



ARIANNA GARCIA JIMENEZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE
GESTANTES NA UNIDADE DE SAÚDE VILA PRINCESA, EM PELOTAS - RS**

**PELOTAS - RS
2018**



ARIANNA GARCIA JIMENEZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE
GESTANTES NA UNIDADE DE SAÚDE VILA PRINCESA, EM PELOTAS - RS**

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): Ivone Andreatta Menegolla.

**PELOTAS - RS
2018**

RESUMO

Me chamo Arianna Garcia Jimenez, e sou formada em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas José Assef Yara, em Cuba, pois sempre morei lá, sou cubana e trabalho pelo Programa Mais Médicos aqui no Brasil. Por meio do PMM, fui exercer a medicina na atenção básica em saúde da família, na Unidade Básica Vila Princesa, no município Pelotas, RS. Em nossa área de trabalho temos uma população de 2900 habitantes, mais dos 45% da população e predominantemente idosa, onde se mistura uma população de medianos e baixos recursos econômicos, a maioria de baixa renda e de casas em deficientes condições de construção ademais das ruas não se encontrar com pavimentação pelo que as chuvas que aqui são muito frequentes, ocasionam estancamentos de água e, por conseguinte aparição de doenças transmissíveis. Considerando a alta responsabilidade que tem os profissionais da saúde e os gestores na realização de ações de saúde que visem o controle de esse problema de saúde de nossa área, a equipe de Saúde da Família propõe elaborar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o risco da gravidez em adolescentes sexualmente ativas na UBS de Vila Princesa no Bairro de Três Vendas. Com a intervenção melhorará os níveis de incidência da gravidez na adolescência, mediante as ações que deve realizar a equipe de saúde e a comunidade em conjunto.

Descritores: Atenção Primária, Educação em Saúde, Gestante, Promoção da saúde, Saúde da Mulher.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	13
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	19
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	23
REFERENCIAS	25
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	27

1. INTRODUÇÃO

Me chamo Arianna Garcia Jimenez, e sou formada em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas José Assef Yara, em Cuba, pois sempre morei lá, sou cubana e trabalho pelo Programa Mais Médicos aqui no Brasil. Sempre tive muito apreço pela medicina, pois é uma profissão que lida com vidas e proporciona as pessoas, segurança e mais do que isso, a esperança em momentos de aflição, de vida ou morte.

Estudei medicina na Faculdade de Ciências Médicas Jose Assef Yara, na cidade de Ciego de Avila, uma cidade cubana, situada na região central do país, capital da província homônima. A cidade está localizada a cerca de 460 km leste de Havana e 110 km oeste de Camagüey. Foi muito boa essa aprendizagem, eu pegue a carreira universitária pelo pré-universitário, tinha que fazer 4 provas de espanhol, matemática, história e biologia que era a mais importante. Posteriormente, os dois primeiros anos foi na área básica e depois comecei a área clínica, no terceiro ano de carreira.

Na faculdade aprendi muitas coisas, me dediquei bastante aos estudos, como já morava lá, não tive muita dificuldade como os brasileiros que apresentam relacionadas ao idioma. Ao final do curso de medicina, pude participar do Programa Mais Médicos (PMM), que segundo o Ministério da Saúde (2017), é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio do PMM, fui exercer a medicina na atenção básica em saúde da família, na Unidade Básica Vila Princesa, no município Pelotas, RS, que segundo o IBGE (2017), possui uma população estimada em 343.651 habitantes e é a terceira cidade mais populosa do estado. Está localizado às margens do Canal São Gonçalo que liga as Lagoas dos Patos e Mirim, as maiores do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, no extremo sul do Brasil, ocupando uma área de 1 609 km² e com cerca de 92% da população total residindo na zona urbana do município. Pelotas está localizada a 261 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado.

A Unidade Básica de Saúde Vila Princesa encontra-se localizada no Bairro três vendas, no município Pelotas, em zona urbana e o território de abrangência da UBS está dividido em duas áreas de saúde, sendo que trabalho na área 02.

Figura 1 – Unidade de Saúde Vila Princesa



Fonte: Autoria própria

Em nossa área de trabalho temos uma população de 2900 habitantes, mais dos 45% da população e predominantemente idosa, onde se mistura uma população de medianos e baixos recursos econômicos, a maioria de baixa renda e de casas em deficientes condições de construção ademais das ruas não se encontrar com pavimentação pelo que as chuvas que aqui são muito frequentes, ocasionam estancamentos de água e, por conseguinte aparição de doenças transmissíveis.

O movimento de moradores na rua quando mais tem é no horário da manhã, quando as pessoas levam as crianças na escola na Avenida principal e quando saem para trabalhar, onde a maioria faz no centro da cidade. Os moradores referem que morar na Vila Princesa é bem tranquilo e que gostam muito porque ali tem seus costumes.

As doenças prevalentes do território são Dislipidemia, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e gravidez na adolescência. As informações sobre as patologias são coletadas pelos agentes comunitários de saúde que moram na área, pelas visitas domiciliares que fazemos aos pacientes, pela comunicação que temos com os representantes do Conselho Local, assim como a boa comunicação que temos com os usuários dessa comunidade. Os elevados índices de incidência da gravidez na adolescência diagnosticados na comunidade, levaram a realização do Projeto de

Intervenção (em anexo), como justificativa pelo desenvolvimento de novas estratégias de saúde que permitam diminuir a alta incidência apresentada.

A partir da discussão da Análise Situacional realizado na unidade básica de saúde, consideramos que é necessário realizar uma maior divulgação e controle das atividades dirigidas ao planejamento de todas as ações dirigidas a lograr a diminuição da gravidez na adolescência, entre as mulheres de 10-19 anos.

Considerando a alta responsabilidade que tem os profissionais da saúde e os gestores na realização de ações de saúde que visem o controle de esse problema de saúde de nossa área, a equipe de Saúde da Família propõe elaborar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o risco da gravidez em adolescentes sexualmente ativas na UBS de Vila Princesa no Bairro de Três Vendas. Com a intervenção melhorará os níveis de incidência da gravidez na adolescência, mediante as ações que deve realizar a equipe de saúde e a comunidade em conjunto.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Como foi mencionado na introdução desse portfólio, eu atuo como médica de saúde da família na UBS Vila Princesa, em Pelotas, RS. Além da gravidez na adolescência, outro problema de saúde atinge índices alarmantes na comunidade, que é a Hipertensão Arterial, levando a consequências severas como a ocorrência de problemas cardiovasculares ou cerebrovasculares, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Gagliardi (2009), afirma que o principal fator de risco para o AVC é a hipertensão arterial, que, quando devidamente controlada, reduz significativamente as taxas de incidência dessa terrível doença. Apesar de todo avanço que se tem conseguido nos últimos anos referente ao tratamento do AVC, a sua prevenção é prioritária e, neste aspecto, o controle da pressão arterial (PA) tem papel eminente.

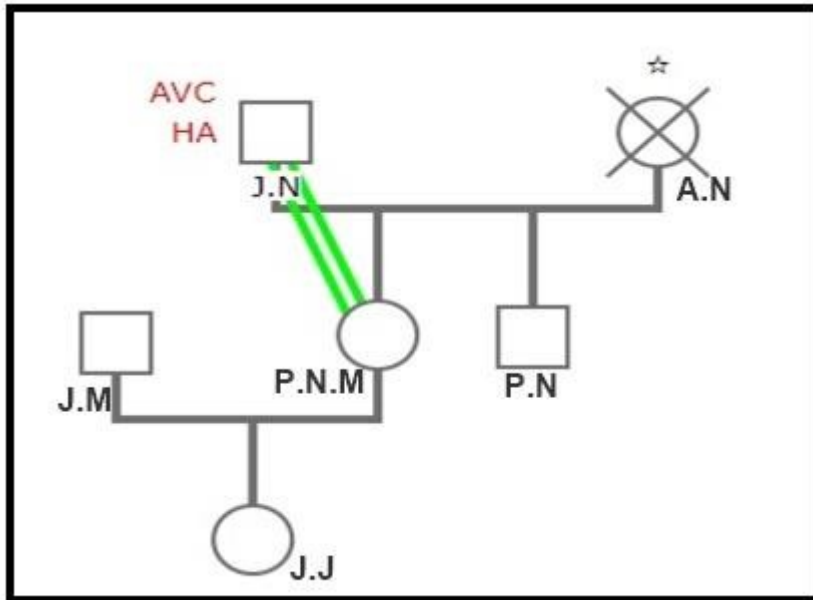
O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular (ROLIM; MARTINS, 2011).

Porém, sabemos que o controle da hipertensão arterial pode ser algo muito relativo entre os pacientes, nos quais uns apresentam mais dificuldades do que outros, assim é de suma importância trazer em estudo, um caso clínico abordado na UBS Vila Princesa, sobre AVC e Hipertensão arterial, com o objetivo de ampliar os conhecimentos na saúde da família.

Apresentação do Caso: Paciente J. N, 74 anos com antecedentes patológicos de Hipertensão Arterial Sistêmica com uso de losartana potássica (50 mg) de 12 em 12 horas. Recebeu alta hospitalar depois de uma semana internado no Hospital municipal, com o diagnóstico de AVC Isquêmico. Como sequela apresenta hemiplegia direita com dificuldade para a locomoção. A filha do paciente informa o ACS da situação de seu pai e que precisa uma visita domiciliar da equipe. Afirmou também que o pai mora com ela, pois é viúvo e apesar de ter outro filho, o mesmo não tem afinidade com ele. Seu J. N é expressivo, as vezes irritado, outras vezes calmo. Sua filha diz que está assim depois do AVC.

Para melhor compreensão do ambiente em que vive e das associações familiares, foi realizado o genograma familiar:

Figura 2 – Genograma J.N



Fonte: próprio autor

Ao entrevistar o paciente, o mesmo respondeu ao interrogatório com fala disártrica, orientado em tempo, espaço e pessoa.

História de doença anterior (HDA): o paciente foi rastreado como suspeito de ser hipertenso durante a visita do agente comunitário de saúde, pois relatou na conversa, sentir dor na “nuca” e dor no peito, embora fosse completamente assintomático, foi agendado para uma consulta.

Antecedentes pessoais: Não possui vícios. Relata que antes do AVC não seguia a indicação medicamentosa com sucesso.

Antecedentes familiares: possui mãe com antecedentes de hipertensão, a qual foi vítima de AVC, falecida há 15 anos.

Exames solicitados: Exames realizados depois do internamento no hospital solicitados pelo médico do hospital. Hemoglobina 13.70 g/dl. Leucograma 4.100/mm³. Plaquetas morfo e numericamente normais. Glicosa 80 mg/dl. Ureia 37,00 mg/dl. Creatinina 0.75 mg/dl. TGO 17 U/l. TGP 19 U/l. Colesterol 198 mg/dl. Triglicerídeos 66 mg/dl. Potássio 4.4 mEq/L; Angiografia Magnética do Encéfalo: exibindo restrição à difusão na região núcleo-capsular esquerda sugerindo alteração isquêmica; Realizou-se exame físico geral, e por sistema, apresentando cifras de PA:

130/80mmhg.

Exame neurológico Equilíbrio e face: assimetria do facial inferior, comissura labial do lado direito é mais baixa. Equilíbrio apresenta a característica de atitude da hemiplegia, queda do ombro do lado direito, o braço direito fica paralelo ao tronco, membro inferior direito em extensão com rotação externa no pé. A atitude de pé, o ato de sentar-se, o ato de se levantar estão prejudicados, precisando apoio para realizá-los. Marcha deambula com dificuldade precisando apoio para a locomoção; Membro superior direito apresenta impotência completa, sendo o doente incapaz de modificar ativamente a posição deste membro; Membro inferior direito apresenta paralisia menos acentuada o paciente pode executar movimentos limitados; Diminuição da força muscular nos membros superior e inferior direitos;

Elaboração do Projeto Singular Terapêutico

Problemas: Hipertensão Arterial Sistêmica; Hemiplegia direita como consequência de AVC Isquêmico e; Disartria.

Metas:

- Dieta balanceada com diminuição do sal (ou eliminação) com preferências a frutas e vegetais;
- Evitar consumo excessivo de café e Sal;
- Orientar família para ajudar na administração das medicações para o paciente;
- Cumprimento do tratamento farmacológico por meio da conscientização a importância de uma adequada adesão ao tratamento;
- Informar a família sobre a importância de apoiar ao paciente em sua recuperação e reabilitação;
- Encaminhar ao paciente ao neurologista para acompanhamento e consulta de retorno;
- Planejar uma visita domiciliar com a psicóloga do NASF.
- Realizar visita domiciliar durante a primeira semana diária para avaliar condição clínica e evolução, responsáveis: ACS e enfermeiro e médica e; Na segunda semana visita domiciliar três dias da semana e logo uma vez por semana até um mês de evolução;

- Nova prescrição: Losartana 50mg 1 cp 12/12hs, Nimodipino 30mg 1 cp 12/12hs, AAS 100mg 1 cp almoço, Enalapril 10mg 1 cp manhã; Sinvastatina 40mg 1 cp noite.

Divisão de responsabilidades: A divisão de responsabilidades da equipe de saúde que atenderá o paciente:

- Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares;
- Enfermeira: acolhimento com visitas domiciliares; Marcação de consultas e encaminhamentos; Interação com reuniões e familiares.
- Médico: Atenderá através da consulta e fornecerá orientações quando necessário. Fará encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.

Avaliação

Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas (duas vezes ao mês) para avaliação das metas planejadas.

Consulta de retorno – Mudanças de conduta

Após 15 dias, na consulta de retorno, na casa do paciente foi possível observar que a situação de saúde do paciente segue sem alterações e sua filha afirma que o pai está seguindo corretamente as metas propostas no primeiro atendimento. Está tomando as devidas medicações nos horários certos.

Durante o atendimento, resolvi mudar a conduta, encaminhando o paciente para um fonoaudiólogo e um fisioterapeuta, que serão indicados pelo NASF para atender o paciente em algumas sessões em sua residência.

Essa intervenção é mencionada por Brito et al (2013), em um estudo sobre Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos para o Acidente Vascular Cerebral, no qual afirma que a fisioterapia e a fonoaudiologia é amplamente usada no processo de reabilitação dos indivíduos acometidos por AVC, tendo como objetivos melhorar a mobilidade funcional, a força muscular, o equilíbrio e qualidade de vida dos pacientes. Como mudança de conduta, ofereci também uma educação em saúde aos familiares

para explicar como lidar com o senhor J. N e melhorar sua qualidade de vida.

Segundo Rangel, Belasco e Diccini (2013), os pacientes com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida. O acidente vascular cerebral é um evento súbito e acomete o indivíduo e a família que, em geral, não têm preparo para lidar com as sequelas.

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

Como vimos no tópico anterior do estudo de caso clínico, a Hipertensão arterial quando não controlada, aumenta as chances de gerar complicações graves, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim a Unidade Vila Princesa efetua um trabalho intenso com a promoção em saúde com hipertensos, através do grupo Hiperdia, que trabalha com hipertensos e diabéticos com o objetivo de melhorar a adesão medicamentosa e o acompanhamento com estes usuários.

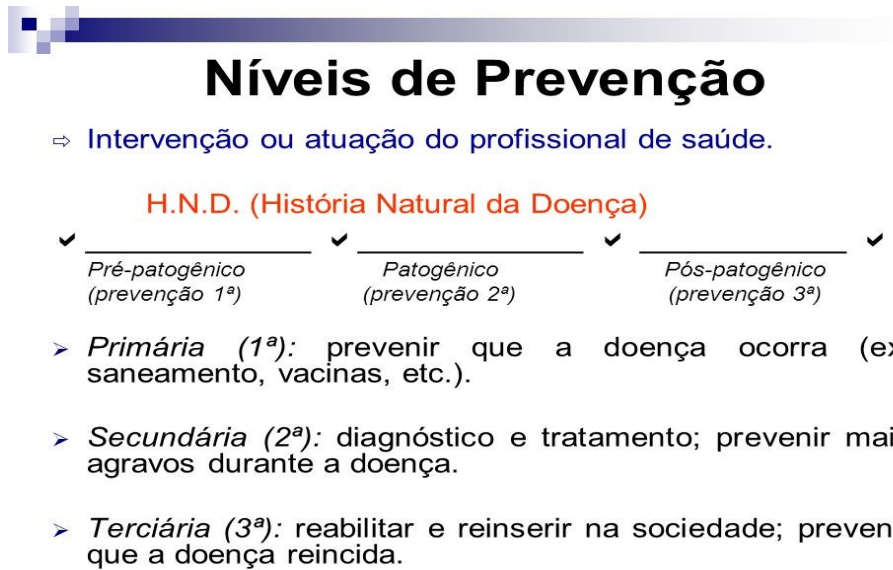
Mas o foco desse tópico de promoção da saúde está voltado para o pré-natal e puerpério, pois antes de minha chegada a UBS Vila Princesa, já existia o trabalho com atendimento em consultas de pré-natal, mas não existia o grupo de gestantes implantado, apenas existia a ideia da outra gestão que passou por lá. Existia apenas as consultas de acompanhamento do pré-natal, nas quais eram oferecidas orientações, porém muito superficialmente devido ao pouco tempo de atendimento.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE GESTANTES

A promoção da saúde e a prevenção são muito importantes para concretizar e nortear o atendimento em saúde da família, mas é preciso saber diferenciá-las. Assim, para Dermazo (2018): Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macrodeterminantes do PSa, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde (DERMAZO, 2008, p. 06).

Dessa forma, a prevenção em saúde pode ser conceituada como medidas que evitam uma doença ou um agravo a saúde ou condição já existente. A prevenção é realizada em quatro níveis:

Figura 03 – Níveis de prevenção em saúde



Fonte: LEAVELL, S; CLARCK, 1976.

Portanto, na UBS Vila Princesa, executamos a prevenção primária como forma de promoção da saúde, pois realizamos ações para evitar que a doença ocorra, ações em grupos de risco, em escolas, na sala de espera.

Em relação a promoção no pré-natal realiza-se o acompanhamento nas consultas de pré-natal, grupo de gestantes com vários temas abordando a gestação e o puerpério. O grupo de gestantes é realizado uma vez na semana, onde temos o total de 15 gestantes atualmente, acontecendo orientações também na sala de espera.

Mas antes de concretizar o grupo de gestantes, foi preciso elaborar um Planejamento e capacitar a equipe para atender a essa demanda. Conforme o desenvolvimento do grupo de educação em saúde, foi elaborado um quadro de operações com o nó crítico do problema:

Quadro 1 - Operações sobre o nó crítico - Unidade Básica de Saúde Vila Princesa, município de Pelotas, RS.

Nó crítico	Não existência do grupo de gestantes
Operação	Implantação do grupo de gestantes na UBS Vila Princesa
Projeto	Grupo Gestante Saudável
Resultados esperados	Compreensão e esclarecimento de dúvidas sobre a gestação e puerpério pelas gestantes em 50%. Melhor acompanhamento e acolhimento das gestantes pela Unidade de Saúde em 100%.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados ao pré-natal e puerpério.
Atores sociais/ responsabilidades	Gestores municipais e da Unidade Básica da Saúde.
Recursos críticos	Adesão da população
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria da Saúde. Viabilidade: Possível, com a interação.
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Equipe de Saúde.
Cronograma / Prazo	Quinzenal

Gestão, acompanhamento e avaliação.	Seguimento e controle sistemático por intermédio de consultas programadas.
--	--

Fonte: Próprio autor.

AÇÕES PROGRAMADAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. O objetivo das linhas de cuidado da criança é reduzir a mortalidade materna e neonatal e dar continuidade ao desenvolvimento e crescimento infantil (BRASIL, 2010).

Quadro 2 – Ações programadas - Unidade Básica de Saúde Vila Princesa, município de Pelotas, RS.

Nó crítico da intervenção: Não existência do grupo de gestantes

-Primeira ação: Capacitação sobre acompanhamento e desenvolvimento infantil, bem como acompanhamento no pré-natal e puerpério para toda a equipe de saúde da família da Unidade, no período de três semanas;

-Segunda ação: Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar as gestantes a participarem das rodas de conversa/grupo, no período de um mês;

-Terceira ação: Planejamento das ações educativas com a escolha dos temas a serem debatidos pelo grupo, no período de um mês;

-Quarta ação: Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de rodas de conversa com as gestantes;

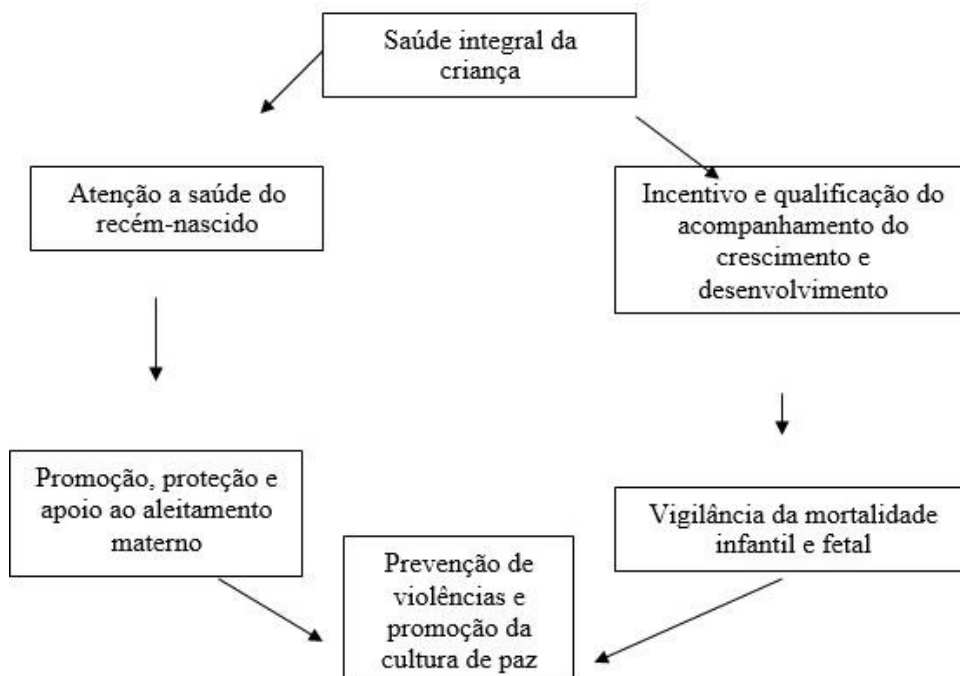
Fonte: Próprio autor.

Em uma busca na literatura, há uma recomendação do Ministério da Saúde (2010) e do núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (2017), para a formação de grupos de gestante, pois são importantes estratégias para trabalhar com a promoção da saúde e educação em saúde no pré-natal e puerpério.

Segundo o núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (2017), as reuniões devem acontecer em forma de “roda de conversa”, onde o coordenador do grupo tenha a função de complementar os conhecimentos já próprios daquela população, indicando o que é mais correto. Não é aconselhável que sejam realizadas reuniões de grupos em forma de palestra, o ideal é deixá-las falar sobre suas dúvidas e seus medos durante a gravidez e mesmo após ela.

O Ministério da Saúde (2010), complementa para essa prática que as ações de atenção a saúde da criança são necessárias em todas as Unidades de Saúde da Família, pois visam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da saúde integral da criança, conforme figura abaixo:

Figura 04 – Assistência à saúde da criança



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

De acordo com Pinto et al, (2009), a assistência à criança depende muito da

motivação do médico e da equipe multiprofissional, pois estes irão conviver com a família para sensibilizá-la ao cuidado com a criança, passando confiança e respeito durante este processo.

A literatura mostra ainda que as ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos. As atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo. Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar (AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010).

Portanto, ao implementar o grupo de gestantes e trabalhar com elas há mais de um ano, pude observar uma grande melhoria e ampliação de conhecimentos sobre a saúde da criança e da puérpera, pois os temas debatidos nas rodas de conversa em grupo serviram para esclarecer e preparar a gestante para essa nova fase de sua vida, com o apoio dos protocolos de saúde e o desempenho da equipe, que contribuíram para elevar a qualidade de vida das gestantes atendidas pela UBS Vila Princesa.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

O dia-a-dia no trabalho como médica da Unidade Vila Princesa, me propicia momentos incomparáveis e um grande aprendizado, que junto aos conhecimentos absorvidos ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família, colabora ainda mais para enriquecer minhas práticas diárias.

Como mencionado na introdução deste portfólio, a UBS conta com toda a equipe de saúde para realizar um trabalho confiável, trabalhando diretamente na comunidade do bairro e prestando serviços de saúde de qualidade, pois como visto anteriormente, trabalhamos a promoção da saúde a prevenção de doenças de modo geral.

Uma forma de manter a comunidade ligada à UBS é promover as visitas domiciliares de caráter preventivo, trabalhando a educação em saúde, como na atividade 3 do portfólio, curador e de acompanhamento, assim como a atividade 2 do caso clínico, onde os profissionais da saúde planejam, estabelecem um plano de cuidados aos pacientes e agendam as visitas conforme a necessidade de cada caso atendido.

Assim, a importância da visita domiciliar de fato é evidenciada por casos como este, onde o paciente apresenta grande melhora quando é acompanhado mais detalhadamente pela equipe.

Diante do exposto na introdução, meu projeto de intervenção trata da educação em saúde na gravidez na adolescência e aproveitando este tema, atendi a um caso de gravidez na adolescência no campo da visita domiciliar e irei retratar neste tópico.

CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA VISITA DOMICILIAR

O conceito e visita domiciliar é utilizado pelos próprios profissionais da equipe de saúde como sendo o momento de troca de informações entre paciente e profissional, no conforto do seu domicílio. Assim, muitos autores também tratam da visita domiciliar como sendo uma técnica: “Uma técnica social, de natureza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhecê-la, descrevê-la, compreendê-la ou explicá-la (...) tem por lócus o meio social, especialmente o lugar social mais privativo e que diz respeito ao território social do

sujeito: a casa ou local de domicílio (que pode ser uma instituição social)” (AMARO, 2014, pág.19).

Rodrigues, Rocha e Pedrosa (2014), concordam com a definição de Amaro, onde afirmam entender a visita domiciliar como:

“Uma grande possibilidade de atendimento domiciliário junto às famílias, que favorece a avaliação das demandas desses clientes, bem como do ambiente em que vivem. Momento de promoção da saúde, surge como uma oportunidade de estabelecimento de um plano assistencial voltado à recuperação e ao autocuidado” (RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011, pág.45).

Portanto, a visita domiciliar é vista como algo de muito valor quando se trata de coletar informações sobre o estado de saúde e doença do usuário, pois permite frequentar e conhecer sua casa, os fatores que podem influenciar na sua saúde, sua família, suas condições financeiras e sociais, sua cultura e religião.

Assim, o profissional de saúde fica apto a registrar essas informações, colaborando para complementar o trabalho dos outros profissionais que acompanham o tratamento do paciente, ou ainda, apresentam sucesso por serem informações que tem mais haver com a realidade do cotidiano de cada usuário.

A VISITA DOMICILIAR NA UBS VILA PRINCESA

A visita domiciliar é na Unidade Vila Princesa primeiramente é indicada na reunião da equipe, quando há determinadas situações onde o paciente não consegue comparecer a UBS ou quando o ACS indica a visita. Os casos são discutidos pela equipe e a visita é programada.

As visitas são marcadas semanalmente pelos agentes de saúde, a enfermeira ou médico, e são discutidos nas reuniões de equipe aqueles casos de cuidado contínuo como pacientes em estágio terminal de neoplasias, pacientes em uso de oxigênio, pacientes muito debilitados e outros.

Segundo Coelho e Savassi (2004), os objetivos da visita são de promoção da saúde e de ações preventivas:

- Visita à puérpera;
- Busca de recém-nascido;
- Busca ativa de doenças infectocontagiosas ou marcador;
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento. E de realizar ações terapêuticas:
- Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;
- Pacientes idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Pacientes com problema de saúde que dificulte sua locomoção até a Unidade.

Diante dos atendimentos domiciliares, a equipe da Unidade Vila Princesa traçou um roteiro da visita a ser seguido de acordo com o Ministério da Saúde em seu caderno de atenção domiciliar (2013):

- Abordagem individual;
- Abordagem familiar;
- Condições sanitárias de habitação;
- Renda familiar;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Recursos da comunidade;
- Procedimentos a serem realizados;
- Avaliação da visita;
- Data da próxima visita.

Na nossa unidade algumas das causas de visitas domiciliares são: visita à puérpera e recém-nascido; busca ativa de doenças infectocontagiosas ou marcador; abordagem familiar para diagnóstico e tratamento; paciente portador de doença crônica que apresente dependência física; pacientes idosos com dificuldade de locomoção, acamados ou morando sozinhos; pacientes com problema de saúde que dificulte sua locomoção até a UBS. Gestantes faltosas a consulta na UBS; egressos do hospital; crianças com vulnerabilidade social; pacientes usuários de drogas; doenças mentais; pacientes com pouca a não adesão aos tratamentos contínuos,

outras situações discutidas com a equipe (BRASIL, 2013).

CASO DE VISITA NA UBS VILA PRINCESA

Na comunidade onde eu trabalho, temos vários casos de pacientes que estão sendo visitados pela equipe de saúde periodicamente, mas tem uma paciente que chamou minha atenção nas visitas domiciliares, devido a problemática do Projeto de Intervenção (em anexo), sobre a gravidez na adolescência devido ao não uso de métodos contraceptivos e a falta de percepção sobre o planejamento familiar.

Foi realizada uma visita domiciliar no dia 16 de março de 2018, na casa da senhora Josefa (nome fictício), de 53 anos, a qual é paciente hipertensa acompanhada pela unidade de saúde. A visita foi requisitada pois dona Josefa a um bom tempo não comparecia na Unidade para aferir a PA e para realizar a consulta. Josefa apresentou PA: 130x80mmHg, controlada, pois está em uso de Captopril 25mg e hidroclorotiazida 25mg. Afirmou que está tomando os medicamentos corretamente e seguindo a dieta e orientações fornecidas na última consulta na Unidade.

Ela relatou que estava impossibilitada de comparecer a UBS porque estava tendo problemas com a filha mais nova, A.M de 14 anos, pois a mesma foi morar na casa do namorado após descobrir que estava grávida. A mãe relatou que não sabe como lidar com a situação, e pelo menos conseguiu com que A.M viesse passar uns dias na casa dela.

Dessa forma, vi a necessidade de atender durante a visita a adolescente grávida, pois não compareceu a UBS para iniciar o pré-natal. Foi orientada a comparecer e marcado consulta para a próxima semana. Foi convidada a participar do grupo de gestantes.

Ao exame físico, a adolescente se encontra em bom estado geral, relatou que não houve sangramento vaginal, apenas começou a sentir enjoos frequentes. Foram solicitados exame de sangue para descartar a presença de algumas doenças como AIDS, sífilis, toxoplasmose e ainda verificar a quantificação do HCG e dos níveis de progesterona. Nesse exame também são verificados os níveis de ferro, fator RH e glicemia. A adolescente ficou entusiasmada em participar do grupo e afirmou que iria comparecer nas consultas de pré-natal. Diante disso, a importância na visita é clara, quando o cuidado no domicílio naturalmente provoca uma mudança nos hábitos do paciente e melhora na sua condição, uma vez que a pessoa cuidada demanda

diversidades de olhares e necessita de múltiplos serviços.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao participar desse curso de especialização em saúde da família pude essencialmente mesclar as teorias recebidas com as aulas virtuais e agregar as práticas de médico da família na Unidade Vila Princesa, pois a população atendida necessita de intervenções eficazes, principalmente no campo da educação em saúde, o que foi muito abordado ao longo do curso.

Com a aprendizagem apresentada pelo Eixo I, de saúde coletiva, pude aprender muita coisa relacionada as práticas na ESF, aos atributos da APS, a territorialização, que é muito importante para conhecer o território que a ESF atende, as demandas espontâneas e planejar em cima de cada indicador de saúde, estratégias necessárias para melhorar a qualidade de vida da população.

Nas disciplinas de saúde baseada em evidencia, pude aprender a como lidar com a dúvida clínica. Com o SOAP, desenvolvi melhor minhas práticas de relatórios médicos, diante de cada caso na população. Os processos de trabalho em equipe foram essenciais para saber como lidar com a equipe e a dinâmica em grupo, principalmente durante os grupos de gestantes e orientações em saúde fornecidas na unidade. No Eixo II, dos casos complexos, aprendi a elaborar um planejamento de atendimento para cada caso e trabalhar também com o acolhimento da população, com suas crenças e histórias de vida, que são pouco consideradas na realidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família.

Na elaboração desse portfólio, para o TCC, as teorias complementaram mais uma vez a prática, pois realizei um estudo de caso na própria ESF, a visita domiciliar eu implementei com acolhimento a família, a promoção da saúde mais uma vez muito usada na educação em saúde com a comunidade. A ferramenta do portfólio contribuiu para melhorar meu conhecimento relacionado à escrita sobre situações problema, que são necessárias para desenvolver a linha tênue entre a teoria e a prática, pois com o estudo de caso clínico, a promoção da saúde e a visita domiciliar, pude conhecer melhor situações vivenciadas na UBS que não conhecia antes e propor soluções para

elas. Portanto, a realização desse curso foi de grande valia na minha formação, que irei levar para meu crescimento enquanto pessoa e profissional de saúde, junto as práticas a equipe de saúde da família.

REFERENCIAS

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: teoria e prática**. 1ª ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

AMARAL, Eliana M.; SOUSA, Francisco L. P. de; CECATTI, José G. Secretaria da saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS** – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**. 2010.

Disponível
em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865>. Acesso em 07 de março de 2018.

BRASIL. BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Como estruturar um grupo de gestantes?** Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/como-estruturar-um-grupo-de-gestantes/>>. Acesso em 07 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. 2017. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>> . Acesso em 01 de novembro de 2017.

BRITO, R. et al. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**; 21(4):593-599, 2013.

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 19-26, nov. 2004.

GAGLIARDI, Rubens José. Hipertensão arterial e AVC. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades. **Pelotas**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=431440&lang=>>>. Acesso em 5 de novembro de 2017.

LEAVELL, S; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

PINTO, Márcia Carla Morete, et al. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Einstein**, v.7:18-23, 2009.

RANGEL, E; BELASCO, A; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm**. 26(2):205-12, 2013.

RODRIGUES, T. M; ROCHA, S. S; PEDROSA, J. I. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago- Set. 2011.

ROLIM, C; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(11):2106-2116, nov, 2011.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

RESUMO

A ocorrência de uma gravidez não planejada pode desestabilizar a vida dos jovens, a gravidez na adolescência é um de os principais problemas de saúde na atualidade em nossa área de trabalho, o qual tem implicações psicológicas e biológicas na população desta idade já que a adolescente ainda não ta preparada para assumir a responsabilidade de ser mãe, tem também implicações econômicas, só tudo nas famílias com baixos ingressos assim como sociais porque as maiorias das mulheres que tem filhos nesta idade abandonam os estudos e não tem fonte de trabalho depois. Além de tudo isso, o embaraço na adolescência pode trazer grandes complicações tanto para a mãe como para o feto. Neste trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional por estimativa rápida para obtenção da informação e seleção dos problemas principais de nossa comunidade e a priorização destes assim como a seleção dos nós críticos em a mesma, para alcançar os objetivos propostos que é: Ações de Prevenções para a Diminuição da Gravidez na Adolescência na Unidade Básica de Saúde de Vila Princesa.

Palavras Chaves: Gravidez na Adolescência, Promoção de saúde, Adolescente.

ABSTRACT

The occurrence of an unplanned pregnancy can destabilize the lives of young people, teenage pregnancy is one of the main health problems today in our desktop, which has Psychological and biological implications in population this age since the adolescent's not ready to take the responsibility of being a mom, also has economic implications , all in families with low social tickets as well as because the majority of women who have children at this age drop out of school and has no source of work later. In addition to all this, the embarrassment in adolescence can bring great complications for both the mother and the fetus. In this work, we used the Situational strategic planning for rapid assessment for obtaining information and selection of the main problems of our community and the prioritization of these as well as the selection of nodes in the same critics, to achieve the objectives proposed that is: Prevention actions for Diminution the teenager pregnancy on the UBS, Vila Princesa.

Key words: Pregnancy in adolescence, health promotion, teenager.

1. INTRODUÇÃO

A palavra adolescente deriva-se do verbo latim *adolescere* e a sua tradução correta é “em crescimento”, o qual indica que fica numa época onde é mais notória a transição de menino a adultos pelas múltiplas mudanças que sofre o corpo (MAGNELLI, 2001).

Á adolescência é uma das etapas más importantes do ciclo vital, tempo de formação, estudo, recreação e crescimento pessoal (BRASIL, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como adolescência ao período da vida no qual o indivíduo adquire a capacidade reprodutiva, e transita dos padrões psicológicos da idade de criança á adultos e consolida a independência sócio – económica” e fixa seus limites entre os 10 e os 20 anos. Em muitos países, os adolescentes chegam a representar do 20 ao 25% de sua população (ISSLER, 2001).

A atividade sexual dos adolescentes vai aumentando em todo o mundo, sendo cada vez mais precoce, incrementando a incidência de partos em mulheres menores de 20 anos. No ano 1998 se observou que 2.415.355 jovens iniciaram relações sexuais, o que representa um 60% do total deles. Ao adicionar ao resultado geral da iniciação sexual infantil, o grupo de jovens que começarem sua experiência sexual entre os 15 e os 19 anos, se conclui que mais de 90% (93.7% / 2.262.091) dos jovens tem tido relações sexuais, o tem feito antes de cumprir os 20 anos (OIT, 1988; MOLINA, 2006).

A gravidez na adolescência tem se convertido num problema de saúde pública importante, devido a que basicamente são as condições socioculturais as que têm determinado um aumento considerável na sua prevalência, acontecendo com maior frequência em setores socioeconômicos mais carentes, além de que se apresenta em todos os estratos econômicos da sociedade (DIAZ; SANHUEZA; YAKSIC, 2002).

Denomina-se gravidez em adolescentes a acontece durante a adolescência numa mãe, definida esta última pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o lapso de vida transcorrido entre os 10 e 19 anos de idade. Também é frequente designar como gravidez precoce, na atenção a que se apresenta antes que a mãe tenha a suficiente maturação emocional para assumir a complexa tarefa da maternidade (MOLINA, 2006). A atitude de uma adolescente grávida frente à maternidade e a criação do seu filho estará muito influenciada pela etapa da vida pela

que transita. Na adolescência cedo, com menos de 14 anos, o impacto da grávida se adiciona ao desenvolvimento púbere e se preocupam mais por suas necessidades pessoais e não pensam na gravidez como um fato que as transformará em mães. Na adolescência média, entre os 14 e 16 anos frequentemente oscilam entre a euforia e a depressão, adaptando atitude de autocuidado da sua saúde e a de seu filho. Na adolescência tardia, logo dos 18 anos é frequente que a gravidez seja o elemento que faltou para consolidar sua identidade e formalizar um casal jogando, muitas delas, o papel da mãe jovem.

Durante este período irá ocorrer rapidamente no humano, mudanças muito acentuadas: as físicas e as psicológicas. Entre os mais significativos destas mudanças é o início da menstruação nas meninas, que é chamada menarca e a primeira ejaculação do sêmen com espermatozoides em homens que podem fertilizar, chamada semenarca ou espermarca (OIT, 1988).

A gravidez na adolescência na maior parte do mundo é o resultado direto da condição inferior da mulher cujo papel na sociedade é desvalorizado. Sabemos que é característico de toda sociedade que a mulher tenha menos acesso ou exerça menos controle dos recursos de valor que o homem. Por exemplo, nos países em via de desenvolvimento geralmente a elas se nega a educação e as habilidades para competir. Assim a maternidade se apresenta como o único modo de obter um lugar na sociedade (MARTINEZ; ZAMARRENO, 2010). Por tanto muitos adolescentes de comunidades pobres e reprimidas que tem poucas oportunidades de se educar e melhorar economicamente com frequência vem à maternidade como uma forma de aumentar seu próprio valor e ter alguma coisa.

A mulher quando se casa em muitos casos e são parceiros adolescentes não podem estabelecer uma moradia independente por penúrias econômicas. E sim a jovem se mantém solteira, continua a gravidez com grandes carências e dificuldades, o grau disto depende de se encontra o apoio da sua família, geralmente vive-se um ambiente familiar e social de rechaço por não estar casado, e cria-se uma maior dependência econômica e afetiva, onde o apoio familiar condiciona-se a aceitação de circunstâncias que obstaculizam seu desenvolvimento pessoal e incrementam as razões pelas que engravidou e com isso a possibilidade de repeti-lo (CÁCERES, 1994). Vale considerar que independente da maternidade, a adolescência por si só envolve muitos desafios e mudanças, podendo tornar esse momento do ciclo de vida vulnerável, pelas adolescentes estarem mais expostas e sensíveis aos problemas

enfrentados em seu contexto social. Aspectos relacionados a problemas de saúde, às condições socioeconômicas desfavoráveis, à descontinuidade dos estudos e às dificuldades de acesso ao trabalho, podem constituir os principais fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade das adolescentes que vivenciam a maternidade (CASTILHO et al, 1992).

Todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos – número que podem aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida (GUIMARAES; MELO, 2011).

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dada às características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes) (LACAVA; BRELLI, 2013).

Pela grande incidência da gravidez na adolescência torna-se necessário realizar um projeto de intervenção na comunidade da Vila Princesa, município Pelotas Rio Grande do Sul com o objetivo de mudar o nível de conhecimento sobre conceito e as complicações relacionadas à gravidez na adolescência e elaborar um plano de ação para diminuir o número de casos.

PROBLEMA

Despertou nosso interesse o número elevado de adolescentes atendidas em consulta médica na UBS de Vila Princesa, pertencentes ao município Pelotas, estado de Rio Grande do Sul e cadastradas na equipe 0,85, na faixa etária de 10 a 19 anos que estão sendo acompanhadas no pré-natal pela equipe do posto médico.

JUSTIFICATIVA

Após da identificação dos problemas foi realizada pela equipe uma reunião para a seleção e priorização dos problemas identificados. Foi distribuído os pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema e a capacidade para seu enfrentamento por parte da equipe responsável pelo projeto; numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado seguem o método de seleção.

Obtendo como problema de saúde fundamental: Incremento da gravidez na adolescência, como o primeiro dos problemas que apresenta nossa área de saúde, encontrado nas consultas e visitas domiciliares. O desenvolvimento deste trabalho para a abordagem da gravidez na adolescência baseia-se no levantamento realizado pelos profissionais e agentes comunitários da unidade com dados obtidos, no qual demonstro que o 16,2% das gestantes de nossa área de abrangência são menores de 20 anos de idade.

Este dado corresponde-se com os índices nacionais os quais indicam que a gravidez na adolescência registrou queda de 17% no Brasil, segundo dados preliminares do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) divulgados pelo Ministério da Saúde (MS).

Os elevados índices de incidência da gravidez na adolescência justificam o desenvolvimento de novas estratégias de saúde que permitam diminuir a alta incidência que este apresenta em nossa área de saúde. A partir da discussão da Análise Situacional realizado na unidade básica de saúde, consideramos que é necessário realizar uma maior divulgação e controle das atividades dirigidas ao planejamento de todas as ações dirigidas a lograr a diminuição da gravidez na adolescência, entre as mulheres de 10-19 anos.

Considerando a alta responsabilidade que tem os profissionais da saúde e os gestores na realização de ações de saúde que visem o controle de esse problema de saúde de nossa área, a equipe de Saúde da Família propõe elaborar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o risco da gravidez em adolescentes sexualmente ativas na UBS de Vila Princesa no Barrio de Três Vendas. Com a intervenção melhorará os níveis de incidência da gravidez na adolescência, mediante as ações que deve realizar a equipe de saúde e a comunidade em conjunto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAL

Elaborar uma estratégia de intervenção educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o risco da gravidez em adolescentes sexualmente ativas.

2.2 OBJETIVOS Específicos

- Conhecer as características sócio demográficas da amostra de estudo.
- Criar um local de encontro para a discussão de temas atuais tanto sociais quanto pessoais.
- Determinar o nível de informação e conhecimento das adolescentes estudadas sobre gravidez na adolescência.
- Propor ações para diminuir o índice de gravidas adolescentes.
- Dar a conhecer a importância dos métodos anticoncepcionais para diminuir a gravidez na adolescência.
- Estimular mudanças no estilo de vida das adolescentes que participam do estudo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Ferreira (1998) define adolescência, como o período da vida humana que sucede a infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas.

De acordo com HALBE (2000) a adolescência é um período cheio de contradições caracterizado muitas vezes por atrito na família, escola e comunidade. As mudanças são bruscas, ocorrem num espaço muito curto de tempo e impulsionam as novas relações do adolescente com ele mesmo, com sua imagem corporal com o meio em que vive e com outros adolescentes.

A saída precoce da escola, da casa dos pais, pouca instrução, pouco ou nenhum apoio familiar, o uso das drogas, a idade inferior de 15 anos em a primeira gravidez; são fatores que podem provocar uma gravidez na adolescência não planejada (BRASIL 2002).

Silva (2015) considera que alguns de os fatores relacionados com a aparição de uma nova gravidez na adolescência, tem relação com o desfavorecido nível socioeconômico, o uso incorreto de métodos contraceptivos, reduzido nível escolar da mãe, o casamento assim como o desejo da primeira gravidez.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o 30 % dos habitantes de Brasil são menores de 18 anos, sendo aproximadamente 21 milhões de adolescentes (BRASIL 2011).

Entre os argumentos mais frequentemente usados para estabelecer a gravidez na adolescência, como um problema de saúde pública, estão os efeitos adversos na saúde materna ou da criança e a contribuição para a perpetuação da pobreza. A chance de evasão escolar e como consequência uma pior qualificação profissional, além da tendência a proles numerosas e outras tantas mudanças na vida criariam um ciclo de manutenção da pobreza (GAMA et al., 2001).

No Brasil as taxas de fecundidade desde a década de os 70 tenham a diminuído, a proporção de nascidos vivos, filhos de mães menores de 20 anos, a mesma não parou de crescer. Em o ano 1976, foi de 11,7%, no ano 2000 de 15,3%, em 2004 de 16 % e no ano 2012 foi de 17,6%. No Brasil, o maior índice de gravidez na adolescência encontra-se em os mais pobres estratos sociais e com menor ingresso de salário mínimo. Cerca dos 26% de adolescentes tem pelo menos um filho.

Estudos realizados demonstram que a orientação na escola é um fator de proteção à saúde sexual e reprodutiva (ANDRADE et al., 2009).

Os riscos que envolvem a gravidez na adolescência, como o baixo peso do recém-nascido e a prematuridade, são mencionados como problemas frequentes. Mas se a adolescente realizar acompanhamento pré-natal adequado durante a gravidez, do mesmo modo que a maioria das mulheres adultas, está menos sujeita a riscos de adoecimento durante a gravidez. Muitas das condições que afetam a saúde da jovem grávida tem relação com as suas condições de vida e doenças preexistentes que não foram identificadas (SOUSA, ARRUDA, 2006).

4. METODOLOGIA

Este estudo pretende dar respostas às questões que origina a partir da análise de dados secundários referentes às adolescentes grávidas atendidas pela equipe de saúde da família da área Vila Princesa do município Pelotas.

Para colaboração da proposta de intervenção, mais coincidente com a realidade das adolescentes grávidas da área de abrangência de Vila Princesa, vai ser utilizadas para levantamento de dados, o banco de dados do sistema de informação da atenção básica e as agendas de trabalho das enfermeiras e da unidade de saúde, nos meses de julho-outubro de 2017.

O SIAB é alimentado a partir da ficha A, de preenchimento do agente comunitário de saúde (ACS) atualizado mensalmente, considerando assim, o mês de julho como referência para o número de adolescentes grávidas. Nas agendas são registradas as atividades de prevenção, informação e conscientização a serem realizadas pelas equipes de saúde, avaliando o número de adolescentes presentes e faltosas.

Ressalta-se que o ACS é informante chave, pois possui uma ligação direta com a população, faz levantamento de possíveis motivos para a não adesão aos projetos de conscientização e prevenção da gravidez por parte das adolescentes. Assim, pelos dados levantados e verbalizados pelos ACS percebe-se que as prováveis causas da gravidez estão relacionadas ao fator socioeconômico e desinformação sobre os métodos anticoncepcionais. Cada agente realizou o levantamento desses dados em seu micro área. Identificando-se as adolescentes, o motivo da não adesão e o número de adolescentes grávidas.

As agentes possuem uma folha de produção e um caderno de anotações para registro de ocorrências adversas que juntamente com a agenda de trabalho do enfermeiro, da unidade de saúde e a folha de produção do médico vai ser utilizadas para o levantamento do número de adolescentes que necessitem de atendimento e procurarem pelo serviço de saúde.

A intervenção envolve as adolescentes grávidas entre 10 e 19 anos atendidas em consulta na UBS Vila Princesa, cadastradas pela equipe responsável pelo atendimento durante os meses de julho-outubro de 2017, as quais receberam uma educação em saúde. Envolve também a equipe integrada pelo médico, enfermeira,

dois auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitárias e uma assistente social.

-Cenário da intervenção

O projeto será desenvolvido na área de abrangência da equipe, localizado na área de abrangência da UBS Vila Princesa, no município Pelotas, estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Esta unidade presta atenção a duas microáreas rurais, através da atuação de duas equipes de saúde da Família. Cada uma delas formadas por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde. No posto também trabalham uma assistente social, um funcionário na recepção, uma odontologista, uma auxiliar da odontologista.

-Estratégias e ações

-Etapa 1: A equipe de saúde será capacitada para auxiliar na intervenção que ocorrerá através de uma educação em saúde.

Etapa 2: As pacientes selecionadas (público alvo) serão convocadas para participar da educação em saúde através de uma roda de conversa. Será dado a conhecer onde ocorrerá o encontro, horas, local e profissionais participantes. Também serão informadas do cronograma e os temas a serem desenvolvidos.

-Etapa 3: Serão agendadas consultas individuais que visem conscientizar as pacientes sobre a importância do controle adequado durante o pré-natal assim como aumentar os conhecimentos em quanto a diferentes aspectos da sexualidade na adolescência.

Etapa 4: Serão realizados dois encontros (roda de conversa) no período de um mês, entre 15 dias. No primeiro encontro será abordado os conhecimentos sobre a gravidez na adolescência, seus riscos, as DST, os métodos anticoncepcionais, tem as pacientes o qual será aplicado novamente no último encontro. Também participam nestas reuniões os profissionais da saúde participes da investigação. Em cada encontro será desenvolvido um tema relacionado com os itens planejados nos objetivos do trabalho, de forma variada, de acordo com o profissional selecionado para o assunto. Cada encontro durará duas horas, distribuídas da seguinte forma: meia hora de conversa acerca do acontecido durante o mês relacionado com sua gestação, uma hora de aulas para desenvolver o tema e meia hora de conversa acerca do tema

analisado, opiniões, dúvidas. Os temas a desenvolver estão relacionados com:

- Planejamento familiar - Métodos anticoncepcionais.
- Gestação na adolescência
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Sexualidade na adolescência
- Alimentação e nutrição saudável durante a gestação
- Autocuidado durante a gravidez
- Aleitamento materno e sua importância.
- Importância do pré-natal completo

Para a realização das oficinas e palestras serão necessários os seguintes recursos materiais: Datashow, quadro, notebook, lápis, folhas, cadeiras, materiais para atividades físicas (bola, cordas, etc.).

- Avaliação e monitoramento

As pacientes serão estimuladas durante os encontros a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos negativos e positivos vivenciados com a intervenção. Este aspecto será muito importante para avaliação contínua da efetividade da intervenção e será de utilidade para realizar as mudanças necessários segundo a avaliação da equipe e das pacientes participantes.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Observando os dados levantados a partir de relatos dos ACS esperamos perceber que as adolescentes encontraram dificuldades em procurar o serviço de saúde por medo, falta de orientação e dificuldades de acesso e de capacitação de profissionais. Esperamos que o registro efetivo e a humanização do atendimento consigam aumentar a procura pelo atendimento facilitando o trabalho de orientação-educação.

Esperamos elencar os principais problemas da gravidez na adolescência relatados pelas gestantes e criar um protocolo de atendimento ao adolescente e um programa de capacitação para orientação sexual assim como construir alternativas que favoreçam o acolhimento ao adolescente, tornando eficiente e eficaz o atendimento da equipe e desse jeito conseguir diminuir a incidência de gravidez nesse grupo de risco.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Jul 2017	Ago 2017	Sep 2017	Oct2017
Elaboração do projeto	X			
Aprovação do projeto	X			
Coleta dos dados	X	X	X	
Levantamento bibliográfico	X	X		
Discussão				
Revisão final e digitação				X
Socialização do trabalho				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, H. [et al.] Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25, nº 5, p. 1168-1176. 2009.

MAGNELLI, A. 2001. *Obstetricia e Ginecología contemporánea*. Edit. Arte. 1ª ed. Caracas, Venezuela. Cap. 37: 593-606. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2003. *Lineamentos estratégicos para a promoção de saúde integral dos adolescentes*, Venezuela, Tomo 1. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer Compreender Atuar Acolher*. Brasília, 2001. p. 19, 63, 65. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. Unicef: *Infância e adolescência no Brasil*. 2018. Disponível em: < <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>>. Acesso em 27 de junho de 2018.

CÁCERES, J. ESCUDERO, V. *Relacion de parejas em jovenes e embarazo no deseados*. Madrid, pirâmide, 1994. 300p.

CASTILLO, C. *Uma aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada*. 1992.

DÍAZ, A., SANHUEZA, P., YAKSIC, N. 2002. *Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas*. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [En línea]. 67 (6): 481-487. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext [Febrero 2008].

FERREIRA, H. B. A. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S/A. 1998. p. 100, 416. 1998.

GAMA, Silvana Granado, et al. *Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998*. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.1, 2001.

GUIMARAES EC, MELO ECP. *Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda*. *Esc Anna Nery*. 2011 jan/mar;(1):54-61.

HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia*. 3º Ed. São Paulo: Roca, 2000. V. 1. 3º v. p. 87, 147, 188, 191.2000.

ISSLER, J. *Gravidez na adolescencia*. *Rev. de postrado de la cátedra vía medicina*. 107:11-23.2001.

LACAVA, U; G. BORELLI. Gravidez na adolescência é tema do relatório anual do UNFPA [en Internet]. 2013.

MOLINA, L. 2006. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/EEA.PDF> [Febrero 2008].

MUÑOZ MARTÍNEZ A. ZAMARREÑO NEREY W. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes [en Internet]. 2010 [citado 15 Feb 2015]; [aprox. 56 p.]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html>

OIT. Organización Internacional del Trabajo. 1998. Jóvenes, formación y empleo. [En línea]. Disponible: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro59/i/index.htm> [Diciembre 2007].

SILVA, AD. Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

SOUSA, F.G.M.;ARRUDA, S.F.S. Níveis pressóricos de escolares adolescentes e indicadores de risco para hipertensão arterial Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN), v.5, n. 1. 2006.