



**ESTER FERREIRA DE SOUZA**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM OLHAR PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA  
COMUNIDADE ZÉ CASTOR, NO MUNICÍPIO DE AUGUSTO CORRÊA, PA**

**AUGUSTO CORRÊA- PA 2017**



**ESTER FERREIRA DE SOUZA**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM OLHAR PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA  
COMUNIDADE ZÉ CASTOR, NO MUNICÍPIO DE AUGUSTO CORRÊA, PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

**AUGUSTO CORRÊA- PA 2017**

## RESUMO

Sou formada em Medicina pela Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM), no ano de 2014 e quando voltei ao Brasil em 2015, pude participar do Programa Mais Médicos e atualmente estou trabalhando na Unidade de Saúde da Família da comunidade Zé Castor. Zé Castor é uma Zona Rural localizada no Município de Augusto Corrêa no interior do estado do Pará. A Unidade de Saúde de Zé castor possui sete comunidades vinculadas: Cafezinho que fica ao norte, Bacanga, Ilha do Coco, Rio do Meio que fica ao leste, Jutaí, Ribanceira ao oeste e Igarapé-açu que fica ao sul da unidade de Zé castor. Através do conhecimento do território da comunidade, pude perceber que o problema que mais atinge as famílias da região é a gravidez na adolescência e mediante isso, direcionei meu Projeto de Intervenção (em anexo) e este TCC, com o objetivo de realizar uma intervenção educativa sobre gravidez na adolescência na comunidade rural. A participação de profissionais da saúde na prevenção de gravidez na adolescência é de extrema importância não só para os jovens e suas famílias, mas para comunidade e o município como um todo. Após implantação das ações e efetiva participação dos adolescentes da comunidade nos projetos de prevenção de gravidez na adolescência espera-se diminuir as consequências que trazem uma gestação não planejada, como mudanças psicológicas drásticas, alterações físicas e principalmente sociais, o que muitas vezes impede o adolescente de levar uma vida independente e sadia. Na atenção primária é comum ver as formas de promoção e prevenção através da educação em saúde, com os grupos de conversa, sendo voltada para a prevenção primária, tendo em vista que um dos princípios norteadores da UBS é a promoção da saúde e não o tratamento em si. É poder evitar com que ocorra casos de doenças, para assim evitar epidemias e gastos na saúde, lado atento do governo quando visa a promoção nas atividades sanitárias. O curso de especialização proporcionou um olhar diferenciado para a humanização do atendimento, pois através um bom acolhimento e vínculo com as famílias, conseguiremos chegar ao "X" do problema. Precisamos estar disponíveis, presentes, interessados, ser bons ouvintes, ter uma boa empatia com o paciente, carisma, para que ele tenha confiança no profissional que o atende, com abordagem precisa ser centrada na pessoa e não na doença.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Educação em saúde, Gravidez na adolescência, Promoção da saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO EM SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE EM DOMICÍLIO</b>	<b>15</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sou formada em Medicina pela Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM), localizada a nordeste da capital de Cuba, Km 3 1/2 da Panamericana, Santa Fe, Havana. As instalações pertenciam ao Granma Naval Academy e foram fornecidos pelo Ministério das Forças Armadas Revolucionárias (MINFAR) e sua formação médica inclui formação científica, mas também a solidariedade, humanista e forma ética em sua preocupação de trabalho principal para as necessidades da população e não os recursos materiais que podem ser derivados a partir dele.

Me formei no ano de 2014 e quando voltei ao Brasil em 2015, pude participar do Programa Mais Médicos e atualmente estou trabalhando na Unidade de Saúde da Família da comunidade Zé Castor. Zé Castor é uma Zona Rural localizada no Município de Augusto Corrêa no interior do estado do Pará. A Unidade de Saúde de Zé castor possui sete comunidades vinculadas: Cafezinho que fica ao norte, Bacanga, Ilha do Coco, Rio do Meio que fica ao leste, Jutai, Ribanceira ao oeste e Igarapé-açu que fica ao sul da unidade de Zé castor.

Zé castor tem uma população em torno de 1900 de habitantes distribuídas em 410 domicílios. A maioria das casas são feitas de terra com telhado de sapé, outras casas feitas de madeiras, por ser uma comunidade próxima a rios, as fontes de emprego mais favoráveis são as pescas dando o sustento para as famílias. Para chegar a essa comunidade passamos por estrada de terra com péssimas condições, com pontes em estado precário feitos de madeiras, piorando nos períodos de chuvas na qual são intensas, impossibilitando as vezes o acesso a unidade. Por ser estrada de terra as condições dos moradores são muito difíceis, já que a população que sofre de doenças respiratórias é de difícil controle devido as poeiras produzidas. A água é fornecida a população não é tratada, a maioria utiliza poço artesanais ou pega a água em nascente, na qual não são filtradas, fervidas e nem clorada. Não possui saneamento básico deixando a disposição os resíduos e excrementos a céu aberto, não há serviço de coleta pública de lixo.

A comunidade é abastecida de corrente elétrica e transporte público, contando com um ônibus que faz uma viagem diária, cinco dias na semana. Outros meios de locomoção são carros, bicicletas, cavalos e veículos de tração animal.

As opções de lazer estão ligadas ao rio da região conhecidos como Igarapé, utilizado para banhos e também para a prática de esporte. No território tem três escolas, sendo que uma é decida a ensino para crianças até a quarta série, quatro igrejas e seis estabelecimentos comerciais conhecida como mercantil. A equipe da Unidade é composta por uma médica, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde, um administrativo e uma técnica de enfermagem. A prefeitura alugou uma casa na qual fez dessa casa uma unidade de atendimento já que está em projeto fazer uma unidade de saúde, devido a isso não dispõem leito para observação sendo transferido casos de na qual são necessários a observação para hidratar ou para observar ao hospital que se localiza a duas horas de distância.

O diagnóstico da demanda da UBS se dá através das maiores prevalências dos casos de verminoses, subnutrição, ocasionada pela alimentação pobre em proteínas e vitaminas, que são comuns no meio rural, afetando principalmente as populações mais pobres e as crianças. A falta de saneamento básico e a ocorrência de diarreia e parasitoses intestinais tem alta correlação, sobretudo entre as crianças, mas também em adultos. A gravidez na adolescência tem um meio propício nesta comunidade.

Através do conhecimento do território da comunidade, pude perceber que o problema que mais atinge as famílias da região é a gravidez na adolescência e mediante isso, direcionei meu Projeto de Intervenção (em anexo) com o objetivo de realizar uma intervenção educativa sobre gravidez na adolescência na comunidade rural. Como justificativa para a realização desse projeto, evidencia-se que a população mundial avançou nos últimos anos para mais de um bilhão, 60 em cada 1000 meninas de 10-19 anos tornam-se mães correspondendo a 17 milhões de nascimentos a cada ano. No Brasil a população de meninas entre 10-19 anos ultrapassa 17 milhões, a prevalência de gravidez na adolescência foi estimada de 16,6% entre as mulheres em inquérito domiciliar nas cidades de Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre (CAPUTO; BORDIN, 2008).

Atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS), os atendimentos de gestantes adolescentes internadas para atendimento obstétrico apresentaram um crescimento significativo (MOREIRA et al., 2008). Por esta razão, é necessário promover educação em saúde voltada a esta parcela da população brasileira que está vulnerável a gravidez precoce e falta de informações sobre métodos contraceptivos. A puberdade implica algumas alterações no corpo feminino, tais como o surgimento na menarca, o

desenvolvimento das glândulas mamárias, e o crescimento de pelos pubianos e nas axilas. Nos órgãos acontecem as primeiras etapas da fase da reprodução humana. Logo, inicia-se o amadurecimento do comportamento pessoal, a atratividade pelo sexo oposto e o contato com a sexualidade. Entre outras causas, as adolescentes engravidam sem planejamento por falta de informações, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, pela experimentação sexual. Neste contexto, é preciso entender que as adolescentes não podem assumir sozinhas o risco social de uma gravidez não planejada.

A gravidez na adolescência mostra possíveis falhas na sua prevenção no âmbito social, pessoal e familiar. No aspecto social, são os programas de educação sexual que aparentemente não mostram, de modo claro e convincente, como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade. Na esfera pessoal, observa-se a falta de conhecimentos dos adolescentes em relação aos seus próprios valores e sentimentos. No contexto familiar, parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas e consequências negativas para o desenvolvimento psicológico destas.

Ne contexto, insere-se a unidade de estratégia saúde da família de Zé castor. Localizada no interior do município de Augusto Corrêa, estado do Pará, com uma população em Zé castor de aproximadamente de 1.986 habitantes, sendo que 61 % da população se caracteriza por mulheres em idade férteis e 39 % estão gestantes e dessas 39 %, 17% são adolescentes.

Nosso objetivo é promover um cuidado integral e multidisciplinar com as adolescentes de forma efetiva na Atenção Básica, melhorando o acolhimento e explicando a importância da utilização de métodos contraceptivos não somente para a prevenção de gravidez, mas também de doenças sexualmente transmissíveis, além de realizar um atendimento médico direcionado aos riscos da gravidez, fazendo um adequado pré-natal.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Mediante as informações vistas na introdução, o objetivo é promover um cuidado integral e multidisciplinar com as adolescentes de forma efetiva na Atenção Básica, melhorando o acolhimento e explicando a importância da utilização de métodos contraceptivos não somente para a prevenção de gravidez, mas também de doenças sexualmente transmissíveis, além de realizar um atendimento médico direcionado aos riscos da gravidez, fazendo um adequado pré-natal. A participação de profissionais da saúde na prevenção de gravidez na adolescência é de extrema importância não só para os jovens e suas famílias, mas para comunidade e o município como um todo.

Após implantação das ações e efetiva participação dos adolescentes da comunidade nos projetos de prevenção de gravidez na adolescência espera-se diminuir as consequências que trazem uma gestação não planejada, como mudanças psicológicas drásticas, alterações físicas e principalmente sociais, o que muitas vezes impede o adolescente de levar uma vida independente e sadia. A gravidez precoce atinge a família em geral, não somente o adolescente, pois seus pais acabam por se tornar responsáveis por todo processo de gravidez, acompanhamento e apoio no pré-natal e parto, e principalmente após o nascimento, fornecendo além de cuidados básicos, sustento e educação.

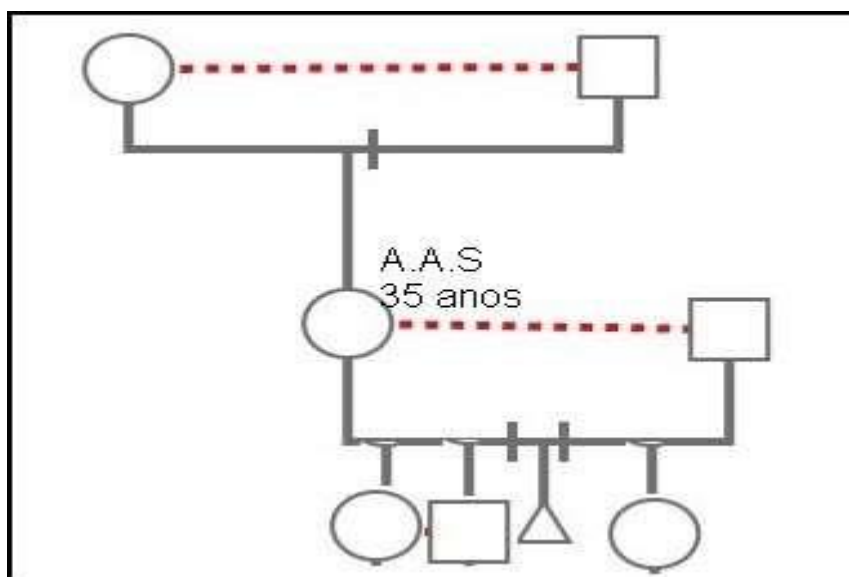
A evasão escolar é um dos primeiros problemas que surgem após a constatação da gravidez, por isso o apoio da equipe de saúde da família se torna tão importante, na orientação e aconselhamento para que não haja abandono dos estudos, fornecendo conhecimento a respeito dos direitos referentes à gestação, e apoio emocional.

### Conhecendo o caso

Paciente: A.A. S, 35 anos, branca, viúva, 03 filhos, grávida de 04 meses do seu 4º filho, ensino fundamental completo, mora com a mãe na comunidade Zé Castor, não trabalha, recebe pensão do pai das crianças.



Figura 1 - Genograma



Fonte elaborada pela autora

Procurou a unidade quando descobriu estar grávida do seu 4º filho, chorando, pois, dizia não saber o que fazer, sendo que não utilizou os métodos contraceptivos indicados.

Considerações sobre o caso:

História de gravidez anterior: A senhora A. A. S., possui 3 filhos, sendo um de 8 anos, uma de 5 anos e um de 03 anos. Está grávida do seu 04 filho. Não faz uso de contraceptivos. Antecedentes pessoais: sem doenças progressas ou crônicas. Antecedentes familiares: não possui. Exame físico: ao realizar o exame físico no paciente, foi constatado bom estado geral, altura de 1,65 m, peso de 67 kg. A pressão arterial em repouso estava em 120/80 mmHg e a frequência cardíaca era de 68 batimentos por minuto. Ausculta cardiopulmonar normal, Abdômen flácido e globoso, indolor a palpação, com fígado e baço não- palpáveis. Extremidades sem alterações; pulsos presentes e simétricos, ausência de edemas.

Exames laboratoriais: Solicitou-se exames de urina (bioquímico, sedimento), sem alterações, creatinina – 0,5 mg/dl (0,3-1,3), potássio – 4,3,0 mEq/L (3,5 – 5,5), glicemia – 99 mg/dl, colesterol – 250 mg/dl, HDL – 39 mg/dl, triglicerídeos – 230 mg/dl, hematológico e eletrocardiograma de repouso, normal. Exames complementares:

Hemoglobina: 13,1mg; hematócrito: 38g/dl; tipagem sangüínea: O Rh+; VDRL: negativo e anti-HIV: negativo. Destarte ficou determinada a ausência de anemia, de fatores que possam desencadear incompatibilidade Rh materno fetal, de diabetes, de sífilis e de soropositividade para o HIV.

#### Problemas detectados

- Gravidez múltipara;
- Falta de planejamento familiar;
- Falta de Orientações e acompanhamento do pré-natal.

#### PTS – PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR

Metas para resolver os problemas:

Gravidez múltipara: Fazer um acompanhamento das outras crianças através de visitas domiciliares dos ACS, Enfermeiro e Médico. Fornecer orientações sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos.

Falta de planejamento familiar: elaborar um projeto de intervenção para trabalhar com ações de promoção a saúde voltadas para ampliar o uso dos métodos contraceptivos.

Falta de Orientações e acompanhamento do pré-natal: consulta com clínico, orientar quanto a importância de realizar pelo menos 6 consultas de pre natal e acompanhamento.

## Divisão de responsabilidades

A divisão de responsabilidades acontece entre a 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. Se for necessário serão reavaliadas mediante o alcance dos resultados positivos no atendimento ao paciente.

### **3. PROMOÇÃO EM SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Após a elaboração do estudo de caso clínico na atividade 02 desse portfólio, foi possível voltar o olhar para a promoção da saúde quando está vinculada a Atenção Primária em Saúde, atuando através da prevenção de doenças e incentivando cada vez mais os profissionais a realizarem educação em saúde, rodas de conversas, eventos para chamar a atenção da população atendida a participar as atividades e atendimentos fornecidos pela UBS.

A promoção em saúde é interpretada por Gurgel et al (2011, p. 01), que por meio do “surgimento de doenças específicas, os profissionais adotavam como estratégia a divulgação da informação e recomendações normativas de mudanças de hábitos, com ações e discursos preventivos de cunho educativo”.

Freitas e Mandú (2010), complementam que as estratégias envolvidas na promoção em saúde provêm do governo, através de políticas públicas de saúde, que envolve ações para o indivíduo, sua família e a população da área adscrita, através da porta de entrada da UBS para melhorar as condições de vida e saúde dos moradores que ali são atendidos.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a Política Nacional de Promoção a Saúde aborda a promoção da saúde através do SUS, enfocando os principais problemas emergentes no contexto social de atendimento da população, tais como a violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, falta de qualidade no fornecimento de água e luz, entre outros

Todavia, a promoção em saúde deve ser planejada e voltada para um grupo de risco, de modo a solucionar os problemas:

As ações de promoção da saúde são trabalhadas de forma individual, na consulta Médica e de Enfermagem, e coletivamente nos grupos de adolescentes, gestantes, planejamento familiar, hipertensos e diabéticos. Acredita-se ser o grupo um espaço criativo, interativo e oportuno para tratar de vários aspectos da promoção da saúde (GURGEL et al, 2011, p.03).

Diante do exposto, uma forma de trabalhar com a promoção em saúde na atenção básica é trabalhando com a prevenção em saúde, a qual pode ser primária, secundária ou terciária:

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, 2010, p. 03).

Dermazo (2010), afirma ainda que o pensamento de Sigerist foi singular e afirmativo em relação a prevenção, pois o nível primário se trata da promoção e prevenção de agravos; o nível secundário diz respeito ao tratamento da doença em si, a cura; e o nível terciário consiste na reabilitação e recuperação.

Na atenção primária é comum ver as formas de promoção e prevenção através da educação em saúde, com os grupos de conversa, sendo voltada para a prevenção primária, tendo em vista que um dos princípios norteadores da UBS é a promoção da saúde e não o tratamento em si. É poder evitar com que ocorra casos de doenças, para assim evitar epidemias e gastos na saúde, lado atento do governo quando visa a promoção nas atividades sanitárias.

Na literatura existem várias outras formas de se trabalhar com a promoção da saúde e também formas parecidas que apresentam resultados enriquecedores referentes ao planejamento familiar.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2010), os objetivos da promoção em saúde são:

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

- Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País;
- Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Dessa forma, meu trabalho como médica de saúde da família na unidade de Zé Castor município de Augusto Corrêa/PA, proporcionou enxergar as ações de promoção em saúde voltadas para a comunidade com outros olhos, ao mesmo tempo

que eu ia progredindo no curso de especialização e ia vivenciando a teoria na prática, colaborando para meu crescimento profissional. Na Unidade Zé Castor, trabalhamos com diversos grupos de atendimento, entre eles o de gestantes, no qual trabalhamos a promoção em saúde no puerpério e pré-natal, aproveitando o gancho com o projeto de intervenção proposto, sendo realizada também uma educação em saúde que aborde tanto os aspectos da gravidez como o planejamento familiar, de modo a orientar as gestantes a se planejem, principalmente as recorrentes que se tornam gestantes na adolescência.

Assim, a promoção da saúde voltada para gestantes consiste em abordar vários temas referentes a gestação, principalmente no momento da consulta de pré-natal e através de dias específicos de funcionamento do grupo de gestantes, na própria unidade, através de reuniões, palestras, rodas de conversas, promovendo uma troca de experiências e informações entre as usuárias. Tomando este exemplo, abaixo temos um quadro do planejamento das ações de promoção/prevenção baseada na educação em saúde com gestantes adolescentes sobre o planejamento familiar.

Quadro 01: Exemplo de grupos operacionais voltados para trabalhar com o planejamento familiar e a atenção ao puerpério:

Operação	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<b>Capacitação da equipe</b>	Equipe capacitada, sendo facilitadores de informações População informada	Equipe motivada a desenvolver as ações educativas	Serão realizadas atividades didáticas educativas a fim de propiciar o maior entendimento pelos usuários nas reuniões do grupo.	Equipe Multidisciplinar em saúde da família	Imediato
<b>Conhecimento em educação em saúde</b>	Maior adesão ao grupo operativo em planejamento familiar	Comunidade estimulada a participar das ações educativas	Dinâmicas de conhecimento: para que cada usuário conheça a realidade do outro e interaja com a equipe.	Equipe Multidisciplinar em saúde da família	Imediato
<b>Promoção da saúde e prevenção de agravos</b>	Comunidade mais informada sobre a saúde sexual e reprodutiva	Maior informação da população sobre meios de contracepção disponíveis e como requerer-los e utilizá-los.	Folders explicativos sobre a promoção e prevenção da saúde como um todo para serem distribuídos pela comunidade abordando a importância do grupo, além de outros folders explicativos sobre risco gestacional e meios de contracepção; distribuição de preservativos.	Equipe Multidisciplinar em saúde da família	1 mês

Fonte: Gurgel et al, 2011.

Como foi possível observar no quadro acima, a educação em saúde é uma forma viável de abordar as gestantes e trabalhar vários temas com estas, relacionados ao planejamento familiar, com a importância de apresentar orientações sobre os métodos contraceptivos e quais a Unidade dispõe para essas adolescentes, com o objetivo de aproximar as usuárias dos serviços de saúde e reduzir os índices de gravidez indesejada na adolescência.

Pierre e Clapis (2010), afirmam que a educação em saúde é um método importante na mudança de hábitos e que influencia diretamente na qualidade de vida das pessoas, e quando se trata de ações educativas sobre o planejamento familiar, a orientação sobre métodos anticoncepcionais é o principal tópico abordado.

Enquanto médica de saúde da família e agente de transformação, posso afirmar que muito se é falado sobre os métodos contraceptivos, mas acredito que apenas isso não basta. Devem ser abordados a saúde reprodutiva, as doenças sexualmente transmissíveis, a sexualidade, enfim, e além de orientações, essas gestantes devem ser acompanhadas através do pré-natal e também de visitas domiciliares, para garantir um atendimento integral.



#### **4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE EM DOMICÍLIO**

Se tratando da Atenção Primária em Saúde, a visita domiciliar é um procedimento muito utilizado nas práticas do atendimento das Unidades Básicas de Saúde em todo o Brasil. A população residente na área de abrangência da Unidade de Saúde Zé Castor, como mencionado na introdução desse trabalho, é uma população que carece de acompanhamento que vai além dos muros da UBS, direcionando os cuidados para a casa das pessoas, abordando as famílias e sua integridade, levando ações de prevenção, tratamento e acompanhamento e reabilitação da saúde, conforme a promoção em saúde já abordada anteriormente.

A visita domiciliar é tão importante quanto receber o paciente em consulta e esta vai além, pois permite observar o ambiente em que o usuário está inserido:

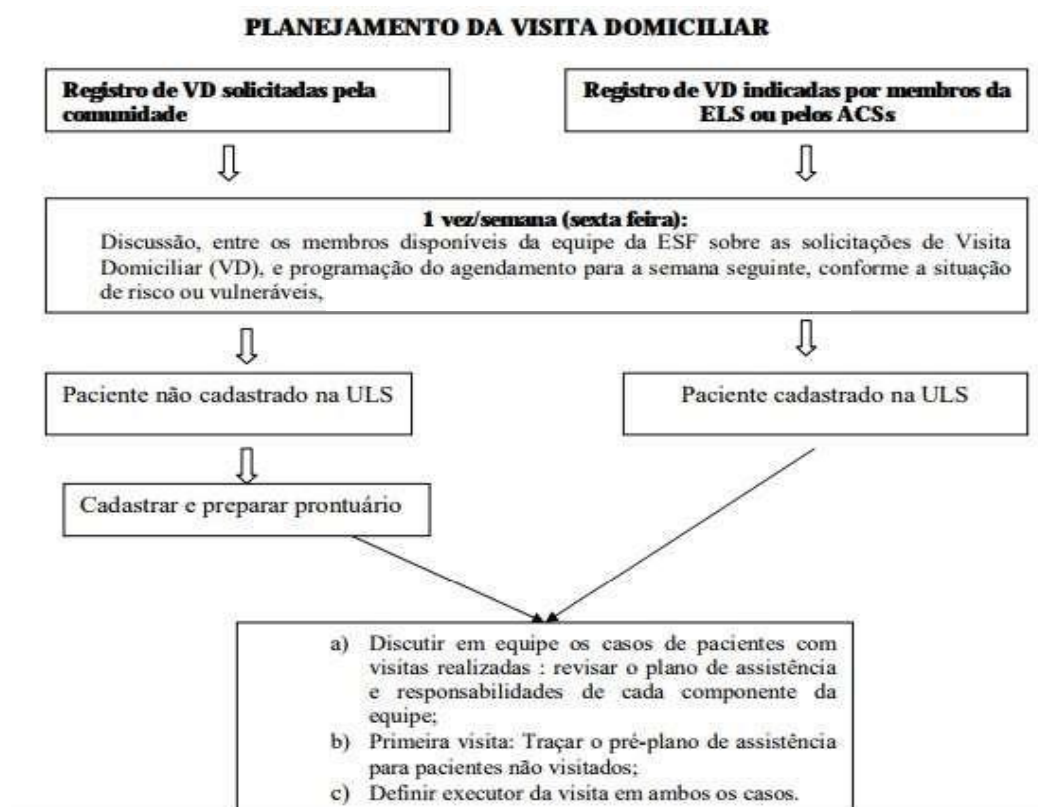
O domicílio funciona como uma unidade de saúde, fora dos muros das instituições formais de saúde, do conforto, do espaço e dos recursos materiais e humanos. No ambiente domiciliário, o profissional defronta-se com várias contingências, nomeadamente, o fato de não pertencer ao contexto nos quais os cuidados vão desenvolver-se. É alguém estranho em um espaço privado. Também tem a necessidade de adequar as intervenções terapêuticas, entendidas como um conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas (GAGO; LOPES, 2012, p. 02).

Como observado, o ambiente domiciliar proporciona uma observação mais detalhada nos fatores que podem estar influenciando negativa ou positivamente as condições de saúde ou doença do paciente atendido e visitado, bem como a interação com sua família e a disposição desta em ajudar ou não no seu tratamento.

A visita domiciliar permite a aproximação da família com os profissionais de saúde, sendo a estratégia mais utilizada pelas Unidades de atendimento, porque permite conhecer o contexto histórico e social que o usuário está inserido, bem como as condições de moradia, condições financeiras, condições que a família apresenta, fazendo com que a equipe possa conhecer melhor a família atendida (FLORIANÓPOLIS, 2010). Segundo Romanholi e Cyrino (2012), a visita domiciliar, como qualquer outra atividade de saúde, também precisa ser planejada e sistematizada para se configurar como parte da Estratégia Saúde da Família ou, de outra forma, se configura como mera atividade social, por isso deve ser implementada

e discutida muito antes pela equipe de saúde e agendada com a família. Na Unidade Zé Castor, utilizamos a visita domiciliar para realizar busca ativa de usuários que há um tempo não comparecem na UBS, para acompanhar pacientes em tratamento, para realizar ações de promoção e prevenção através de orientações sobre as condições de saúde, entre outros.

Na Unidade, ocorre a visita domiciliar para pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes, na qual já pude participar e realizar a visita, aprimorando meus conhecimentos e ligando-os as teorias aprendidas no eixo II do curso de especialização em Saúde da Família. Para exemplificar melhor como funciona o atendimento da visita domiciliar na Unidade Zé Castor, segue o fluxograma abaixo:



Fonte: Florianópolis, 2010.

O planejamento da Visita é feito pelas necessidades da comunidade e da Equipe Local de Saúde (ELS) na Unidade Local de Saúde (ULS), no qual a equipe discute e seleciona os pacientes mediante o risco e a vulnerabilidade, revisam a abordagem necessária e distribuem as responsabilidades de cada profissional. Quando é agendada uma visita domiciliar na Unidade Zé Castor, para um paciente

hipertenso, que sofreu AVC há 01 mês e não tem condições de se deslocar até a UBS, geralmente vai o médico de 15 em 15 dias e o enfermeiro semanalmente. O médico é responsável por avaliar a saúde do paciente, solicitar exames quando necessário e encaminhamentos, além de realizar a prescrição médica e exame físico.

O enfermeiro da Unidade é responsável por acompanhar o paciente, fazendo anotações clínicas quanto ao seu estado de saúde, além de realizar procedimentos quando necessário como aferir a Pressão Arterial, registrar, verificar a glicemia, administrar medicações, etc. Mas apesar de realizar todo o planejamento da visita, sempre existem dificuldades que limitam sua realização. Segundo Cunha e Sá (2013), as dificuldades consistem em ter excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e as equipes, também aparece como limitador para a participação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde.

Acredito que essas dificuldades podem ser vencidas se os gestores de saúde desempenharem seu papel, dando a atenção que a saúde básica merece, pois são problemas reais que necessitam ser sanados para melhorar a qualidade de vida da população.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este portfólio teve o objetivo de proporcionar atividades relacionadas com o desenvolvimento da prática da medicina clínica em saúde da família, além de proporcionar um aumento dos conhecimentos voltados para a população na Atenção Primária em Saúde. Participar do curso de Especialização de Saúde da Família me permitiu complementar a aprendizagem de modo a vivenciar a prática das atividades médicas direcionadas a comunidade Zé Castor, fazendo aumentar a percepção no processo saúde-doença, no qual foi possível identificar os problemas da comunidade e apresentar soluções e intervenções para estes, como percebido na construção do Projeto de Intervenção no Eixo I.

Através da oportunidade de estudar sobre os casos complexos no Eixo II do curso, pude adquirir habilidades em atendimento completo dos casos mais prevalentes na Unidade onde trabalho, onde por exemplo, o enfoque sobre o puerpério e pré-natal que o curso ofereceu foi essencial nas minhas práticas, pois na UBS Zé Castor, trabalhamos para aumentar o índice de amamentação exclusiva, desde o pré-natal aconselhamos as mães, pais e família em geral, nos grupos de gestantes, consultas individuais, visitas domiciliares, para explicar a importância da amamentação, suas vantagens não só para o recém-nascido que terá uma boa saúde e bom desenvolvimento, como também prevenções de doenças comuns na infância como: diarreia e infecções respiratórias, mas também para a própria mãe que formará um vínculo muito importante com o seu filho.

Foi possível observar também que dentro do contexto da APS é muito importante a habilidade de comunicação por parte dos profissionais de saúde para chegarmos a um bom atendimento e acompanhamento dos pacientes, seguindo os princípios do SUS de longitudinalidade, universalidade e integralidade do atendimento. O curso de especialização proporcionou um olhar diferenciado para a humanização do atendimento, pois através de um bom acolhimento e vínculo com as famílias, conseguiremos chegar ao "X" do problema. Precisamos estar disponíveis, presentes, interessados, ser bons ouvintes, ter uma boa empatia com o paciente, carisma, para que ele tenha confiança no profissional que o atende, com abordagem precisa ser centrada na pessoa e não na doença. Concluiu-se com esta pesquisa que

o médico vai realizar atribuições de seu cotidiano, o que muda é a atenção especializada com foco na comunidade e como lidar e abordar esta comunidade de acordo com seus costumes e crenças, ressaltando o respeito pelo outro, trabalhando sempre em equipe, assim o Médico será capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população atendida.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Ana Mattos Brito de; Cartilha Primeira Infância e Gravidez na Adolescência. Disponível em: <[http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha- Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf](http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf)>. Acesso em 20 de Set de 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Biblioteca Virtual, Gravidez de alto risco, Brasília -DF, 5ª edição, 2010. Disponível em:
4. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em 20 de Set de 2016.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica, nº32, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Brasília-DF 1ª edição, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2010.
7. CUNHA, Marcela Silva da; SA, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 44, p. 61-73, mar. 2013 .
8. DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade02/unidade02.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf). Acesso em 18 de junho de 2017.
9. GAGO, Esperança Alves; LOPES, Manuel José. Cuidados domiciliares : interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 74- 80, 2012 .

10. GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, Sept. 2011.
11. FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Protocolo de Visita Domiciliar, 2009. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_10\\_2009\\_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf). Acessado em 18 de Junho de 2017.
12. FREITAS, M; MANDÚ, E. N. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm, 23(2):200-5, 2010.
13. PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1161-1168, Dec. 2010.
14. ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo; CYRINO, Eliana Goldfarb. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 42, p. 693-705, set. 2012.
15. SANTOS, Vanessa Sardinha Dos; "Gravidez na adolescência"; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/biologia/gravidez-adolescencia.htm>>. Acesso em 20 de Set de 2016.

## **ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**ESTER FERREIRA DE SOUZA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

**AUGUSTO CORRÊA- PA 2016**



## RESUMO

A unidade de Saúde da Família de Zé Castor, localizada no Norte do Estado do Pará, na zona Rural do município de Augusto Corrêa, se caracteriza por mulheres em idade férteis, na qual apresentam 61% da população. Este Projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar sobre as usuárias que apresentam gravidez na adolescência. Neste Estudos apresentamos a importância da prevenção, dos riscos e dos acompanhamentos do pré-natal nas consultas e na visita domiciliar. Nosso objetivo é abordar as adolescentes da unidade da zona Rural de Zé Castor para a importância da utilização de métodos contraceptivos e fazer um acompanhamento de qualidade com a equipe de saúde incluindo o médico (a), o enfermeiro (a), os agentes comunitários, dentistas, psicólogos mostrando os riscos que apresentam nas gestantes adolescentes. É muito importante que a adolescente faça o pré-natal para que possa compreender melhor o que está acontecendo com seu corpo, seu bebê, prevenir doenças e poder conversar abertamente com um profissional, sanando as dúvidas que atordoam e angustiam essas jovens.

**Descritores:** Gravidez Na Adolescência, Atenção Básica, Metodos Contraceptivos, Pré - Natal

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, é uma fase muito confusa, cheias de incertezas, querendo assim a busca pela sua própria liberdade, descobrindo coisas novas, há casos que a adolescente acaba sendo influenciada cometendo assim contra a vontade o que não podia. Na sociedade vem-se iniciando cada vez mais precocemente a relação sexual trazendo consequências indesejáveis, como as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez, que na maioria dos casos são gravidez indesejáveis que possivelmente terminará em aborto ou em abandono. A organização mundial da saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida, compreendendo a faixa etária de 10 a 19 anos. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos.

A puberdade é um parâmetro universal e ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos. A adolescência abrange, além da puberdade, os componentes psicológicos e sociais característicos dessa fase da vida, estando sujeita a influências sociais e socioculturais. A população mundial avançou nos últimos anos para mais de um bilhão, 60 em cada 1000 meninas de 10-19 anos tornam-se mães correspondendo a 17 milhões de nascimentos a cada ano. No Brasil a população de meninas entre 10-19 anos ultrapassa 17 milhões, a prevalência de gravidez na adolescência foi estimada de 16,6% entre as mulheres em inquérito domiciliar nas cidades de Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre. (CAPUTO; BORDIN, 2008). Atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS), os atendimentos de gestantes adolescentes internadas para atendimento obstétrico apresentaram um crescimento significativo. (MOREIRA et al., 2008). Por esta razão é necessário promover educação em saúde voltada a esta parcela da população brasileira que está vulnerável a gravidez precoce e falta de informações sobre métodos contraceptivos.

A puberdade implica algumas alterações no corpo feminino, tais como o surgimento na menarca, o desenvolvimento das glândulas mamárias, e o crescimento de pelos pubianos e nas axilas. Nos órgãos acontecem as primeiras etapas da fase da reprodução humana. Logo, inicia-se o amadurecimento do

comportamento pessoal, a atratividade pelo sexo oposto e o contato com a sexualidade. Entre outras causas, as adolescentes engravidam sem planejamento por falta de informações, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, pela experimentação sexual. Neste contexto, é preciso entender que as adolescentes não podem assumir sozinhas o risco social de uma gravidez não planejada.

A gravidez na adolescência mostra possíveis falhas na sua prevenção no âmbito social, pessoal e familiar. No aspecto social, são os programas de educação sexual que aparentemente não mostram, de modo claro e convincente, como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade. Na esfera pessoal, observa-se a falta de conhecimentos dos adolescentes em relação aos seus próprios valores e sentimentos. No contexto familiar, parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas e consequências negativas para o desenvolvimento psicológico destas.

Ne contexto, insere-se a unidade de estratégia saúde da família de Zé castor. Localizada no interior do município de Augusto Corrêa, estado do Pará, com uma população em Zé castor de aproximadamente de 1.986 habitantes, sendo que 61 % da população se caracteriza por mulheres em idade férteis e 39 % estão gestantes e dessas 39 %, 17% são adolescentes. Nosso objetivo é promover um cuidado integral e multidisciplinar com as adolescentes de forma efetiva na Atenção Básica, melhorando o acolhimento e explicando a importância da utilização de métodos contraceptivos não somente para a prevenção de gravidez, mas também de doenças sexualmente transmissíveis, além de realizar um atendimento médico direcionado aos riscos da gravidez, fazendo um adequado pré-natal.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Intervenção educativa sobre gravidez na adolescência na comunidade rural De Zé castor Augusto Corrêa/Pará.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descrever a mostra do estudo por idade e grau de escolaridade.
- Aplicar a intervenção através de um projeto educativo para as gestantes.
- Avaliação da efetividade do projeto educativo nas adolescentes.
- Promover um adequado atendimento pré-natal.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. Sabemos que a gravidez na adolescência tem aumentado em vários países, inclusive no Brasil. Durante vários anos, a ausência de dados específicos para ilustrar essa situação deu espaço para a criação de diagnósticos catastróficos, ainda que gerados em nome da necessidade de priorizar a adolescência nas políticas públicas de saúde e educação. Neste sentido, se a ideia é que as cifras causem impacto, não se pode, entretanto, correr o risco de se disseminar informações inconsistentes. Dados superestimados, ao contrário do que se deseja, podem causar um efeito perverso, contribuindo para gerar um sentimento de impotência nos atores sociais e gestores de políticas públicas perante o tamanho do problema. Na realidade, a necessidade de intervenção independe de cifras catastróficas.

No caso da gravidez na adolescência, dados consistentes nos dão conta de sua dimensão permitindo analisar o problema diante de seu real valor:

- É importante destacar que a taxa de fecundidade total no Brasil vem diminuindo. De 1991 a 1996, a média estimada por mulher, no Brasil, foi de 2,5 filhos. Trata-se de uma queda significativa comparada com a média de 1981 a 1986, que foi de 3,5 filhos por mulher (PNDS/96).
- Essa redução é encontrada em todas as faixas etárias, com exceção das mulheres de 10 a 19 anos. Nessa faixa, passou de 18,9%, em 1993, para 21,6%, em 1996 (PNDS/96).
- Dados do SUS – Sistema Único de Saúde - confirmam essa tendência, registrando um percentual de 21,41% de partos realizados em 1993 para 25,27% em 1997 na faixa etária de 15 a 19 anos.
- Chama a atenção, no entanto, o aumento do percentual de partos em adolescentes de 10 a 14 anos, em intervalo de tempo relativamente curto: em 1993, dos 2.856.255 partos realizados no SUS, 0,93% aconteceram na faixa dos 10 aos 14 anos; em 1997, a ocorrência foi de 1,23%.

Dentro dos índices gerais de crescimento do número de mães em todo país, esse número pode ter pouco significado, em termos de peso estatístico, porém, enquanto fenômeno de natureza social, evento que vem sofrendo um incremento sistemático, ano a ano, ele é um sinal de alerta, que pede pronta investigação e implementação de programas de prevenção específicos para adolescentes de ambos os sexos. A gravidez na adolescência, considerada de alto risco pela complexidade de fatores torna -se um problema de saúde pública devido às consequências que impõe à sociedade como um todo. Rios, Williams e Aiello (2007).

Em 2011, no Brasil, tivemos 2.913.160 nascimentos; destes, 533.103 de meninas de 15 a 19 anos, e 27.785 de meninas de 10 a 14 anos, representando 18% e 0,9%, respectivamente, de adolescentes grávidas nesta faixa etária. Apesar de os números indicarem uma diminuição de nascidos vivos nessa faixa etária nos últimos 10 anos, as percentagens ainda são extremamente preocupantes, com particular atenção para menores de 15 anos. Ao analisarmos a Tabela 01 percebemos que as regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices, ou seja, ¼ dos nascimentos são de meninas menores de 19 anos, também com o maior percentual para gravidez em menores de 15 anos.

Tabela 01 Número de nascimentos por ocorrência e idade da mãe segundo região. Período: 2011.

Região	Menor de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 49 anos + Idade ignorada	Total
TOTAL (Brasil)	1	27785 (0,9%)	533103 (18%)	2352271	2913160
Região Norte	1	5.115 (1,6%)	77857 (25%)	230.057	313.029
Região Nordeste	-	10819 (1,3%)	177607 (21%)	562.754	851.181
Região Sudeste	-	7090 (0,6%)	174.628 (15%)	962.495	1.144.213
Região Sul	-	2.682 (0,7%)	61.899 (16%)	313.419	378.000
Região Centro-Oeste	-	2.079 (0,9%)	41.112 (18%)	183.546	226.737

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS

A gravidez na adolescência é um fenômeno multifatorial; por essa razão, requer atuação integrada. Adiante abordaremos as principais repercussões psicossociais da gravidez na adolescência. Contudo, destacamos outros dados importantes para compreender a complexidade da gravidez nessa faixa etária, principalmente em

meninas menores de 15 anos:

- Os índices de mortalidade infantil têm diminuído no Brasil, mas 20% dessas mortes ainda são de filhos e filhas de mães adolescentes (10 a 14 anos);
- A Incidência de baixo peso é duas vezes maior entre filhos de mães adolescentes;
- A mortalidade infantil é diretamente proporcional ao peso ao nascer e ganho de peso do bebê;
- A mortalidade neonatal é três vezes maior entre os filhos e filhas de mães adolescentes quando comparados aos filhos de mulheres adultas;
- 03 em cada 10 adolescentes ficarão grávidas antes de completar 20 anos;
- As meninas mais pobres têm cinco vezes mais possibilidades de engravidar no período da adolescência do que as meninas mais ricas;
- Dos abortos por razões médicas e legais, 24,85% acontecem na faixa de 20 a 24 anos; 15,4% entre 15 e 19 anos e 1,27% de 10 aos 14 anos.

Em 1990, passou a vigorar o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que define que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral, e que são sujeitos com direitos especiais porque são pessoas em processo de desenvolvimento. O ECA determina que o atendimento das necessidades e dos direitos das crianças (até 12 anos) e adolescentes (de 12 a 18 anos) seja prioridade absoluta das políticas públicas do país. Notadamente, o Brasil possui uma das legislações mais avançadas do mundo no que tange à Doutrina da Proteção Integral de Crianças e Adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente tem sido um valioso instrumento na criação de condições jurídicas para mudanças tanto na formulação de políticas públicas, como para o exercício de advocacia para infância e adolescência, respaldando a organização e o funcionamento de instituições que atuam na área.

Alguns pontos, no entanto, deixam margem para indagações: existem fatores que envolvem a saúde reprodutiva de adolescentes, que vão além da situação de maternidade (que está explicitamente protegida pelo ECA). Nesse aspecto, existe a necessidade de se inserir ações preventivas dentro de uma perspectiva de gênero e discutir com os/as jovens os cuidados com a saúde

reprodutiva e desenvolvimento de atitudes saudáveis em relação à sexualidade. Inclui-se o conhecimento dos métodos contraceptivos, planejamento familiar, sexo-seguro, prevenção das DST/Aids, incluindo o adolescente masculino como figura fundamental nessa discussão.

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo clínico de intervenção, a ser realizada com adolescentes gestantes cadastradas na unidade de Zé Castor município de Augusto Corrêa/PA. O universo será constituído por 98 adolescentes e amostra será de 28 gestantes adolescentes que cursam o sexto grau do ensino fundamental. Primeiramente, será apresentado a equipe da ESF de Zé Castor o projeto de intervenção que contará com a participação de profissionais de saúde como um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes de saúde e deve ser levada ao conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde de Augusto Corrêa, para conhecer a proposta e as ideias aqui presente, e promover materiais necessários para a promoção das ações. Assim como a solicitação de profissionais como nutricionistas e psicólogos.

Será realizado uma reunião por mês com as adolescentes gestantes com duração de uma hora, sendo os primeiros 40 minutos explicando a importância de um acompanhamento pré-natal e o cuidado após o parto, e os 20 minutos restante juntamente com a nutricionista será o momento de conhecer os alimentos que não podem faltar na refeição, será mostrado de maneira prática onde elas juntamente com a equipe podem compartilhar esse momento.

Também será realizado nas escolas palestras para as adolescentes sobre a sexualidade, meio de prevenção da gravidez além de explicar a importância do uso de métodos contraceptivos para a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, faremos debates sobre o assunto para que elas possam expor seus pontos de vista em relação ao tema, e no final do debate vamos realizar individualmente o questionário.

As Adolescentes gestantes devem ter um acompanhamento regular, registrando adequadamente em prontuários e participação nas atividades propostas, de modo a supervisionar as práticas bem como incentiva-las ao perceberem resultados positivos durante o acompanhamento.



## 5. CRONOGRAMA

Atividades	2016			
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO
REVISÃO BIBLIOGRAFICA	X	X		
ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	X	X	X	
APRESENTAÇÃO DO PROJETO PARA A EQUIPE DA USF DE ZÉ CASTOR		X		
REUNIÃO JUNTAMENTE COM A EQUIPE COM AS GESTANTES ADOLESCENTES		X	X	
APRESENTAÇÃO FINAL				X

## **6. RECURSOS NECESSARIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipes de saúde da Família composta por seis agentes comunitários saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma médica e um auxiliar administrativo, juntamente com uma nutricionista e uma psicóloga que pertence ao NASF.

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Computadores
- Fichas de atendimento individual
- Papel A4
- Impressora
- Sala para realização de grupos
- Caderno de atenção básica – Atenção ao pré-natal

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Através deste Projeto de Intervenção objetiva-se levar a importância do acompanhamento das gestantes adolescentes para que possa realizar um adequado pré-natal, vinculando atendimentos em grupos para as adolescentes não gestantes juntamente com as adolescentes gestantes para que elas possam expor suas experiências para o compartilhamento de vivências e conhecimentos que aumenta sua cultura sanitária sobre os riscos da gravidez neste período de sua vida, estimulando-as a um planejamento familiar e a um uso dos anticonceptivos não somente para prevenir gravidez, mas também doenças sexualmente transmissíveis.

Com a implantação da Equipe de Saúde que compõe a ESF (Estratégia de Saúde da Família), bem como o estabelecimento de vínculo com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), de modo a garantir um enfoque biopsicossocial as gestantes adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica, nº32, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Brasília- DF 1ª edição, 2013.
2. ALMEIDA, Ana Mattos Brito de; Cartilha Primeira Infância e Gravidez na Adolescência. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>>. Acesso em 20 de Set de 2016.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Biblioteca Virtual, Gravidez de alto risco, Brasília -DF, 5ª edição, 2010. Disponível em:
4. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em 20 de Set de 2016.
5. SANTOS, Vanessa Sardinha Dos; "Gravidez na adolescência"; Brasil Escola. Disponível em
6. <<http://brasilecola.uol.com.br/biologia/gravidez-adolescencia.htm>>. Acesso em 20 de Set de 2016.