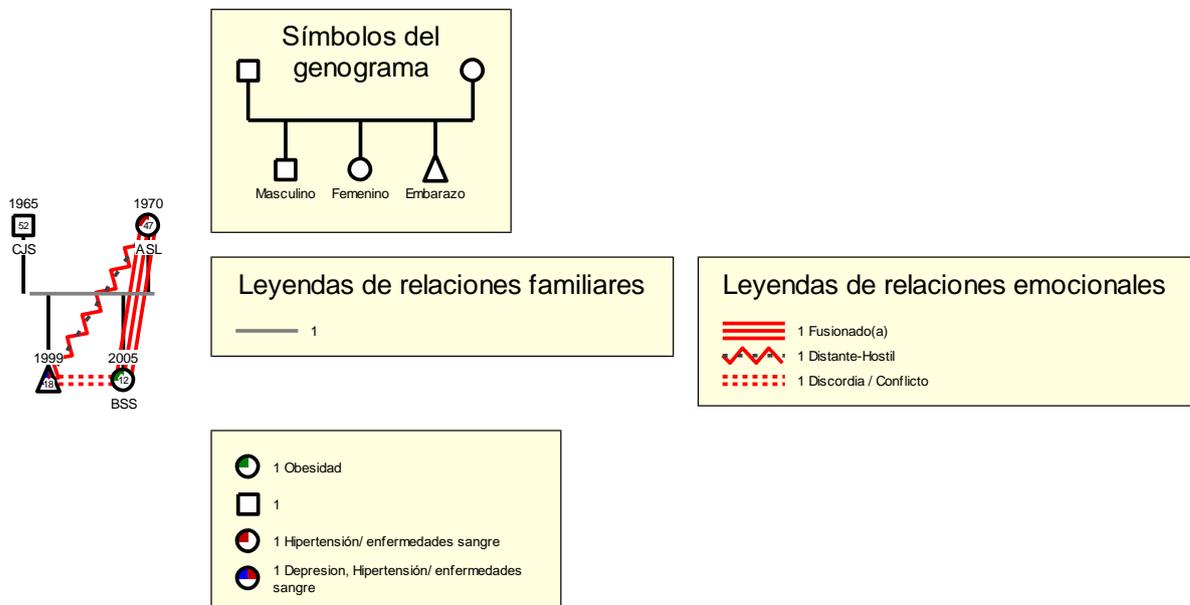
Antecedentes Patológicos Familiares:

Mãe: Viva, Hipertensão Arterial Crônica. Sem histórico de DHEG nas gestações.

Pai: Vivo, sano.

2da irmã: Obesidad.

Genograma:



Condições de Vida:

Alimentação: Dieta não balanceada consome muito açaí, comida gordurosa, sem adequado aporte proteico nem vitamínico.

Condições da vivenda: Casa de madeira e alvenaria. Fonte de água: igarapé.

Hábitos tóxicos: Café.

Estado civil: Solteira sem parceiro.

Trabalho: Não trabalha. Deixou os estudos há 1 ano.

Renda familiar: 1 Salário mínimo.

Relações interpessoais: dificuldade na convivência em casa, discussões demais, briga entre ela e a mãe e conflito com a irmã, todos ficam cobrando dela essa gestação sem planejamento e sem vontade de ficar grávida.

#### Exame Físico:

-Geral: Paciente com marcha biótipo atitude sem alterações. Facie ansiosa com palidez cutâneo mucosa.

-Medidas Antropométricas: Peso: 49 kg, Altura: 1,55 cm.

-Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 20,4 (Peso normal).

-Temperatura: 36,5°C

-Aparelho Respiratório: movimentos respiratórios sem alterações, não dispneia, configuração do tórax normal, ausência de tiragem, retrações. murmúrio vesicular normal, sem ruídos. FR: 20 x min

-Aparelho cardiovascular: Ruídos cardíacos normais, sem sopros, sem latido da ponta visível, sem dor na área precordial. PA: 100x70 mmhg FC: 84 x min

-Mamas: simétricas, sem alterações da pele, aréola nem do mamilo. Ausência de lesões. Aptas para lactar.

-Abdômen: Ausência de cicatrizes. Útero grávido. Altura uterina: +/- 22 cm. Acorde a Idade Gestacional. Peloteio fetal conservado. Movimentos fetais presentes e normais. -Padrão contrátil: 0/10 min, FCF 144x min.

-Extremidades: Membros com pulsos simétricos, ausência de varizes, sem edema.

Exames complementares: Ainda não tinha realizado os exames do primeiro trimestre, indicados pela enfermeira.

#### Histórico psicossocial:

Paciente feminina de 18 anos, que deixou os estudos no ano passado, já estive namorando, não procurou método anticoncepcional adequado e ficou gestante. Com antecedentes de problemas de saúde como Anemia anteriormente, ideias suicidas quando soube que estava gestante. Ela tem histórico de depressão com crises no passado, levou tratamento anteriormente está mais susceptível para próximos episódios. Esse histórico, no entanto, a coloca mais em risco de depressão pós-parto. Apresenta circunstâncias de vida estressantes: está tendo problemas na casa com a família. Tem dúvidas e não sabe como vai ficar o assunto com o recém-nascido. A gravidez não foi planejada nem desejada. Tive problemas com o namorado e estão separados.

Hipótese diagnóstica: Gestante de 22 semanas, adolescente com pré-natal de baixo risco obstétrico.

Fatores de risco: Adolescente. Solteira. Síndrome depressiva ansiosa. Histórico de anemia.

Com riscos de: DHEG, Parto antes do termo. Crescimento intrauterino retardado. Baixo peso ao nascer, Anemia materna e fetal. Morbimortalidade materna e fetal.

Conduta:

-Elaborou-se um plano terapêutico individual para esta paciente.

-Orientações gerais da gestação: alimentação balanceada, tomar abundantes líquidos produtos lácteos e proteína em carnes, misturar verduras frutas com os alimentos.

-Orientamos continuar com Sulfato Ferroso (1 comp por dia), durante toda a gestação e completar pelo menos 3 meses após o parto. Continuamos o uso de Acido Fólico (5 mg por dia) tendo em conta que não tomou Acido Fólico antes da gestação e que deve ter Anemia pelos antecedentes e o exame físico.

-Orientou-se sobre a importância de fazer os exames no início da gestação como também no terceiro trimestre, assim como a assistência as consultas pré-natais de alto risco e manter o vínculo e consultas também aqui no posto de saúde para continuar um seguimento mais de perto.

-Orientaram-se fazer os exames correspondentes pendentes.

-Orientou-se sobre a necessidade de ficar calma, de se entender melhor com a mãe e a família, sobre a responsabilidade que ela tem agora, também se destacou a importância de conhecer as mudanças do seu corpo e quais são os direitos que tem o adolescente no contexto dela.

-Encaminhou-se para o Psicologista.

-Na reunião da equipe decidiu se fazer uma intervenção nessa família para diagnosticar os principais problemas, as crises que estão vivenciando neste momento e oferecer ferramentas para um melhor desenvolvimento da gestante e a nova criança que está chegando.

2da Consulta Médica: 26 semanas de IG (0708/2017).

Avaliamos novamente a paciente gestante após a consulta com o Psicologista. Quem optou por acompanhá-la bem de perto e somente indicou medidas gerais e deu ferramentas para levar o caso satisfatoriamente quanto para a equipe como

para a família. No interrogatório observamos que está mais tranquila além de que com muitas dúvidas e preocupada respeito a sua família em relação à chegada do recém-nascido. No exame físico tudo continua corretamente desde o ponto de vista obstétrico.

Exames complementares positivos: Se contatou Hb: 9 g/l. Urina simples: leucocitúria.

Mantemos o tratamento da anemia. Indicamos Hb para 1 mês.

Indica-se Urocultura para corroborar o diagnóstico e colocar tratamento se for positivo com Amoxicilina 1 cap. cada 8h por 10 dias.

Orientamos um intercambio mais frequente com as amigas mais importantes para a paciente.

Incluimos a paciente no grupo de adolescentes grávidas para participar das palestras sobre a profilaxia do parto, manejo do recém-nascido no puerpério e demais atividades.

Apresentou-se o caso para possível inclusão no programa de bolsa família.

### 3ra Consulta Médica: 30 semanas de IG (04/09/2017)

Avaliamos novamente integralmente a gestante. Observa-se com bom estado geral tranquila, cooperando com todas as exigências do pré-natal.

Cumpriu com o tratamento indicado para a Infecção urinária e continua com tratamento para a anemia e suplementação de ferro, está sem parceiro atualmente.

Fica em repouso relativo e a família está cooperando dentro das possibilidades com uma boa nutrição.

A equipe toda continuou o acompanhamento da adolescente junto com a família ao longo da gestação.

Realizou-se a intervenção familiar. Melhoraram as relações intrafamiliares e conseguimos um pré-natal de ótima qualidade até o momento.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A Organização Mundial de Saúde define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas, essencial para sustentar as ações de promoção da saúde. É também fomentar; originar; gerar e aumentar a saúde e o bem estar geral.

Distinção entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (Czeresnia, 2003)

Promover:

- Impulsionar, fomentar, originar, gerar.
- Refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem estar.
- Implica o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde.

Prevenir:

- Preparar, chegar antes de, impedir que se realize.
- Exige ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença para tornar seu progresso improvável.
- Implica o conhecimento epidemiológico para o controle e redução do risco de doenças.
- Projetos de prevenção e educação baseiam-se na informação científica e recomendações normativas.

Na nossa área assim tendo muitas dificuldades de trabalho, e de acessibilidade em geral, tentamos ampliar também as ações para todas as questões que possam envolver-se com a saúde e a qualidade de vida das pessoas. É preciso empreender esforços para que nossa abordagem de certa em busca das potencialidades pessoais e coletivas.

Como parte do trabalho no dia a dia explicamos para a nossa equipe a importância da coleta de dados no prontuário, de fazer um bom exame físico, indicar os exames complementares precisos para o diagnóstico e de pesquisa segundo os grupos de risco. Para obter um bom reconhecimento da população não podemos deixar passar um diagnóstico oportuno e adequado, assim como impor um tratamento e acompanhamento que garanta a melhoria do paciente. Temos que garantir a coordenação do cuidado, a preparação sistemática dos profissionais desde o médico até os ACS, organizar o trabalho da equipe desde os espaços que estão estabelecidos como a reunião da equipe semanal, e temos que priorizar os problemas que comprometem à saúde da população, sendo imprescindível conhecer a população toda, suas características e seus costumes, a sua realidade, segundo os determinantes de saúde então poder identificar aqueles riscos para atuar cientificamente.

É de vital importância a avaliação dos programas de promoção e prevenção de saúde na comunidade. Os indicadores de processo indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem. A satisfação do paciente e do profissional também são dimensões do resultado para a Atenção Básica.

Nossa equipe recebe capacitação por parte do município para cuidar da população-alvo em sua integralidade, considerando, no contexto do cuidado, não só as questões biológicas, como também as epidemiológicas desencadeando ações estratégicas específicas que programamos para prevenir doenças e minimizar os danos com o adequado acompanhamento da saúde.

Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Entre eles temos: obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, mas na nossa área o risco reprodutivo é de muita importância, deve ser estabelecido para toda mulher com alguma condição biológica, física, social, que possa provocar algum dano ou agravo nela ou do produto da concepção no futuro. Este trabalho é difícil demais, nas áreas de saúde as mulheres procuram o atendimento médico diretamente quando já estão ficando grávidas para fazer o pré-natal, sem conhecer que para chegar à gestação deve ser avaliada primeiramente para estabelecer os riscos, evitar eles ou aparecimento de doenças associadas durante o processo de gravidez. Temos um trabalho bem forte com as adolescentes da comunidade nesse

sentido, pois tem acontecido um aumento da gravidez na adolescência nos últimos anos nesta área.

A vigilância vai se focar também para as crianças, o adolescente, a mulher em idade fértil, o idoso, a saúde do trabalhador, a saúde bucal e mental. A população alvo precisa da identificação antecipada dos riscos para não se desenvolver uma doença ao longo do tempo como resultado da exposição a esse fator.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos combinadas às de assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Fazemos busca ativa de crianças em risco, realização de exame físico e exames complementares, orientarmos a execução de atividades de vida diária e prevenção de acidentes, execução de atividades de desenvolvimento psicomotor, realização do teste do pezinho.

No trabalho com os adolescentes tentamos abordar temas como crescimento e desenvolvimento adequados, alimentação saudável e atividade física, saúde reprodutiva e sexualidade, também a orientação laboral, incentivar os estudos. Tendo em conta a alta incidência da gravidez na adolescência foi feito o nosso projeto de intervenção para melhorar esta situação de saúde.

Temos que fazer promoção e prevenção de saúde na consulta com os grupos, e nas palestras e visitas domiciliares, para obter mudanças do estilo de vida, com uma alimentação saudável, uma sexualidade responsável, atividade física regular, evitar o sobrepeso e a obesidade, tabagismo, alcoolismo e outras drogas.

A assistência médica ao trabalhador é vital porque pode ser vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional. Orientamos sobre o impacto que as tecnologias provocam para a saúde, dependendo do trabalho que desempenha, nesta área é frequente a sintomatologia associada ao uso de agrotóxicos, pois a principal atividade é a agricultura.

Outro aspecto referente ao envelhecimento da população brasileira que merece destaque é a existência de um grande contingente de idosos analfabetos. Nós aproveitamos que o paciente a maioria das vezes vem para consulta só para procurar receita para solicitar exames de rotina e fazemos a avaliação global da

pessoa idosa, que inclui as atividades de vida diária ou autocuidado, participação em seu entorno social, avaliação cognitiva, avaliação do humor, avaliação do suporte social, avaliação do cuidador que muitas vezes nos esquecemos dele e é quem traz o idoso para a consulta, avaliação da sexualidade, sobre a situação vacinal, e a ocorrência de quedas, até alguma situação de violência.

Marcamos especial importância na prevenção e identificação rápida para tratar doenças da próstata nos homens após 45 anos. Assim como doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. É muito frequente na nossa demanda espontânea este tipo de problema de saúde, gerando muitas vezes até conflitos com as empresas que negam que o paciente apresente o atestado médico.

Em relação à Saúde mental, uma das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo é a depressão. Não temos o NASF no município por em quanto tentamos avaliar integralmente os casos que precisam se tratar logo na medida das possibilidades e disponibilidades de recursos e medicamentos. Acompanhamos os casos de perto e o cumprimento das orientações com apoio indispensável do ACS que faz o acompanhamento do paciente. A saúde Mental não constitui uma das maiores demandas no posto, mas sempre temos casos que precisam de ajuda profissional neste sentido ante qualquer problema de saúde.

#### 4 VISITA DOMICILIAR

A Estratégia Saúde da Família-ESF surge como instrumento para atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua. Para tanto, compete aos profissionais que a compõem desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O objetivo principal da ESF consiste em reorganizar a prática assistencial com foco na família e seu ambiente físico e social. (BR, 2005).

Uma das atividades intrínsecas à ESF é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades. Porquanto, a visita domiciliar enseja ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos. (SAVASSI, DIAS, 2006).

É constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado para pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade (CHAVES, CERATTI, 2015).

Atividade desenvolvida para além das estruturas físicas das unidades de saúde, porém composta pela mesma equipe multiprofissional e pelos Agentes Comunitários da Saúde (ACS). Um dos aspectos relevantes desta ação é o seu potencial de promover maior interação entre equipe de saúde e população. (SAKATA, et al, 2007). Os profissionais de saúde atribuíram valor positivo a esta prática, pois consideram que a visita domiciliar permite conhecer as condições de vida, trabalho, habitação das famílias e também suas relações, a disposição dos agravos presentes na comunidade, o que permite expressar o perfil epidemiológico existente. Consequentemente, pode facilitar o planejamento e o direcionamento das ações no intuito da promoção da saúde e o fortalecimento familiar.

Os critérios de prioridade utilizados pelos profissionais para seleção dos sujeitos que recebem as visitas domiciliares estão em concordância com os apresentados por outros autores (ABRAHÃO, LAGRANCE et al, 2007), que consideram como determinantes das visitas o perfil epidemiológico da população atendida. Os sujeitos alvos das visitas são idosos, crianças, gestantes e pessoas

com necessidades especiais como cadeirantes, pacientes encaminhados pelo médico ou enfermeiro e aqueles em que durante a entrega dos medicamentos ou história clínica seja detectada a não adesão ao tratamento.

As ACS nas suas visitas de rotina avaliam a necessidade de visita, passam para enfermeira chefe que visita ou pede avaliação do auxiliar ou agenda visita domiciliar para médico quando o familiar solicita, para adultos, cadeirantes, acamados, idoso, gestante, e crianças, pacientes faltosos, com índice alto de placa, cárie.

Nossa área de abrangência é muito extensa localizada na área rural, localizada a uns 70 km do município de Acará, no ramal da comunidade de Genipaúba, bem no interior. Para poder fazer às visitas domiciliares a maioria das vezes precisamos de carro, pois os caminhos são muito difíceis mesmo e temos que recorrer muita distancia para chegar aos domicílios dos pacientes. A nossa metodologia para programar as mesmas consiste em aproveitar a reunião da equipe e fazer o planejamento com tempo a traves da identificação pelos ACS dos casos que mais dificuldades têm para chegar ao posto de saúde. Geralmente toda a nossa jornada laboral é para isso porem os casos ficam bem longe. É claro que temos em conta a frequência de visitas feitas nessa área e ao paciente também. O dia selecionado é sempre a quarta feira assim os pacientes ficam atentos e já conhecem a estratégia de trabalho da equipe. Nessas visitas também aproveitamos para fazer as campanhas de vacinação quando temos. Todo combinado com o ACS dessa comunidade que é o principal apoio para realizar este trabalho.

Muitas vezes as visitas ficam afetadas e não da para faze lãs, pois o município tem problemas com o transporte e infraestrutura. Assim como para a distribuição dos principais recursos para o adequado funcionamento do posto. Já esse tema tem sido abordado em varias reuniões e esta melhorando.

Na entrada do ramal da alça contamos com a Assistência social onde são avaliados também os casos com determinadas características que já pesquisamos. As nossas visitas não contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda o município não o implantou. Essa é uma limitante muito grande, pois nem é possível para os pacientes assistir ao município já que este fica longe e não tem dinheiro para a transportaçãõ.

Como todo dia de visita o dia 15 de agosto de 2017 às 08h30min da manhã começamos nossa visita domiciliar, programada para 3 domicílios um deles bem

pertinho do posto. Nas visitas tenho visto a realidade desta população da área rural que é bem difícil. As rendas familiares são baixas, salários mínimos, a principal fonte de trabalho é a agricultura, mas não da muito. As casas em general são de madeira ou alvenaria, água de poço ou de igarapé mesmo. Os banhos geralmente são de fossa e ficam fora de casa. Quase toda casa que visitamos tem muitos cachorros e animais de cria. O que dá para ir avaliando a epidemiologia da área.

Fomos visitar 3 casos em conjunto com a enfermeira, a odontóloga e o ACS da área de Fortaleza. Ele é quem apresenta o paciente e a família para a equipe.

O primeiro paciente foi uma senhora de 65 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial Crônica, dificuldades visuais por Catarata bilateral. Morando com uma neta adolescente de 17 anos que está grávida e faz pré-natal no posto. Porém não fica pendente da senhora no que se refere ao tratamento e a dieta. A senhora estava descompensada da pressão apresentando cifras elevadas e referindo tontura, fraqueza, levando uma alimentação inadequada para sua idade e doença de base. Fizemos sua avaliação integral e falamos a necessidade de encaminhar para melhor avaliação pelo oftalmologista e tentar melhorar a sua qualidade de vida. Compensamos sua pressão e colocamos o tratamento certo para começar o acompanhamento dela. Também aproveitamos para avaliar a gestante na visita, referiu que a situação é difícil para ela, pois já tem 26 semanas e fica com cansaço fraqueza às vezes para fazer todas as atividades da casa sozinha, identificou-se com anemia após realizar os exames e está com consulta de pré-natal atrasado. Identificaram-se riscos como consumo de água de poço, não fervida, sem tratamento com hipoclorito, baixa renda familiar, com animais dentro da casa e pouca higiene em geral. Orientamos ao casal (ela e o esposo) que devia fazer uma alimentação adequada, rica em proteínas manter o tratamento de suplementação de ferro, assistir à consulta com os resultados dos exames para ser avaliada integralmente.

O segundo caso refere-se a um paciente masculino de 62 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus apresentando uma lesão por mordida de cobra antiga agora agudizada, complicada com uma celulite da perna até o terço superior. Sem dor associada e pele quente demais. Condições de vivenda muito precárias, onde estavam morando 2 filhas com 2 crianças cada uma, as crianças pelo chão sem roupa. Muito difícil mesmo para todos avaliar essa situação. Deu para fazer a coordenação desse paciente para encaminhar ele para o hospital e fazer um

tratamento internado de compensação da Diabetes, colocar um tratamento de manutenção e tratar logo essa complicação da perna, considerando que até tinha um pê diabético pela lesão no dorso do próprio pê, com exposição de tecido.

O terceiro caso trata-se de um paciente masculino de 55 anos, com antecedentes de HTA há uns 8 anos e Diabetes Mellitus faz tempo uns 5 anos, que sofreu acidente de trânsito e foi vítima de acidente pelo qual teve que fazer cirurgia e amputar sua perna direita. Ele mora com sua esposa que é quem atende ele, ou seja, a cuidadora dele. O paciente faz uns 2 meses acordou e começou notar perda da força muscular do braço e perna direita, foi aumentando até ficar com desvio da comissura labial para o lado esquerdo. O paciente foi diagnosticado com ACV, Infarto cerebrovascular, com Hemiplegia direita total e proporcional. O paciente ficou na casa assim sem tratamento e sem reabilitação, sem procurar um tratamento estável para sua pressão que tinha levado ele a esse quadro. Esse dia estava com a PA de 150/100mmHg e Glicemia de 180mg/dl. É por isso que temos que ganhar em qualidade da atenção médica, ampliar a cobertura e continuar fazendo promoção e prevenção de saúde como nossa primeira meta. Um caso assim pode ser evitado mantendo qualidade de vida, alimentação saudável, tratamento adequado e cifras de pressão compensadas, assim como doenças concomitantes como a Diabetes Mellitus tipo 2, que aumenta ainda mais o risco de ACV, Infarto do miocárdio etc. esse paciente nem tinha colocado um tratamento após o quadro crítico. Correndo assim um risco maior de se repetir essa isquemia cerebral. Neste caso a reabilitação do paciente é primordial melhorar a qualidade de vida, e pelo menos deter a evolução da doença. Fizemos a coordenação com a Atenção Básica para avaliar com neurologia e fazer tratamento TFD de reabilitação e compensação da Diabetes. Orientamos sobre os riscos destas doenças para o paciente, oferecemos apoio psicológico, pois a situação dele é bem delicada e se encaminhou para o psicólogo também, falamos sobre as características da alimentação que deve ter e as limitações nesse sentido, e a importância de cumprir o tratamento sem esquecer uma dose. Colocamos tratamento que já tinha orientado e abandonou tempo antes do quadro isquêmico, com Metformina ( 850 mg 2 vezes ao dia), se colocou Furosemida (comp 40mg) 1 comp ao dia de manhã, Espironolactona (comp 25 mg) 1 comp ao dia, Nifedipino (Comp 10 mg) 1 comp 2 vezes ao dia, e Atorvastatina (comp 20mg) 1 comp à noite após jantar. Indicamos os exames para avaliar hemograma completo, a glicemia, o perfil renal e hepático, um ECG, um fundo de olho.

Aproveitamos para ensinar aos pacientes para fazer glicemia capilar. Eles az vezes tem o aparelhinho e não fazem por falta de conhecimento ou medo.

Temos que ter em conta a saúde do cuidador porque muitas vezes é um paciente mais que precisa ajuda, sendo descrito o síndrome do cuidador como uma situação delicada de saúde para qualquer pessoa que fica acompanhando um doente. Ressaltar a importância que tem a família toda, os amigos para melhorar a saúde deste paciente. A paciente está levando acompanhamento pelo neurologista e pela equipe de saúde da família, não tem apresentado cifras elevadas de pressão arterial e continua melhorando com a reabilitação.

O trabalho realizado no ambiente domiciliar permite ao profissional conhecer a realidade e adentrar a subjetividade do indivíduo, o que vai ao encontro dos objetivos da visita. A compreensão no espaço domiciliar proporciona um olhar sobre as diferentes dimensões do cuidado familiar e, assim, promove um cuidado individualizado.

A comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e desta forma favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia na abordagem familiar. O uso da comunicação terapêutica nesta prática é relevante, pois a visita é um mecanismo que permite a criação de vínculo com oportunidade de conhecer o modo de vida e relações intrafamiliares. (ABRAHÃO, LAGRANCE, 2006).

Aprendemos todos nestas visitas porque estamos no contato direto com nossos pacientes, em sua própria área, onde ficam dia a dia mais em contato com o meio ambiente. É aqui que da para nos avaliar o processo saúde doença e compreende lo. Aproveitemos este espaço do planejamento do trabalho da semana para fazer uma melhor promoção e prevenção de saúde em nossa comunidade.

## REFLEXÃO CONCLUSIVA

Comecei trabalhar aqui no Brasil no ano passado 2016, no mês de agosto. No início a fala era toda errada e ficava difícil até entender aos pacientes. Logo começou o curso de especialização em saúde da família, e junto com ele nem sabia quanto ia me ajudar nesse sentido. É indiscutível quanto pode se aprender no curso, quantas ferramentas ele vai oferecendo que ajudam fazer melhor trabalho no dia a dia nas unidades de saúde. Está bem identificado com a região em que se trabalha adaptando as distintas realidades do povo brasileiro. Em cada módulo, em cada fórum discutido com os colegas da para aprender quais são as diferentes realidades de cada um aqui no Brasil e quantas variantes para trabalhar temos. O curso vem para aperfeiçoar o conhecimento que já tinha respeito aos novos protocolos que são utilizados aqui, como é que se fazem as estratégias de trabalho desde a unidade de saúde até o nível estadual e nacional. Teve que aprender trabalhar neste sentido com algumas mudanças que não tinha trabalhado anteriormente. O atendimento por agendamento de consultas junto com o atendimento à demanda espontânea e adaptar-me às características do trabalho em si.

Não tinha experiência de trabalho assim no interior nas áreas rurais onde a situação da comunidade é diferente por completo em relação até com o povo do mesmo município em questão como acessibilidade aos postos de saúde, condições econômicas e sociais de vida. Aprendendo a valorar ao paciente com mais dificuldades para garantir um bom tratamento para ele e sua família.

Uma situação de saúde que se apresenta com frequência e a gravidez na adolescente, esta situação demandou tomar ações para diminuir essa incidência. Tendo em conta que é uma situação que vem se apresentando no mundo todo é constitui um problema de saúde muito estudado e analisado pelas consequências que traz para a grávida, o feto e a família. Fizemos o projeto de intervenção nesse sentido, criamos o grupo de gestantes para ter um espaço de diálogo e fazer atividades e palestras para orientar as meninas nesta faixa etária e as famílias sobre como projetar se nessa questão. Ainda existe prejuízo para falar deste tema abertamente e é isso precisamente o que necessitamos vencer. O planejamento familiar é uma ferramenta que o adolescente tem que conhecer e aprender a vivenciar, tomar suas próprias decisões nesta etapa da vida baseados nos conhecimentos adequados tendo em conta que esta etapa da vida se descreve

como bem confusa e complexa. Já temos casos como este do caso complexo do curso se apresenta com frequência constituindo parte do nosso trabalho no dia a dia.

É muito bom contar com a caderneta da criança onde são preenchidos todos os dados do desenvolvimento, as vacinas e onde ficam todos os antecedentes da criança. Foi muito bom vivenciar a experiência de fazer a puericultura aqui nesta comunidade, pois é indiscutível que a população tem situações muito complexas, o que repercute diretamente na frequência com que as mães trazem as crianças para a consulta. Temos muitas vezes que até visitar elas em visita domiciliar para obter uma resposta satisfatória.

A população não tem percepção de risco o que vem diretamente relacionado à baixa escolaridade na área rural. Já vi muitas doenças perfeitamente preveníveis, mas não acontece.

A caderneta do adolescente foi entregue de forma incompleta e ficam ainda pendentes em alguns postos. Constituindo uma ferramenta muito importante no trabalho e a própria preparação do adolescente para o começo dessa etapa da vida onde vão ocorrer mudanças somáticas e psicológicas.

No planejamento do trabalho é importante a organização da semana para poder cobrir todas as necessidades identificadas da população e poder trabalhar com os grupos de risco. A construção da agenda profissional compartilhada é outra estrutura que serve para melhorar os atendimentos à população porque participam todos os membros da equipe.

No início ninguém se preocupava por fazer a reunião da equipe, mas agora ninguém perde a oportunidade de participar. Na aprendizagem foi colocada a reunião da equipe, neste espaço conciliamos os problemas do posto, as necessidades de atendimento mais urgentes pelos ACS, tomamos acordos para garantir as prioridades de atendimento, debatemos algum tema de saúde contribuindo à preparação permanente dos profissionais e assim melhorar a saúde na nossa área.

No controle dos pacientes crônicos tomamos em conta todo o aprendizado no curso em relação aos protocolos e como manejar o caso. Os pacientes que mais frequentam a unidade são os Hipertensos e os Diabéticos, quase preferentemente os idosos, pois ainda tem muito homem que tem o critério de que não é preciso assistir à consulta. Fazemos a avaliação dos casos de forma integral, olhamos o

cumprimento do tratamento e como está à evolução da doença, também indico os exames de controle para testar a função renal, rx de tórax, fundo de olhos, ECG, se for preciso encaminhamos para o cardiologista ou endócrino após começar com o tratamento e este não ser efetivo ou em caso do que a doença seja resistente a tratamento caso se pode suspeitar causa secundaria refratária ao tratamento e nesse caso encaminhamos para a consulta de avaliação com o especialista.

Um grupo de pacientes que também assiste com frequência é em relação às doenças osteomusculares em relação ao trabalho, apresentando se com maior frequência as dores lombares e de ombros. O nosso objetivo é tentar diminuir o numero de encaminhamentos para o especialista desnecessariamente.

Na minha área não é muito frequente os pacientes de saúde mental. Não temos adictos que vem em todo momento para solicitar renovação de receita médica. Mas o paciente que precisa e agendado para consulta integral não só pelo problema mental, também desde o ponto de vista biológico e social.

Não cabe duvida que após todo o apreendido no curso esteja mais bem preparado para o trabalho na unidade de saúde, utilizar as ferramentas que fazem melhor o processo de atendimento à população. Até com o conhecimento adquirido poço colaborar com o município e ajudar para a criação de estruturas como o NASF que ainda fica pendente, também contribuir com a preparação dos outros colegas de trabalho.

## REFERENCIAS

ABRAHÃO AL, LAGRANCE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. São Paulo: USP; 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo\\_diretrizes\\_em\\_saude\\_mental.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México. Brasília, DF, 2001. 54 p. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000090&pid=S0104-1290200400010000200001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S0104-1290200400010000200001&lng=en)

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia\\_rede\\_carmen.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia_rede_carmen.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. Brasília, DF, 2005. . Plano nacional para o controle integrado das DCNT: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2006. Em revisão.

CHAVES, LEDA; CERATTI, JM; Abordagem familiar na Atenção Domiciliar. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA, 2015. Disponível em:

[https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-4\\_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf](https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-4_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf)

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2003 (p.39-53).

Disponível em:

[http://143.107.23.244/departamentos/social/saude\\_coletiva/AOconceito.pdf](http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf)

DIAZ et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus vol.17 no.2 Valencia ago. 2013.

Disponível em: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006)

FAISAL A, MENEZES R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10(1):25-32.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187166>

FARINATTI, P. T. V; FERREIRA, M. S. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/>

JADRESIC E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Artículo de revisión. Rev Chil Neuro-Psiquiatría 2010; 48(4):269-78.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>

LEONETTI L, MARTINS M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latino-Americana Enfermagem 2007; 15(4):677-83.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf)

MARCHESI C, BERTONI S, MAGGINI C. Major and minor depression in pregnancy. Obstet Gynecol 2009; 113(6):1292-8.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461425>

MARCONDES.W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>

MINAYO MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003.

Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La depresión. Nota descriptiva N° 369, 2012. Dispen: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

RIBEIRO AG, COTTA RMM, RIBEIRO SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Cienc Saude Colet. 2012;17(1):7–17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a04v17n1.pdf>

SAKATA KN, et al. Concepções da equipe saúde da família sobre a visita domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007 Nov/Dez; 60(6):659-64.

SARAIVA DA SILVA L et al. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática.

Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>

SAVASSI LCM, DIAS MF. Visita domiciliar. grupo de estudos em saúde da família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. [acesso em 2008 Set 12]. Disponível: [http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf\\_vd.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: WHO; 2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DE PORTO ALEGRE**

**Yoandy Reinier Morales Broche.**

**Prática educativa sobre o Risco Reprodutivo Preconcepcional  
nas adolescentes da Unidade Básica de Saúde de Genipaúba.**

**Porto Alegre.  
2017.**

**Yoandy Reinier Morales Broche.**

**Prática educativa sobre o Risco Reprodutivo Preconcepcional  
nas adolescentes da Unidade Básica de Saúde de Genipaúba.**

Trabalho de Conclusão de Curso para  
à Universidade Federal de Ciências da  
Saúde de Porto Alegre, como requisito  
do Curso de Especialização da Saúde  
da Família.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Eva Manuela Lopez  
Cavalcante Feitosa.

**Porto Alegre.**

**2017.**

## **DEDICATÓRIA**

**A minha família, minha namorada e amigos, que ficam cada dia longe na distância que o dever impõe, neste esforço de levar a saúde aos mais necessitados.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A todos aqueles que me ajudaram para a realização deste projeto, em especial a minha enfermeira Cinthya Lorena, meus colegas de trabalho e a nossa orientadora, a professora Eva Manuela Cavalcante Feitosa, por sua ajuda e orientação na realização deste projeto.**

## RESUMO

Na atualidade a gestação na adolescência está considerada como um problema de saúde para ser resolvido no mundo todo. Está se apresentando com muita frequência nas primeiras etapas da vida e vem associada a vários problemas de saúde, como baixo peso ao nascer, a prematuridade, o parto antes das 37 semanas de gestação, às complicações maternas e fetais. Este projeto de intervenção é uma proposta para trabalhar com adolescentes caracterizadas com risco reprodutivo preconcepcional compreendidas entre 14 e 19 anos de idade da Unidade Básica de Saúde de Genipauába no município de Acará no estado Pará, ao norte do Brasil, em 2017. Como objetivo deste trabalho vamos propor uma prática educativa para redução da gravidez nas adolescentes avaliando os principais determinantes da gestação na adolescência desde a perspectiva do estilo de vida, também aumentar o conhecimento de estas pacientes nesta etapa da vida. Serão considerados os antecedentes pessoais destas pacientes, doenças associadas, riscos pessoais, econômicos, psicológicos, os métodos contraceptivos que estão usando no momento da investigação. Vamos fazer uma revisão da literatura e uma intervenção a través de uma prática educacional para aumentar os conhecimentos gerais destas pacientes. Esperamos melhorar o controle do risco com mudanças dos estilos de vida, aumentar a adesão aos métodos contraceptivos, e desenvolver uma conduta sexual mais responsável.

**Palavras-chave:** Adolescência. Risco Reprodutivo. Gravidez.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. PROBLEMÁTICA .....	9
3. JUSTIFICATIVA .....	10
4. OBJETIVOS .....	11
5. REVISÃO DA LITERATURA	
5.1 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	12
5.2 IMPACTO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	13
5.3 PROMOÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO SEXUAL.....	15
6. METODOLOGIA .....	18
7. CRONOGRAMA .....	20
8. RECURSOS NECESSÁRIOS .....	21
9. RESULTADOS ESPERADOS .....	22.
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23
11. APÊNDICES.....	26

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança é um acontecimento muito bem recebido em todas as sociedades do mundo. A OMS (Organização Mundial da Saúde) estabelece a adolescência como a etapa compreendida entre 10 a 19 anos. Também define a Saúde Reprodutiva como aquele estado de bem estar físico, mental, y social e não sô ausência de doenças durante o processo de reprodução. Compreendendo á atenção preconcepcional, a atenção pré-natal, do parto e do recém-nascido, atenção do puerpério e o período neonatal precoce. (FERREIRA, R. A. et al, 2012). No Brasil diferentes estudos mostram 2,9 milhões de nascimentos em 2008, estimado um 20% foram mães com idade de 15 a 19 anos, em contraste mães com idade de 10 a 14 anos representaram somente 1% (Cabral, 2015).

Nossa Unidade de Saúde está localizada numa área rural conhecida como Alça Viária, a 7 km pelo ramal no km 32 da rodovia principal, pertence ao município de Acará do Estado Pará, na microrregião de Tomé-Açu. Conta com uma População estimada de 1382 habitantes, conta com 6 vilas dentro da área de abrangência, tem 11 trabalhadores, 6 ACS, a enfermeira a odontóloga, administrativo, assistente de enfermagem e o médico. Conta com uma recepção de tamanho mediano sem sala de observação, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de atendimento de urgências, uma farmácia, uma consulta de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório médico.

Tendo em conta que nossa Unidade Básica de Saúde tem aumento da incidência da gestação na adolescência, e temos como uma das prioridades a questão da prevenção e promoção de saúde, então vamos incidir nestes indicadores para garantir um melhor desenvolvimento da gestante e prevenir as complicações que a gestação na adolescência pode ocasionar.

Devemos ter um enfoque integral, analítico e individual de cada paciente, sua maduras como pessoa, devemos fazer controle da mulher identificada como risco preconcepcional, melhorar a condição de risco daquela que já tem uma condição de risco estabelecida seja biológico, psicológico ou social.

Vamos contribuir a diminuir a taxa de morbimortalidade infantil e materna evitando as gestações não desejadas, diminuindo o índice de baixo peso ao nascer, o parto pretermo, as malformações fetais e as mortes fetais.

Essas mulheres, principalmente adolescentes, ainda precisam enfrentar um contexto de diversos paradigmas referentes a gênero, sexualidade, idade e classe social, impostos por uma sociedade cheia de valores conservadores, arcaicos, cristãos e machistas.

Vamos nos apoiar para fazer esta intervenção na comunidade com sua cooperação interativa, identificando os principais fatores de risco associados a esta situação de saúde da nossa área de saúde e com a gestão entre os diferentes setores da sociedade. Tendo em conta que as complicações da gestação na adolescência, do parto, e do puerpério estão entre as primeiras causas de morte da mulher, temos que trabalhar ainda mais para diminuir este risco.

## **2 PROBLEMÁTICA**

As adolescentes da ESF de Genipaúba apresentam adequada informação sobre risco reprodutivo e suas consequências e complicações nesta etapa da vida?

### **3 JUSTIFICATIVA**

A conduta sexual dos adolescentes tem tido várias mudanças nos últimos tempos. A idade média da menarca se adianta para 14,8 anos a 12,6. As intervenções devem ser intencionadas para os grupos de risco principalmente. Contamos com 110 adolescentes em nossa área entre as idades de 14 e 19 anos, de eles já temos 35 pacientes caracterizadas risco reprodutivo preconcepcional atualmente, com as quais vamos trabalhar neste projeto.

Trata se de realizar então uma intervenção como prática educacional para aumentar o conhecimento das adolescentes da nossa área baseado nas características de seu estilo de vida e conduta sexual, para incidir diretamente sobre o aumento da incidência que está tendo a gestação em idades precoces da vida, assim diminuir o risco preconcepcional destas pacientes. Nossa assistência deve ser voltada para educação onde o conhecimento não deve ser transferido e sim construído dias após dia com estabelecimento de vínculo e confiança.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral:**

- Desenvolver uma prática educativa para redução da gravidez nas adolescentes com Risco Reprodutivo Preconcepcional da Unidade Básica de Saúde de Genipaúba.

### **4.2 Específicos:**

- Identificar as principais características em relação ao estilo de vida e sexualidade das adolescentes estudadas.
- Incrementar o conhecimento sobre o risco reprodutivo e as consequências de uma gestação na adolescência nestas pacientes.
- Propor um plano de ação para melhorar o controle do risco reprodutivo neste grupo etário e diminuir a incidência da gestação na adolescência.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Contextualização.

De acordo com o levantamento da Organização das Nações Unidas ONU 2010 um terço das 205 milhões de gravidezes ocorridas a cada ano não são planejadas. Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS 2010, a América Latina registra anualmente 54 mil nascimentos com mães menores de 15 anos e 2 milhões com idades entre 15 a 19 anos. Já no Brasil estudo do Ministério da Saúde (Brasil 2010) revela que 15,9 anos é a idade média da população feminina para a ocorrência de gravidez. Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) os casos de gravidezes de meninas de 15 e 19 anos vem aumentando linearmente.

No Brasil, ao contrário da maioria dos países em desenvolvimento, tem sido observado um aumento considerável na proporção de adolescentes que já iniciaram a vida sexual. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996 (PNDS 1996), 33% das mulheres entre 15 e 19 anos responderam que já tinham tido uma relação sexual, enquanto dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (PNDS 2006) mostraram que esta proporção tinha aumentado para 55%. Este cenário ajuda a explicar o comportamento da fecundidade entre as adolescentes no Brasil, que aumentou nos anos 80 e 90, e recentemente tem se mantido estável. Mesmo assim, a contribuição proporcional deste grupo para a taxa de fecundidade total (TFT) continuou crescendo, passando de 17% em 1996 para 23% em 2006. Ou seja, em 2006, aproximadamente 1 de cada 4 nascimentos no Brasil ocorreram entre adolescentes entre 15 e 19 anos, o que sugerem problema de saúde pública. Esta proporção é muito superior à mundial e ao que seria esperado para o Brasil, já que o nível educacional e o acesso aos métodos contraceptivos também têm crescido no país. (VERÓNA, DIAS, 2012)

O fenômeno da gravidez na adolescência, pouco vem se alterando ao longo dos anos: em 1998 houve registro de 27237 nascimentos de mães entre 10 a 14 anos de idade; 26276, em 2004; e 28470, em 2008, conforme dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC, 2010).

Por outro lado, faz-se necessário reduzir estes índices de gravidez na adolescência, uma vez que este tema assume grande relevância social, pois se sabe que o sistema reprodutor da adolescente não está totalmente amadurecido pode ocorrer maior incidência de doenças hipertensivas, partos prematuros, ruptura antecipada da bolsa e desnutrição da mãe e filho, entre outros agravantes. A falta de cuidados adequados numa gestação nesta idade aumenta o risco de baixo peso ao nascimento, desnutrição e déficit no desenvolvimento físico e cognitivo do bebê. (Gomes; Fonseca; Veiga, 2002).

O risco se define como a possibilidade de sofrer um dano, sendo assim a possibilidade que tem uma mulher ou seu produto potencial de sofrer dano, lesão, ou morte durante o processo de reprodução. Este risco aplica-se para as mulheres entre 15 e 49 anos de idade. A magnitude do risco vai ser individual não sendo possível medir o risco igual para as mulheres nem os casais (DADOORIAN, 2003).

Temos riscos biológicos como a idade da adolescente, a desnutrição, a estatura, os riscos obstétricos como abortos a repetição, várias gestações, curto período entre gestações, baixo peso ao nascer, também riscos médio ambientais, o nível escolar, adolescente solteira, hábitos tóxicos. Também as doenças associadas como patologias de base: HTA, DM, Asma Bronquial, Endocrinopatias, Neuropatias (GUIMARÃES; WITTER, 2007).

Apresenta-se como uma questão complexa e envolve vários fatores psicológicos e econômicos, afetando consideravelmente adolescentes com classe social inferior e de zonas rurais (DIAS, 2010)

## **5.2 Impactos da Gestação na Adolescência.**

Observou-se, ainda, que a maioria das pesquisas demonstrou de algum modo, a relação existente entre gravidez na adolescência e baixos indicadores socioeconômicos, sendo possível afirmar que referida variável teve posição de destaque na tentativa de explicação do problema. Ademais, a gravidez na adolescência é relacionada por alguns estudiosos com o fato de que a capacidade cognitiva de avaliar consequências adequadamente e de trabalhar com hipóteses pode não estar bem estabelecida na adolescência (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Outros fatores como deficiência na comunicação entre os parceiros sobre sexualidade, ausência de afeto nas relações familiares, necessidade de imitar o grupo de iguais sem ter atingido o necessário amadurecimento biológico e psicológico são apontados como variáveis que interferem na ocorrência de gravidez precoce.

Pesquisa realizada concluiu que o impacto da descoberta da gravidez é considerado um momento crítico. O fato é ainda mais complexo para as adolescentes que vivenciam uma relação afetiva não estável, devido a pressões e censura por parte da família e da sociedade. Sentimento de medo, raiva e vergonha estiveram bem presentes na maioria das manifestações das adolescentes. Entre os principais conflitos vivenciados nesse período, destacam-se a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e família, o relacionamento desfeito pelo parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da adolescente (DIÓGENES et al., 2011).

As principais alterações psicológicas vivenciadas pelas adolescentes, conforme os estudos analisados foram baixa autoestima, vivência de estresse, presença de sintomas depressivos e amadurecimento precoce forçado. Ademais, uma das pesquisas demonstrou que as gestantes adolescentes manifestaram sofrimento e diminuição da autoestima relacionada às mudanças corporais experimentadas durante a gravidez (ALMEIDA; SOUZA, 2011).

A gestação na adolescência é, ainda, considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes quanto para os recém-nascidos. Alguns autores observaram que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante a gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativa de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, pré-eclâmpsia, desproporção cefálio-pélvica e depressão pós-parto estão associadas à gravidez na adolescência. Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e outras drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Segundo AZEVEDO, (2015), as complicações mais frequentes são a prematuridade, baixo peso do bebê, mortalidade perinatal, as complicações maternas que mais se apresentam são hipertensão associada à gestação, aborto, infecção urinária, ruptura prematura de membranas.

Nesse sentido, constatou-se que, geralmente, a gravidez limita o exercício de atividades laborais ou educacionais e a adolescente passa a ter poucas expectativas em relação ao futuro. “A ausência de uma perspectiva profissional futura associada à escolaridade errática fomenta a reincidência da gravidez na adolescência e impede a retomada da questão profissional. Sair deste estado de pobreza, com filhos ou não, é uma perspectiva bastante remota, pois a repetição deste ciclo perverso de manutenção de baixa renda familiar costuma se perpetuar através das gerações” (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Uma das pesquisas analisadas demonstrou que, nos casos em que a gravidez é indesejada, o risco de os filhos serem vítimas de maus-tratos é bem maior. Outros estudos brasileiros sobre gravidez na adolescência apontam para o fato de que as jovens que contam com o apoio dos pais e a possibilidade de diálogo com eles sobre sexo começam a vida sexual mais tarde e, caso, engravidem, consegue, mediante o diálogo, tomar uma atitude que melhor se enquadre à sua situação, diminuindo os traumas de um abortamento provocado, a manutenção da gravidez e o não abandono da escola (CORREIA et al., 2011). No mesmo sentido, que sustentam que a gestação tem uma evolução melhor quando bem aceita pela família, principalmente do companheiro, quando juntos formam para essa jovem uma rede de apoio. (MACIEL et al., 2012).

### **5.3 Promoções à saúde e educação sexual.**

Nessa fase da vida, o desenvolvimento da sexualidade é de fundamental importância para o crescimento da identidade adulta do indivíduo, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social. Ocorre que, por vezes, este adolescente é incapaz de racionalizar as consequências futuras decorrentes de seu comportamento sexual, deparando-se frequentemente com situações de risco, como uma gravidez não planejada (MACIEL et al., 2012).

Nesse contexto, a gravidez na adolescência, no Brasil, é considerada uma situação de crise individual, um risco social, devido a sua magnitude, amplitude e dos problemas dela derivados, destacando-se: o abandono escolar e do trabalho, gerando uma queda no orçamento familiar, pauperização e maior dependência econômica dos pais, já que muitos continuam morando com os seus genitores ou responsáveis.

Além disso, ressalta-se que o risco durante a gravidez também é originado da não realização de um pré-natal de qualidade, por ausência de serviços qualificados ou ocultação da gravidez pela adolescente. Também os conflitos familiares, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelos familiares e pelo parceiro e ainda o abandono do parceiro; a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente gerando prejuízos irreparáveis para sua formação social e psicológica (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012).

Pelo exposto, constata-se que, ao se analisar o fator relacionado às causas e consequências da gravidez na adolescência é necessário considerar que se trata de um fenômeno complexo e multicausal, associado a fatores históricos, econômicos, sociais e psicológicos. Partindo desses pressupostos, que indicam a necessidade de se realizar investigações para subsidiar ações que envolvam a prevenção e enfrentamento da gravidez na adolescência na atenção primária, justificando-se a elaboração do presente estudo, que contém a seguinte questão norteadora: Quais as causas e consequências da gravidez na adolescência?

Ao analisar a questão de gênero, uma das pesquisas aponta que, nas expectativas e nos comportamentos considerados apropriados para cada sexo, espera-se da mulher um comportamento passivo. Assim, a preparação para uma relação, que pode ser indicada pela adoção de um comportamento contraceptivo adequado, implica uma postura ativa da mulher, que pode colocar em xeque a moralidade feminina. Tal atitude passiva pode conduzir a relações sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, a gestações indesejadas.

Por outro lado, os adolescentes homens não são educados para também se responsabilizarem pelos cuidados anticoncepcionais, deixando tais cuidados muitas vezes para as meninas. Trata-se de uma ambigüidade que contribui para o aumento do problema em discussão (DIAS; TEIXEIRA, 2010). Processo que permite ao individuo adquirir maior controle sobre sua saúde por meio de conhecimentos,

atitudes e comportamentos que serão favoráveis a manutenção e aquisição dela em diferentes enfoques de teoria a prática (CZERESNIA, 2003).

É importante compreender que a saúde de cada indivíduo (ou grupo) depende das ações humanas, interações sociais, políticas públicas, modelos assistenciais (MOYSES: KREMPEL, 2004).

A promoção à saúde é a capacidade que os indivíduos e a comunidade têm de atuarem no controle, com adequado bem-estar nas dimensões (físicas, mental, social, espiritual) assim o sujeito exerce papel como ator social, capaz de interferir na sua realidade, buscando melhorias para o contexto do qual faz parte. É importante identificar grupos de risco que podem ser vistos como mais vulneráveis a situações adversas de saúde (SANTOS et al, 2012). Vários estudos apontam que a adolescência é um período em que o sujeito torna-se vulnerável a situações de drogadição, violência, gravidez não planejada, DST, dentre outras situações que demandam ações de promoção de saúde (BRETAS et al, 2009)

É imprescindível ajudar os adolescentes na compreensão das circunstâncias e vivências dessa fase de transição para idade adulta. Sendo importantes os profissionais como agentes no processo de transformação social (GONÇALVES: TAVARES, 2007). Nesse sentido as políticas de saúde não estão atuando corretamente, existem poucos resultados positivos, temos uma realidade socioeconômica difícil, ainda exclusão social, desemprego, falta de perspectiva, violência (MORAIS LEITÃO: BRAGA, 2002)

É necessária uma mudança no estilo de vida dos adolescentes, tendo como principal atenção lograr a diminuição da gravidez nesta etapa da vida e suas complicações frequentes. Devemos lograr trazer o adolescente para as unidades de saúde com iniciativa, com fins de gerar contato destes com a equipe e assim tornar disponíveis os serviços de apoio, como também favorecer o acesso de maneira mais fácil à informação. É de vital importância para a nossa equipe de trabalho inserir neste sentido e garantir assim um desenvolvimento adequado destas pacientes em nossa área de abrangência, que possam continuar estudos. Devemos nos apoiar na família como célula fundamental da sociedade, considerando que é imprescindível o adequado funcionamento familiar neste sentido.

## 6 METODOLOGIA

Vai se realizar um estudo transversal, na Unidade Básica de Saúde Genipaúba localizada no município de Acará, no estado de Para, no ano 2017. O projeto se desenvolverá com o objetivo de melhorar o controle da incidência da gestação na adolescência, identificando as principais características relacionadas ao estilo de vida das adolescentes, com prévio consentimento livre e esclarecido informado (Anexo #) que estão caracterizadas como risco reprodutivo preconcepcional, compreendidas entre 14 e 19 anos de idade, tendo em conta que é a faixa etária afetada. Serão considerados os antecedentes pessoais destas pacientes, doenças associadas, riscos pessoais, econômicos, psicológicos, os métodos contraceptivos que estão usando no momento da investigação.

Vamos fazer uma revisão da literatura em bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Após ter identificadas estas questões vamos fazer a intervenção a traves de uma prática educacional para aumentar os conhecimentos gerais sobre esta questão que já se apresenta no mundo como uma situação de saúde para resolver. Será preciso elaborar um plano de ação neste sentido para melhorar o controle do risco reprodutivo das adolescentes. Participarão do estudo o médico, a enfermeira e o técnico em enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário desenhado para o estudo (Anexo #), incluindo a caracterização das participantes, principalmente, alguma pergunta sobre a gravidez na adolescência de conhecimento geral, orientação de profissionais sobre sexo e gravidez; início da primeira relação sexual; presença de hábitos tóxicos, o que tem aprendido sobre anticoncepcionais e o seu uso, si tem parceiro estável ou não entre outros.

Prática educativa: tendo em conta que estamos inseridos numa área rural se poderia fazer em 2 seções de palestras e dissertações práticas e dinâmicas.

Vamos incidir nas pacientes a traves de diversos temas tais como:

Tema #1: Aspectos conceptuais sobre risco reprodutivo na adolescência.

Tema #2: Importância de modificar o estilo de vida nesta etapa.

Tema #3: Fatores de risco e complicações associados à gestação precoce.

Tema #4: Métodos contraceptivos mais usados nesta etapa. Usaremos imagens, vídeos e alguns exemplos de casos reais cuidando as questões éticas.

### **6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Pacientes femininas na faixa etária de 14 a 19 anos, com prévio consentimento informado, caracterizadas como risco reprodutivo.
- Pacientes que estejam de acordo em participar no estudo e prévia autorização dos pais.
- Pacientes que moram na área de abrangência mais próxima ao posto.

### **6.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Pacientes sem capacidade física e intelectual para participar no estudo.

Pacientes não autorizadas pelos pais para participar no estudo.

Serão utilizados dados dos Registros da Unidade Básica de Saúde Genipaúba, as fichas individuais e familiares, se conformou a mostra de estudo a partir das pacientes caracterizadas como risco reprodutivo nesta área. Os dados serão analisados e processados em EXCEL e SPSS e levados a tabelas.



## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Sala da unidade para a realização do grupo.
- Equipamento multimídia: laptop, projetor.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Profissionais: Médico, Enfermeira, Tec. Enfermagem, ACS.
- Prontuários das pacientes.

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

- Compartilhamentos de vivências e conhecimentos.
- Acordar compromissos para melhorar o controle do risco em cada paciente.
- Procurar adesão à conduta sexual responsável.
- Estimular às pacientes no uso de algum método contraceptivo adequado e individualizado em consulta médica.
- Motivar mudanças dos estilos de vida das pacientes a partir de exemplos reais apresentados como materiais complementares (imagens, vídeos) com prévio consentimento informado.

## 10 REFERÊNCIAS

ALBERTINA VICTORINO, Maria Teresa. Manual de apoio para os profissionais de saúde. 2012.

Disponível em: <https://decsearch.usaid.gov>

ALMEIDA, Inez Silva de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Sept. 2011.

AZEVEDO, Walter Fernandes de, et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brazil. Portal Regional de la BVS. Einstein (São Paulo) vol.3 no. 4. São Paulo Oct./Dec. 2015. Epub June 09, 2015.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n.26- Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010. 300p

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. V. 3, n.43; p 552. 2009

BUENDGENS, Beatriz Belém; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2012.

CABRAL, Ana Cláudia de Farias et al. Percepções da gravidez em adolescentes gestantes / Percepciones del embarazo en las adolescentes embarazadas / Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents. Artigo em Inglês, Português | LILACS | ID: lil-755390. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online); 7(2): 2526-2536 abr.-jun. 2015.

Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-755390>

CAVALCANTE; MBPT; ALVES, MDS; BARROSO, MGT. Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* Set; 12 (3): 555-59, 2008.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, May 2011.

CZERESINA, D; FREITAS, CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2003.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE REPRODUTIVA E PESQUISA (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

Disponível em: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADL195.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL195.pdf).

DADOORIAN, Diana: Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicol. cienc. prof.* vol.23 no.1 Brasília Mar. 2003.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000100012>

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, Apr. 2010.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; OLIVEIRA, Mariana Girão de; CARVALHO, Yandara Alice Ximenes Bueno de. Aspectos estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família de adolescente grávida fundamentados no modelo. *Rev. Rene. Fortaleza.* 2011; 12(1): 88-96.

FERREIRA, R. A. et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência/ Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. *Cad Saúde Publica*, v. 28, n. 2, p. 313-323, fev. 2012.

GOMES, Romeu; FONSECA, Eliane M.G.O; VEIGA, Álvaro J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Ribeirão Preto, v 10, n 3, 2002.

GONZALVES, SSPM; TAVARES, CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e drogas nos serviços extra-hospitalares. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2007 dez; 11 (4): 586-92

GUIMARÃES, Edna Araújo; WITTER, Geraldina Porto; Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* v.27 n.2 São Paulo dez. 2007. Versão impressa ISSN 1415-711X

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Fecundidade, Natalidade e Mortalidade.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidae.html=anc1>

MACIEL, Shirley S. Soares Veras; et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru. *Rev. AMRIGS. Porto Alegre.* 2012; 56(1): 46-50.

MARINHO LFB, AQUINO EM L, ALMEIDA MCC. Contraceptive practices and sexual initiation among young people in three Brazilian State capitals [Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras]. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(2): 227-39.

MOYSÉS, SJ; MOYSÈS, ST; KREMPEL, MC. Avaliando o processo de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva.* 9 (3). 627-641, 2004.

OLIVEIRA, Dannielly Azevedo de. Um estudo sobre o perfil sexual e reprodutivo das adolescentes de um serviço de referência no município de Natal/RN. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Portal Regional da BVS. Informação e Conhecimento para a Saúde. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/19450>

SANTOS, Antonía Alizandra Gomes dos. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (5): 1275-1284 2012.

VERONA APA, DIAS Júnior CS. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. Portal Regional da BVS. Informação e Conhecimento para a Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(1): 25–31. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-618464>

## 11 APÊNDICES

### APÊNDICE A - Consentimento informado.

Este trabalho é um Projeto de intervenção, uma “Prática educativa sobre o Risco Reprodutivo Preconcepcional nas adolescentes da Unidade Básica de Saúde de Genipaúba” localizada no município Acará, estado Pará. O estudo decorre no âmbito do Curso de Especialização de Saúde da família para a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em 2017. A intervenção é orientada pela Professora Eva Manuela Lopez Cavalcante Feitosa.

Temos como objetivo propor uma prática educativa para diminuir a gravidez nas adolescentes da nossa área, avaliando os principais determinantes da gestação na adolescência desde a perspectiva do estilo de vida, também aumentar o conhecimento de uma adequada saúde sexual e reprodutiva destas pacientes nesta etapa da vida.

Esperamos aumentar o conhecimento para um melhor controle do risco com mudanças dos estilos de vida das participantes, aumentar a adesão aos métodos contraceptivos, e desenvolver uma conduta sexual mais responsável.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário e de uma pequena entrevista baseados nos princípios da ética médica.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequência alguma.

Depois de ler as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

## APÊNDICE B - Questionário (Coleta de dados)

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_.

**Raça:** Branca \_\_\_\_ Não Branca \_\_\_\_.

**Estado civil:**

Solteira \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_ Acompanhada ou juntada \_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_

Separada \_\_\_\_

**Ocupação:**

Estudante: Sim \_\_\_\_ Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Não: \_\_\_\_

Dona de casa \_\_\_\_

Trabalhadora \_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_ Kg. **Tamanho:** \_\_\_\_ m (metros).

**IMC** (preenchido pelo médico): \_\_\_\_

**Residência:** Rural: \_\_\_\_ Urbana: \_\_\_\_

**Com quem reside:** Pai \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Irmãos \_\_\_\_ Companheiro \_\_\_\_

**Nível de instrução dos pais:**

Não alfabetizados \_\_\_\_

Desconhece \_\_\_\_

Ensino fundamental completo \_\_\_\_ Ensino fundamental incompleto \_\_\_\_

Ensino médio completo \_\_\_\_ Ensino médio incompleto \_\_\_\_

Ensino superior completo \_\_\_\_ Ensino superior incompleto \_\_\_\_

Profissão do pai: \_\_\_\_\_ Profissão da mãe: \_\_\_\_\_

**Renda da família:**

Salário mínimo \_\_\_\_

Menos de Salário mínimo \_\_\_\_

Dois salários mínimos \_\_\_\_

Mais de dois salários mínimos \_\_\_\_

Quem contribui com a renda familiar: Pai \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Irmãos \_\_\_\_ Companheiro \_\_\_\_

Avôs \_\_\_\_ Outros \_\_\_\_ quem?

**A família participa de algum programa social?**

Sim \_\_, Qual \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Relações sociais:**

Realiza atividades físicas? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Realiza amizade com amigos: Poucos \_\_\_\_ Muitos \_\_\_\_

Relação com os familiares: Boa \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Difícil \_\_\_\_

O principal problema que você vê na sua família? \_\_\_\_\_

Qual é o principal sonho ou aspiração? \_\_\_\_\_

Namora? Sim \_\_\_\_ não \_\_\_\_

Já teve sua primeira relação sexual?

Sim \_\_\_\_ Com que idade foi? \_\_\_\_ anos. Não \_\_\_\_

O que motivou você a iniciar sua vida sexual?

Por curiosidade \_\_\_\_

Pelo relacionamento \_\_\_\_

Para prender o namorado \_\_\_\_

Ter filhos \_\_\_\_

Ter mais experiência \_\_\_\_

Para ter prazer \_\_\_\_

Para se sentir mais adulto \_\_\_\_

Por outra causa? Qual? \_\_\_\_\_

Não se aplica \_\_\_\_

**Costuma usar algum método anticoncepcivo?**

Dispositivos intrauterinos \_\_\_\_ Preservativo \_\_\_\_ Pílula \_\_\_\_ Injetáveis \_\_\_\_ Método do ritmo \_\_\_\_ Coito interrupto \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_.

Usa sempre \_\_\_\_

Usa as vezes \_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

Não se aplica \_\_\_\_

**Qual é a importância do uso do preservativo?**

Previne gravidez \_\_\_\_ Previne DST \_\_\_\_ Previne Gravidez/DST \_\_\_\_ Não sei \_\_\_\_

**Tem parceiro estável?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_.

**Com que idade você teve a sua primeira menstruação?** \_\_\_\_ anos.

**Já engravidou alguma vez?**

Sim \_\_\_\_ Quantas vezes \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_

**Abortou alguma vez?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Antecedentes Patológicos Pessoais (Doenças que sofre):**

Hipertensão Arterial: \_\_\_\_.

Cardiopatias: \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Diabetes Mellitus: Tipo 1 \_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_

Asma Bronquial: \_\_\_\_.

Enfermdad Tiroidea: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Dislipoproteinemia: \_\_\_\_.

Obesidad: \_\_\_\_.

Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_.

Hábitos Tóxicos: Tabaco: \_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_ Café: \_\_\_\_ Droga \_\_\_\_

**Já apresentou violência intrafamiliar?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Alguém na sua família usa drogas ou consome álcool?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Você consome droga?** Sim \_\_\_\_ Qual \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Você sofreu algum abuso ou assedio sexual?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_