



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

CARMEN DEL PILAR GUTIERREZ TURPO

PORTFÓLIO FINAL

**Baião-PA
2017**

CARMEN DEL PILAR GUTIERREZ TURPO

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do professor FABIO FRANCHI QUAGLIATO.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	4
2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	9
4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	14
5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
6- REFERÊNCIAS	18
7- ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO (P).....	1

1. INTRODUÇÃO

Sou médica, meu nome é Carmen del Pilar Gutierrez Turpo, sou formada pela universidade Bolivariana de Venezuela na Venezuela no ano de 2013, incorporada no programa MAIS MÈDICOS no ano de 2016. Atualmente trabalho no Programa Saúde da Família (PSF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jorge Benchimol, bairro Rural na cidade de Baião no estado do Pará. Atualmente estou lotada nesse município, desenvolvendo trabalhos na atenção primária.

O município Baião-PA tem uma população estimada de 44.956 habitantes segundo o instituto de geografia e estatística no ano de 2016 (IBGE), pertencente a mesorregião do baixo Tocantins, a cidade de Baião pode ser acessada por via fluvial pelo rio Tocantins, pela BR 424 ou pela PA 151, ficando a uma distância de 265 km da capital Belém, as principais rotas de acesso são a alça viária ou o porto de Arapari, que é um ponto de embarque e desembarque via balsa de ferro até a capital Belém.

Baião é um município que tem como principal foco econômico o comércio, seguido por atividade extrativista com produtos variados, dentre eles açaí, mandioca, piscicultura, dentre outros. Esse perfil econômico é exteriorizado na infraestrutura da cidade que apesar de ter escolas, universidades, hospital municipal, ainda é carente de diversos serviços, tendo que recorrer a capital quando requerido serviços com mão de obra especializada, além disso a falta de infraestrutura é refletida no processo saúde doença, que é contemplado com patologias típicas de regiões pobres como doenças de veiculação hídricas, HAS, DM, dermatozoonozes, dentre outras.

A UBS tem uma estrutura básica, constando com duas salas de consultas médicas, uma sala de consulta em enfermagem, uma copa, uma sala de vacina, uma sala para os grupões, uma farmácia e uma recepção. Temos uma equipe multiprofissional que é composta por uma médica, duas enfermeiras, três técnicos em enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Na região coberta pela ESF encontramos moradias diversas, predominando residências de madeira, sem sistema de esgoto, há uma escola nas proximidades, mesmo com isso é perceptível o baixo grau de escolaridade da população, assim como seu pouco poder econômico, fatores que corroboram para a epidemiologia local.

As características próprias da localidade refletem na procura pelos serviços de saúde. Isso é sentido nas consultas feitas pela equipe, as quais são preenchidas principalmente por pacientes com comorbidades como HAS, DM, vítimas de AVEs, grávidas, crianças, dentre outros públicos. Os atendimentos são feitos através de consultas pré-agendadas com dias destinados a cada grupo, além das visitas domiciliares, que também fazem parte da nossa rotina em APS.

Nossa equipe tem como foco o atendimento humanizado, respeitando os direitos dos clientes, embasados na ética do serviço público de saúde, tenta da melhor forma possível atender de forma universal e integral a todos, apesar das dificuldades com recursos materiais e de pessoal, e das diversas outras dificuldades a atenção primária prestada por nossa equipe acaba satisfazendo nossos anseios, mediante o que nos propomos fazer, resolvendo, acompanhando e tentando prevenir agravos das doenças mais prevalentes, como as supra citadas.

O perfil epidemiológico em consonância com a falta de informações e escolaridade da população motivaram a realização do projeto de intervenção com o tema: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO ÍNDICES DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS COMPLICAÇÕES. Mediante isso, buscamos melhorar a atenção primária, possibilitando aos usuários um atendimento ético e digno, lhes proporcionando uma melhor interação com a equipe de saúde assim como uma significativa melhora na qualidade de vida.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS) fazemos da melhor forma possível os atendimentos. Trabalhamos com uma equipe multiprofissional, contamos com o auxílio dos ACS e dos comunitários na promoção da saúde, o que nos gera satisfação por poder ajudar a maioria dos pacientes que nos procuram. Diante disso, escolhi um caso que achei ter relevância em se tratando de Atenção Primária em Saúde, o caso é relacionado aos cuidados a pessoa idosa, tendo em vista o envelhecimento populacional acredito que é de suma importância a discussão dessa temática pois esse grupo é muito vulnerável e merece cuidado especial.

O caso é referente a Dona Alzira, uma senhora de 70 anos, aposentada, viúva de Seu Antenor, que faleceu de acidente vascular encefálico (AVE) aos 80 anos. Mãe de três filhos, Joaquim de 44 anos, Antônio de 47 e Joana de 50 anos. A paciente foi atendida em visita domiciliar, na residência da filha, a qual é a única cuidadora da mãe, na casa ainda moram dois netos de dona Alzira, Carlos de 16 anos e Gabriel de 19, filhos de Joana com seu esposo José.

Todos moram em uma residência de alvenaria, com água encanada, coleta de lixo e esgoto. Ao chegarmos na residência o ACS, seu Antônio, nos apresentou e fomos convidados a entrar na residência, a enfermeira conversou um pouco com dona Alzira, aferiu sua PA que deu: 130/90 mmHg, FR: 25 irms, FC: 67 bpm, peso de 78 kg, altura de 1,64 m, IMC de 29, circunferência abdominal de 108 cm. Após a triagem feita pela enfermeira comecei a conversar com sua filha.

Na conversa a filha de dona Alzira me relatou que sua mãe não conseguia perder peso e que comia de tudo, reforcei que seria bom incentiva-la a seguir uma dieta, pude notar que dona Alzira estava com baixa acuidade visual, com comissura labial e algumas lesões nos lábios, má higiene bucal, além disso, reclamava de não segurar a urina, resolvi tentar conversar diretamente com dona Alzira, a qual parecia um pouco confusa. Percebi que a paciente não tinha condições de fornecer as informações que corroborassem com a consulta.

Além disso, a filha me trouxe um resultado de exame recente que constava com uma glicose de jejum de 198 g/dl, que isso preocupava ela, perguntei como estava a medicação, ela disse que a mãe era usuária de insulina, que fazia 15 unidades de manhã e 5 a noite, perguntei se tinha outros exames e ela disse que era só aquele, e quem tinha pedido era uma enfermeira amiga da família.

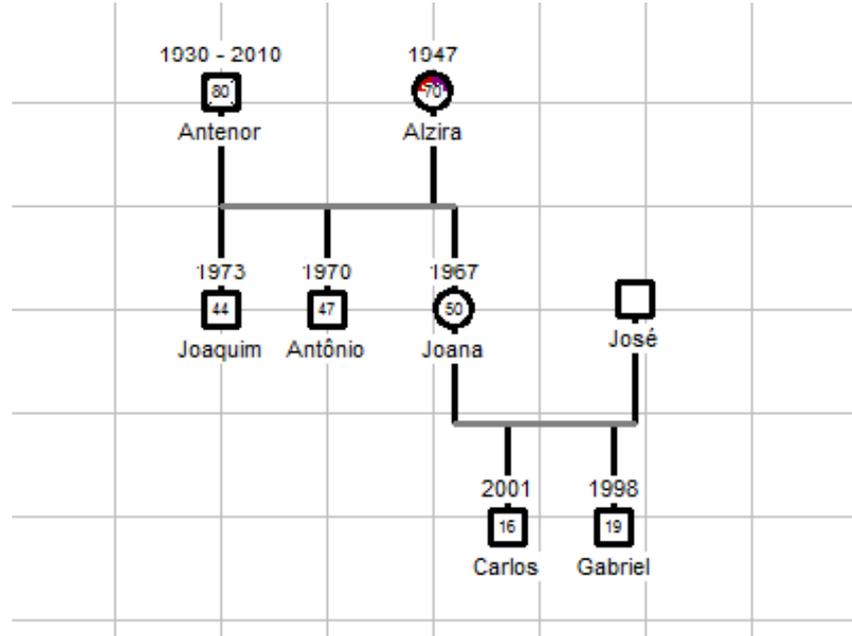
Perguntei se sua mãe fazia o uso de mais algum medicamento fora a insulina, ela respondeu que usava losartana de 50 mg uma vez ao dia, sempre que reclamava de dores usava algum analgésico, e muitos chás caseiros. Nesse momento disse que iríamos mudar algumas coisinhas; manter a losartana, quanto a insulina pedi que fizesse 10 unidades a noite e mantesse as 15 da manhã (SBD, 2011) e que usasse o glicosímetro para verificar e anotar por 3 vezes ao dia por uma semana os valores de glicemia capilar de dona Alzira, e que tomasse cuidado com a quantidade de chás pois não tinha como saber a composição e que isso poderia complicar o tratamento.

Perguntei a quanto tempo dona Alzira não fazia exames, ela respondeu que o último era o que tinha sido mostrado, então solicitei hemoglobina glicada, para ver como estava a real situação de controle do diabetes, ureia e creatinina para ver sua função renal haja vista que o diabetes e a hipertensão podem lesionar os rins, solicitei um exame do fundo de olho para que pudéssemos verificar se não haveria lesão na retina de dona Alzira, orientei que marcasse uma consulta com o cirurgião dentista e que escovasse mais vezes os dentes de dona Alzira, quanto a alimentação sugeri que evitasse alimentos ricos em carboidratos como batatas, pão, arroz, farinha, e que dona Alzira perdesse peso, assim melhoraria e muito as condições de vida dela.

Por fim, disse que na próxima visita queria ver o resultado dos exames e saber como dona Alzira estava, e que queria que joana procura o posto que ia deixar uma solicitação de consulta com o psicólogo, por ter visto que ela estava muito sobrecarregada com os cuidados que deveria ter sua mãe, pensei que por hora iríamos encerrar por ali, haja vista que nem todas as questões poderiam ser sanadas naquele momento.

Passados praticamente um mês retornei à casa de dona Alzira, fui muito bem recebida, perguntei como ela estava sua filha disse que ela havia melhorado significativamente, que estavam cuidando melhor de sua higiene. Perguntei se já tinham os resultados dos exames solicitados nem todos estavam prontos, porém, os que estavam na faixa da normalidade com uma hemoglobina glicada de 6,5%, falei que no geral o diabetes está com um bom controle, porém, que gostaria de ver os exames quando chegassem, me despedi da paciente, continuamos a fazer o acompanhamento de dona Alzira e ela está evoluindo muito bem, as feridas na boca melhoraram e estava seguindo a dieta e as outras recomendações.

Abaixo segue o genograma familiar.



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O dia a dia na Atenção Primária é cheio de situações que requerem atenção, nossos pacientes, na maioria dos casos são acometidos por doenças evitáveis ou mesmo controláveis, as doenças crônicas não transmissíveis acabam por ser as mais prevalentes a nível primário, dentre elas destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). “Mantem associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal” (SBC, 2016; SOCESP, 2015).

A problemática dessa doença é muito grande, na minha unidade de saúde grande parte dos pacientes é acometida por essa doença e requerem acompanhamento rotineiro, para se ter uma ideia no Brasil, por exemplo, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).

“Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015, o que confirma a grande problemática dessa condição clínica na vida da população” (SBC, 2016). Alguns pacientes que fazem acompanhamento na minha UBS são aposentados, no entanto acabam alegando não conseguirem fazer uma dieta correta devido ao elevado custo dos alimentos e medicamentos, o que reflete em muitos casos de mal controle da doença.

A hipertensão muitas vezes é sub diagnosticada, minha equipe de saúde costuma fazer busca ativa e traçar o perfil dos pacientes com fatores de risco, mesmo com as dificuldades tentamos promover ações que conscientize sobre os prejuízos do não tratamento da doença. Na nossa unidade a medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos ou enfermeiros, e em outros serviços por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde.

A hipertensão é categorizada de acordo com a PA do indivíduo, considera-se hipertenso aquele com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006). O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, através da utilização do MRPA ou MAPA para confirmar ou excluir tal hipótese. A tabela a baixo demonstra a classificação utilizada pela SBC.

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam -se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3

Fonte: 7ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, 2016).

Para diagnóstico costumo utilizar na minha unidade o MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 horas) e por vezes é necessário a utilização MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial), a aferição da PA fora do consultório é mais um recurso que podemos utilizar para elucidar o diagnóstico. Tanto a MAPA quanto a MRPA possibilitaram a definição de tipos de comportamento da pressão arterial que antes não eram conhecidos (SOCESP, 2015).

Em passado não muito distante havia dois tipos de indivíduos que se comportavam quanto à PA em: hipertensos (quando apresentavam valores de PA ≥ 140 x 90 mm Hg, respectivamente para a PA Sistólica e Diastólica) ou normotensos se esses valores não eram atingidos pelas medidas casuais ou de consultório. Mais recentemente, dois novos tipos de comportamento foram individualizados e representados por: hipertensão do avental branco, quando os valores de PA são sistematicamente elevados nas medidas casuais e normais pela MAPA ou MRPA e normotensão do avental branco ou hipertensão mascarada quando o inverso ocorre

qual seja, pressões arteriais sistematicamente normais no consultório com valores indubitavelmente anormais pelos métodos de medidas fora dele (MAPA ou MRPA). Isto deve ser levado em consideração ao momento de fazer o diagnóstico clínico. (SOCESP, 2015).

No que se refere a clínica do paciente, geralmente os indivíduos com HAS cursam, em geral, longos períodos de maneira assintomática ou oligossintomática. Achados clínicos e laboratoriais estão principalmente relacionados ao acometimento de órgãos-alvo: coração, rins, cérebro, fundo de olho e artérias periféricas. A manifestação mais frequente é cefaleia, porém muito inespecífica e guarda pouca relação com aumento da PA ocasional. Está mais relacionada a um quadro de crise hipertensiva, ou encefalopatia hipertensiva, quando a cefaleia é predominantemente em região occipital. “Alterações visuais, como escotomas cintilantes, também são relacionadas a um aumento abrupto da PA” (BRASIL, 2006).

Ao avaliarmos nossos pacientes devemos levar em consideração, dentre outras coisas, o risco cardiovascular, lesões de órgãos alvo e comorbidades. O que acaba por nos direcionar a um plano terapêutico individualizado e que supre as reais necessidades desse paciente, refletindo em um prognóstico favorável. O acompanhamento e controle da PA visa melhorar a qualidade de vida e prevenir as repercussões micro e macro vasculares. Isso é possível com a identificação previa dos indivíduos hipertensos e com o tratamento e controle da doença, utilizando para isso planos terapêuticos individuais e se preciso combinação de drogas (SBC, 2016).

Tabela 2: Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

-
- Sexo masculino
 - Idade
 - Homens \geq 55 anos ou mulheres \geq 65 anos
 - História de DCV prematura em parentes de 1º grau
 - Homens $<$ 55 anos ou mulheres $<$ 65 anos
 - Tabagismo
 - Dislipidemia
 - Colesterol total $>$ 190 mg/dl e/ou
 - LDL-colesterol $>$ 115 mg/dl e/ou
 - HDL-colesterol $<$ 40 mg/dl nos homens ou $<$ 46 mg/dl nas mulheres e/ou
 - Triglicerídeos $>$ 150 mg/dl
 - Resistência à insulina

- Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
- Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas
- Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
- Obesidade
 - IMC \geq 30 kg/m
 - CA \geq 102 cm nos homens ou \geq 88 cm nas mulheres

Fonte: SBC 2016

DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

No que se refere ao tratamento, o principal objetivo é reduzir a PA a níveis pressóricos $<140/90$ mmHg, com o propósito de reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular, incapacidade física e laboral, além de reduzir custo social. O tratamento não medicamentoso, nesse sentido, requer mudanças no estilo de vida que devem ser orientadas para todos os pacientes, mantendo-se quando houver necessidade de terapia medicamentosa. O intuito é controlar a PA e outros fatores de risco CV, além de reduzir o número de medicamentos em associação ou doses elevadas de cada medicamento.

Já o tratamento medicamentoso, possui o objetivo de controle da PA e dos fatores de risco cardiovascular: distúrbios dos lipídeos, intolerância da glicose, obesidade e fumo. Para a HAS propõe-se, assim, reduzir a PAS $<140/90$ mmHg e a PAD <90 mmHg. Valores inferiores preconizados no passado não encontram suporte nas evidências atuais.

Além disso, segundo a sociedade brasileira de cardiologia e outros órgãos vinculados ao SUS, pode-se considerar valores $<130/80$ mmHg para pacientes com doença renal crônica e albuminúria. Para pacientes com > 80 anos, sugere-se que o limiar para iniciar tratamento seja $>150/90$ mmHg e o objetivo a ser atingido $<150/90$ mmHg, a menos que sejam pacientes com diabetes ou doença renal crônica, quando a PA deve ser $<140/90$ mmHg. Os principais benefícios da terapia anti-hipertensiva se devem à redução da PA, e parecem independender da classe de medicamentos (BRASIL 2006; SBC 2016; SOCESP, 2015).

As escolhas das drogas devem ser influenciadas pela etnia, idade e outras características. A escolha também deve considerar condições como diabetes e doença coronária, bem como a gravidez. “Todas as quatro principais classes de agentes anti-hipertensivos diuréticos tiazídicos, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de

cálcio, bloqueadores AT-1 demonstraram reduzir desfechos clínicos relevantes”, embora na maioria dos estudos, no final, utilizaram associação de anti-hipertensivos no controle da doença (BRASIL, 2006).

As realidades sobre a situação de diagnóstico e tratamento da doença varia muito de acordo com vários parâmetros, na nossa região-amazônica- ainda temos o fator cultural muito enraizado, onde os pacientes deixam o tratamento farmacológico para fazer a utilização de chás e “garrafadas”. Muito disso vem também da baixa escolaridade dos pacientes e de seu nível cultural.

Mesmo com isso, cabe a nós que atuamos na linha de frente da saúde pública ajudar no entendimento por parte desses pacientes sobre os problemas do descontrole da doença, assim como respeitar suas crenças e forma cultural de tratar suas doenças.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar é sem sobra de dúvidas uma ferramenta de extrema utilidade na atenção primária. Através dela podemos mapear principais necessidades de cada paciente implementar terapêuticas individualizadas para cada caso (Valle ARMC et al, 2013). Nossas visitas costumam ocorrer uma vez na semana e consta com uma equipe multiprofissional, a qual faz os atendimentos em uma ordem de prioridade, assim como a frequência das visitas. Assim para melhor exemplificar escolhi um caso que segue a diante.

O caso é o da paciente F.M.S. paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, parda, dona de casa, natural e procedente do bairro Rural na cidade de Baião no estado do Pará no qual cresceu e vive até hoje. A visita domiciliar pela equipe de saúde da família foi solicitada pela filha, Maria (pseudônimo), que referiu que a mãe há muito precisava de uma consulta médica, mas que, devido à dificuldade de locomoção, era impossibilitada de comparecer à unidade de saúde.

A residência da família era distante cerca de cinco quarteirões da unidade de saúde. Na casa, moravam, além de dona Francisca e da filha Maria, o marido de Maria, João, e três filhos do casal, Ana, Pedro e Bruno (pseudônimos). Todos estavam presentes quando chegamos para fazer o atendimento, fomos prontamente recebidos na casa. À primeira impressão, pareciam uma família bem estruturada e que conviviam harmoniosamente, embora naturalmente demonstrassem apreensão quanto à enfermidade de dona Francisca. Fomos conduzidos até o aposento da matriarca, que estava deitada em sua cama, assistindo TV. Logo pude perceber que se tratava de algum problema no membro inferior direito, que estava enfaixado até o tornozelo.

Iniciei a consulta questionando sobre as condições gerais da família. A casa era própria de dona Francisca e a renda familiar consistia no salário de João, que trabalhava como pedreiro e nas diárias de Maria, que lavava roupas por encomenda. As crianças estavam devidamente matriculadas na escola. Tinham acesso a água potável e alimentação adequada. Sobre dona Francisca, o motivo da visita domiciliar, a queixa principal era de uma lesão na planta do pé direito “que não sarava de jeito nenhum”. A paciente não sabe como adquiriu a lesão: referiu que “quando se deu por si, tinha uma ferida de cerca de meio centímetro no pé, mas que não doía muito, apesar de parecer profunda”. Referiu que, inicialmente, adotou apenas medidas de cuidados gerais, fazendo curativo de algodão e procurando andar menos, porém a

lesão parecia “crescer”. Fez uso, então, de solução de violeta de genciana, mas uma vez não obtendo sucesso. A lesão continuou a progredir, tornando enegrecida na porção central, com bordas avermelhadas. A consulta médica foi sendo tardada na medida em que as dificuldades de locomoção da paciente apareceram.

Dona Francisca referiu histórico de diabetes mellitus diagnosticado há cerca de sete anos. Fazia o tratamento medicamentoso com metformina, estabelecido quando do diagnóstico, porém jamais adotou a prática de exercícios físicos e a dieta era rica em carboidratos (“come sempre muita farinha”, referiu a filha). Não passou por outras avaliações médicas desde então. Negou tabagismo e etilismo, bem como hipertensão ou outras doenças crônicas.

Ao exame físico, estava normocorada, hidratada e afebril; os estudos dos aparelhos respiratórios e cardíaco estavam normais, porém a pressão arterial medida sentada e em decúbito foi de 150x100 mmHg. No exame físico do pé lesionado, observava-se uma extensa lesão que se estendia da região calcânea até a raiz do primeiro e segundo pododáctilos, abrangendo toda a margem medial do pé direito. Havia áreas de importante necrose, além da presença de bastante tecido de granulação. As margens da ferida eram bastante hiperemiadas.

Após o exame, fiz uma limpeza da ferida utilizando o equipamento levado da unidade de saúde fiz um curativo novo, utilizando óleo de girassol para que a gaze não ficasse aderida à ferida. Expliquei, então, para a família que aquele ferimento era uma complicação do diabetes de dona Francisca e que sua ocorrência indicava um provável controle inadequado da glicemia, resultante, provavelmente, da não adoção de hábitos de vidas adequados e/ ou não acompanhamento médico, condições necessárias para a eficácia terapêutica da doença.

Por fim, falei das possibilidades de seguimento para a e tão condição da paciente, inclusive sobre a possibilidade de perda do membro. A família, surpreendentemente, já parecia entender que se tratava de um quadro grave e estava prepara para receber notícias duras.

O quadro exigia avaliação cirúrgica urgente, então a conduta, discutida entre os membros da equipe de saúde, foi solicitar a internação da paciente. O encaminhamento foi, assim, feito. Antes de deixar a casa da família, orientei sobre a necessidade de dona Francisca ser acompanhada na unidade de saúde e fazer parte do grupo HIPERDIA; havia uma possibilidade de ela ser, também, hipertensa, haja

vista a pressão aferida na ocasião estar elevada. Dona Francisca prometeu comparecer à unidade após os procedimentos hospitalares.

Percebemos com o caso em questão a necessidade das intervenções a nível residencial. Pois nos permite conhecer e mapear as reais necessidades dos nossos pacientes impossibilitados de locomoção, planejando ações individuais e coletivas sobre a temática (Gaíva MAM et al, 2011). Além disso nos permite entender como funciona a dinâmica familiar e fazer o acompanhamento de perto das necessidades dos nossos pacientes (Drulla AGA et al, 2009). E através disso, proporcionar atendimento digno e humanizado no conforto do lar desses indivíduos, evitando sofrimentos e melhorando sua qualidade de vida.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Foi uma satisfação imensa participar do programa mais médicos, tive uma oportunidade ímpar de aperfeiçoar meus conhecimentos. O curso de especialização me ajudou muito nas práticas diárias pois as abordagens com temáticas voltadas para a atenção primária em saúde foram de extrema utilidade, cada caso clínico que me fizeram ratificar os conhecimentos já adquiridos ou mesmo reciclar condutas e planos terapêuticos.

Os novos saberes foram adquiridos e levados muito além da plataforma, pois tive a possibilidade de interagir com outros colegas e com isso pude ver as realidades distintas do país e o quanto vulnerável é essa população, e nós como médicos temos um papel único na melhoria da saúde pública brasileira, Além disso o contato com os colegas nos fizeram ter uma troca de saberes e de experiências, principalmente nos debates dos fóruns ocasiões em que colegas de vários outros lugares puderam expor suas experiências frente as diversidades de cada região, isso possibilitou a tirada de dúvidas, ou mesmo a complementação de saberes em um intercambio bem dinâmico.

Outra parte que me chamou muito atenção foi que a própria equipe de saúde ficou mais fortalecida, conseguimos levar saúde de qualidade e com multiprofissionalismo, embasados nos princípios e diretrizes do suas conseguimos levar qualidade de vida aos pacientes e familiares. Outro ponto não menos importante foi a relação com os pacientes a qual foi fortalecida, e com a atuação bem próxima da comunidade pude perceber que a confiança nas terapêuticas sugeridas foram um ganho muito bom, pois isso demonstra que nosso trabalho está sendo bem desempenhado.

No que se refere a maneira de trazer a carga de conhecimento do curso para o dia a dia, sem dúvidas os subsídios teóricos me ajudaram muito a ter um raciocínio mais enxuto e que beneficia tanto o paciente quanto a organização da equipe, as temáticas cotidianas foram muito bem escolhidas, pois são casos comuns na atenção primária, e suas abordagens nos fizeram perceber a importância da medicina preventiva, com um olhar centrado na pessoa.

Isso ficou bem evidente na relação quando levamos a visita domiciliar as diretrizes que regem a Estratégia Saúde da Família até o seio da família dos nossos pacientes os fazendo participar do processo de saúde (Gaíva MAM et al, 2011).isso acabou por corroborar com a ampliação do cuidado para além do paciente,

contemplando todo o núcleo familiar na promoção da saúde coletiva (Drulla AGA et al 2009). Muito disso foi graças ao curso de especialização pois nos deu subsídios para ampliar nossa forma de atuação na APS.

De forma pessoal acredito que os ganhos foram imensuráveis, pois o curso de especialização é uma ferramenta muito útil proporcionando além dos saberes uma autorreflexão sobre a importância do nosso trabalho na comunidade, sobre as vivências do dia a dia, proporcionando para nossos pacientes atendimento de forma digna e com qualidade.

Por fim, acredito que o curso proporcionou aos profissionais envolvidos melhorar sua atuação, reciclando e adquirindo novos saberes o que reflete positivamente na nossa atuação, melhorando nosso desempenho, com raciocínio clínico, mas enxuto e coeso elaborando planos terapêuticos centrado na pessoa, e com isso proporcionando qualidade de vida os assistidos e melhorando nossas relações laborais.

6. REFERÊNCIAS

Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº.15.2006a.

Drulla AGA, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*. 2009; 149(4):667-74.

Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(4):697-704.

Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(4):697-704.

NOBRE, F. Valores de pressão arterial para o diagnóstico e metas: análise crítica das diretrizes mais recentes. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2015;25(1): 19-22.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento Oficial no 3 de 2011. Algoritmo para o tratamento do diabetes do tipo 2. Atualização de 2011. 2011;1-32.

Valle ARMC, Andrade D. Assistência de enfermagem no domicílio: um olhar crítico sobre a produção científica. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2013 [citado 2016 jul 12]; 5(6):348- 63. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3503/pdf_1194.

Anexo 1: Projeto de intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

Carmen del Pilar Gutierrez Turpo

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS ÍNDICES
DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS COMPLICAÇÕES

PARÁ

2017

SUMÁRIO

1	Introdução -----	3
2	Problema -----	6
3	Justificativa -----	7
4	Objetivos -----	8
	4.1 Objetivos Gerais-----	8
	4.2 Objetivos Específicos -----	8
5	Revisão da Literatura -----	9
6	Metodologia-----	14
7	Cronograma -----	15
8	Recursos Necessários -----	16
9	Resultados Esperados -----	17
10	Referências Bibliográficas -----	18

1. Introdução

A adolescência apresenta transformações psicológicas, sexuais, físicas e sociais e esses fatores fragilizam os jovens. As influências da mídia e dos grupos sociais, as incertezas e dúvidas, os tabus junto aos pais/responsáveis, dificultam o discernimento de melhores escolhas para o seu futuro.

A gravidez não planejada, independentemente da idade, pode trazer dificuldades psicossociais para os pais e, principalmente, para a criança. O indivíduo fruto da falta de planejamento familiar tem mais chances de sofrer negligência, maus tratos e até o abandono. Na adolescência é problema de saúde pública que traz consequências negativas na qualidade de vida das jovens que engravidam.

Além disso, existem fatores de complicações, como aborto espontâneo, parto prematuro, maior incidência de cesárea, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, dificuldades na amamentação e depressão, também contribuem para os riscos de uma gravidez mal vivida e até mesmo doenças sexualmente transmissíveis, também traz consequências para a educação, emprego e direitos de milhões de meninas em todo o mundo, e pode se tornar um obstáculo ao desenvolvimento de seu pleno potencial.

O relatório “Situação da População Mundial 2013”, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), revela que todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem devido a complicações de gravidez ou parto.

De acordo com este documento, em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais dois milhões são menores de 15 anos – número que podem aumentar para três milhões até 2030, se a tendência atual for mantida.

A América Latina tem terceira maior taxa de gravidez na adolescência do mundo, perdendo apenas para a África subsaariana e o sul da Ásia, afirmou o relatório do Banco Mundial lançado em 2013. Segundo a pesquisa, em 2010, a região registrou 72 nascimentos por mil mulheres de 15 a 19 anos. Na África subsaariana foram 108 nascimentos e no sul da Ásia 73.

De acordo com a PNDS da Criança e da Mulher –2006. O Brasil registra mais de 235 mil gestações não planejadas de mulheres jovens por ano. O custo para o

país é de mais de R\$ 540 milhões anuais, média de R\$ 2.293,00 por gestação. Do total de partos no SUS, 20% ocorre em meninas com idades entre 10 e 19 anos e os estados do Norte e Nordeste têm índice superior à média nacional - a taxa é de quase 30% no Pará.

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dada as 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)

Uma pesquisa do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) em 2015, revelou a alta taxa de gravidez entre adolescentes de 8 capitais do Brasil entre eles Belém, 1 em cada 4 bebês são filhos de mães com idade de 10 a 19 anos.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006, onde o Pará é o 1º no ranking de gestações não planejadas entre jovens de 10 a 19 anos. O Pará registra mais de 29% de partos em meninas entre 10 e 19 anos. A média brasileira é de 20%.

De acordo com o levantamento da Santa Casa (Belém), de janeiro a outubro de 2015 foram realizados em média 782 partos por mês, dos quais 23,4% foram de adolescentes menores até 18 anos.

Baião é um município brasileiro do estado do Pará sua população estimada é 44956 habitantes, possui uma área de 3758.297 km², fica localizada na mesorregião do Baixo Tocantins (Rio que corta a região) na microrregião de Cametá, a maioria se sustenta da pesca, da agricultura, do extrativismo e da criação de animais.

No geral tem uma população jovem com predomínio da faixa etária 15 a 19 anos sendo 2208 homens e 1822 mulheres, isto se deve a alta natalidade do município, a maioria das mulheres tem 3 ou mais filhos e muitas delas iniciaram a vida sexual precoce isso se reflete no dia a dia da Unidade Básica de Saúde Jorge Benchimol da qual faço parte, percebe-se frequência alta no número de gestantes entre 15 a 19 anos, atingindo o valor de 30% das gestantes cadastradas pela equipe, observa-se ainda que os adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência.

Frente ao grande número de adolescentes grávidas acompanhadas pela UBS este tema chamou bastante minha atenção no intuito de realizar um trabalho mais efetivo, de prevenção e estimular o cuidado com a saúde nesta faixa etária, que possibilitem minimizar a ocorrência de gravidez na adolescência, por meio da formulação de estratégias que possam oferecer uma atenção adequada às jovens visando a redução de gravidez indesejada, ou para assisti-las no caso da mesma ocorrer.

A saúde de adolescentes necessita de um olhar diferenciado por parte da equipe multiprofissional, a fim de assegurar a passagem por essa etapa de vida com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, através do cuidado com abordagens técnicas seguras e humanizadas.

2. PROBLEMA

O Projeto de Intervenção destina-se a resolver o seguinte problema: o pouco conhecimento das adolescentes sobre os métodos contraceptivos e as complicações de uma gravidez nesta etapa de suas vidas. Para isso foram programadas intervenções educativas para elevar o nível de conhecimento sobre como evitar uma gravidez não desejada e suas complicações aos jovens na área da saúde da UBS Jorge Benchimol, município de Baião, tornando-os capazes de assumir o comportamento responsável e diminuir os riscos.

3. Justificativa

A gravidez precoce está se tornando cada vez mais comum na sociedade contemporânea, pois os adolescentes estão iniciando a vida sexual mais cedo. Adolescência e gravidez quando ocorrem juntas, acarretam grandes consequências principalmente para os adolescentes envolvidos e seus familiares. Geralmente esses jovens não estão preparados emocionalmente e financeiramente para assumir estes tipos de responsabilidades, que fazem com que muitos adolescentes deixem seus estudos, saiam de casa, cometam abortos e até mesmo abandonarem as crianças sem saber o que fazer, fugindo da própria realidade.

Devido ao grande número de adolescentes grávidas nas **consultas**

4. OBJETIVOS

GERAL

Propor um plano de intervenção para reduzir os elevados índices de gravidez na adolescência e suas complicações.

ESPECÍFICO

- 1) Informar e apresentar os Métodos Contraceptivos;
- 2) Conscientizar o sexo seguro para a prevenção de doenças;
- 3) Informar e principalmente conscientizar da importância do planejamento familiar.

5. Revisão de Literatura

A gravidez é o estado resultante da fecundação de um óvulo pelo espermatozoide, e que envolve o subsequente desenvolvimento, no útero, do feto gerado, até a sua expulsão.

A palavra “adolescência” tem uma dupla origem epistemológica que caracteriza muito bem as peculiaridades desta etapa da vida. Ela vem do latim *ad* (a, para) *eolescer* (crescer), significando a condição ou processo de crescimento, em resumo o indivíduo apto a crescer. (OUTEIRAL, 1994)

O Estatuto da Criança e do Adolescente, sob a Lei N°.8.069/90 (Brasil,1990), circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, enquanto que Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 anos aos 24 anos (TAKIUTT, 1986).

A curiosidade em testar o seu aparelho reprodutor é desencadeada pela atividade hormonal ocorrida nesse período da vida, que leva ao ato sexual. As jovens iniciam a sua vida sexual logo após a primeira menstruação e engravidam em um curto período de tempo. A gravidez certifica para a adolescente que o seu corpo já está preparado para a concepção. A confirmação da sua capacidade reprodutiva desencadeia um sentimento de surpresa (não esperavam a gravidez), onde ela pode constatar que não é mais menina e, sim, mulher. Pode-se dizer que essas adolescentes estabelecem uma equivalência onde exercer a sexualidade significa ter filho, o qual demarca a sua entrada na vida adulta. (PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2003)

Segundo especialistas, a idade mais apropriada para ser mãe é entre os 20 e 35 anos, já que o risco para a saúde da mãe e da criança é muito menor. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco e implica em mais complicações. A adolescente não está preparada nem física nem mentalmente para ter um bebê e assumir a responsabilidade da maternidade.

As mudanças biológicas são a "transformação do estado não reprodutivo ao reprodutivo". (GUIMARÃES, 2001). Ou seja, na adolescência, esse amadurecimento do sistema reprodutivo provoca mudanças características desse período e também impõe limites para cada sexo.

É um período de grandes transformações para a mulher. Seu corpo se modifica e seus níveis de hormônios se alteram para a manutenção do feto. Com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na futura mamãe. Alguns dos principais temores são alterações na autoimagem corporal e não ter uma criança saudável. Outros temores são relacionados ao feto e à função de gerar, nutrir e parir. Tais temores podem desencadear fases de irritabilidade e de instabilidade de humor na grávida.

A gravidez na adolescência não é um fenômeno novo. Encontram-se grávidas adolescentes em todos os estratos sociais, contudo parece ser mais frequente entre mulheres de grupos de maior vulnerabilidade social, disse o oficial do programa para juventude do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram uma maior concentração de gravidez indesejada na adolescência nas Regiões Norte e Nordeste, sobressaindo entre mulheres negras e com baixa escolaridade. (Anna Cunha 2016)

A maioria das adolescentes abandonam os estudos para cuidar da criança, ocorrendo aumento dos riscos de desemprego, mudança de estrato sócio econômico e dependência econômica dos familiares, perpetuando-se assim, a pobreza, educação limitada, abuso e violência familiar tanto à mãe quanto à criança. (Suzuki 2007).

A gravidez na adolescência, habitualmente mal vigiada, tem sido associada a maior **morbilidade** materna e fetal podendo interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social sendo considerado um problema de saúde pública.

As complicações mais associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclâmpsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências associadas à decisão de abortar.

A maior incidência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer está relacionada com fatores biológicos (imaturidade e ganho de peso inadequado) e fatores socioculturais como pobreza e estilos de vida adotados pelas adolescentes.

O medo do julgamento familiar e da sociedade contribui para que a adolescente esconda sua gravidez. Para a família, essa descoberta geralmente é traumática. Para a adolescente, até que consiga falar à família sobre a gravidez e, então, que a crise familiar pela descoberta se instaure o que ela acolhe e apoie essa ansiedade, o medo e a culpa. (SANTOS, 2001)

A desinformação e a fragilidade da educação sexual são também questões problemáticas. As escolas e os sistemas de educação estão muito mais preocupados em dar conta das matérias cobradas no vestibular, como: física, química, português, matemática, etc., do que em discutir questões de cunho social. Dessa forma, temas como sexualidade, gravidez, drogas, entre outros, ficam restritos. Os governos, por sua vez, também se limitam às campanhas esporádicas. Ainda assim, em geral essas campanhas não primam pela conscientização, mas apenas pela informação a respeito de métodos contraceptivos.

As dificuldades encontradas pelas adolescentes são diferentes, dependendo de sua classe social. Entre as de baixa renda, há famílias que acolhem melhor, com apoio essencial, podendo as adolescentes continuar os estudos e/ou trabalhar. Por outro lado, os pais podem rejeitá-las e/ou abandoná-las, restando a elas, muitas vezes, a prostituição. Já em classes sociais de renda mais alta a adolescente tem, geralmente, como alternativas o casamento ou o aborto. Independentemente da classe, porém, o sentimento de culpa da gestante acarreta conflitos inconscientes, gerados pela desobediência das leis sociais, com reflexo na aceitação do filho. Após o parto, a adolescente questiona o significado da criança em sua vida e defronta-se com a falta de condições econômicas para criá-la. (GODINHO, R.A. 2000)

Pelo exposto, fica claro que as adolescentes grávidas necessitam de atenção especializada e, para tanto, têm sido criados programas de assistência pré-natal específico para este grupo, os quais buscam, através de uma equipe multidisciplinar, programar uma assistência pré-natal integral e incrementar a autoestima, fundamental quando se pretende formar uma família e oferecer amparo, com tolerância e flexibilidade, diminuindo, assim, a ansiedade da gestante, o que favorece e consolida seu papel de mãe.

Os pais exercem grande influência na vida de seus filhos. Primeiramente por que servem de exemplo, são observados constantemente pelos pequenos que começam a agir da mesma forma com que são criados e também porque educam as crianças desde cedo a agirem da maneira pelo qual acham ser a mais correta e

melhor para eles. Porém, nem sempre os pais acertam. Na intenção de serem mais liberais e menos conservadores, de acordo com o que a sociedade dita atualmente, muitos pais têm dado incentivos errados aos seus filhos, influenciando-os a agirem de forma liberal em relação a alguns valores, e isso inclui a vida sexual destes jovens.

Atualmente presenciamos na linguagem dos jovens a palavra “ficar”, e vemos que através disso acabam iniciando a vida sexual cada vez mais cedo, assim também começam a vivenciar novas experiências tanto físicas como emocionais.

Vemos que os jovens estão sendo cada dia mais influenciados sobre o início da sexualidade na adolescência, através de vários meios de comunicação como a internet, programas de TV e também amigos, dessa forma, suas mentes vão sendo influenciadas precocemente para estar cometendo esse ato.

A sexualidade envolve o crescimento global do indivíduo, tanto intelectual, físico, afetivo-emocional e sexual propriamente dito. As maiorias dos pais acham constrangedor conversar sobre sexo com seus filhos, ora pela educação recebida de seus pais, ora pela repressão ou por não saberem como abordar o tema. Assim, os filhos na maioria das vezes, ficam sem respostas para suas dúvidas, gerando conflitos ou acidentes inesperados por terem informações errôneas ao consultar variadas fontes impróprias.

A maior parte dos adolescentes passam seu tempo na escola, onde começam a se sociabilizar, a florando sua sexualidade devido ao desenvolvimento corporal gerado pelos hormônios. A escola é o ambiente onde a interação com o mundo ao redor e com as pessoas que o cercam acontece. Depois do ambiente familiar é a escola que complementa a educação dada pela família onde são abordados temas mais complexos que no dia a dia não são ensinados e aprendidos, tendo esta uma imensa responsabilidade na formação afetiva e emocional de seus alunos. E quanto ao assunto sexo e sexualidade? Qual o papel da escola frente a esse tema. A escola não deve nem vai tomar o lugar da família, mas cabe a ela possibilitar uma aprendizagem correta, já que essa instituição visa o crescimento do indivíduo como um todo. (FLAVIA NUNES. 2003)

Por se tratar de uma fase difícil para os adolescentes, é importante que haja compreensão por parte de pais, professores e outros adultos. O acompanhamento e o diálogo neste período são fundamentais. Em casos de mudanças severas

(comportamentais ou biológicas) é importante o acompanhamento de um médico ou psicólogo.

Compete então à família, à escola, às instituições de saúde e à sociedade contribuir para a informação de adolescentes de modo a se sentirem capazes de amar, de se sentirem felizes e de viver cada etapa de suas vidas com segurança e no que se refere à maternidade, que seja em uma fase madura e que possa ser vivida em toda sua plenitude, esplendor e harmonia, não interrompendo o curso natural da adolescência.

6. Metodologia

O presente trabalho é uma proposta de intervenção para reduzir os elevados índices de gravidez na adolescência e suas complicações no município de Baião realizado pela equipe da Unidade Básica de Saúde Jorge Benchimol envolvendo os adolescentes de 12 a 19 anos de ambos os sexos pertencentes a esta unidade.

O universo são 4030 adolescentes sendo 2208 homens e 1822 mulheres que constituem o total da população jovem.

A amostra foi composta por 242 adolescentes sendo 62 homens e 180 mulheres os quais foram selecionadas sob os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Os pacientes que desejam participar da investigação.

Critérios de exclusão:

- Os pacientes que não desejam participar do estudo.
- Os pacientes que deixam a investigação (morte ou que se deslocam habitação).

Na primeira fase, será realizada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados.

Na segunda fase, se aplicara um questionário aos adolescentes em estudo para identificar os níveis de conhecimentos sobre o assunto.

Na terceira fase, procederemos à implantação da intervenção realizando palestras, entrevistas, debates, espalhando cartazes, distribuindo panfletos e apresentando duas obras teatrais.

As atividades serão feitas nas instalações da própria UBS, será realizado 1 encontro quinzenal por 3 meses, com duração de 1 hora e 30 minutos, com 30 minutos restantes para discussão e avaliação da equipe e planejamento do próximo encontro, definindo papel e atribuições para cada um dos participantes.

Nos encontros além da abordagem educativa deverão permitir uma abordagem participativa dos adolescentes com a finalidade de tirar suas próprias conclusões e no final serão esclarecidas duvidas e questões a cerca dos temas abordados.

Na quarta fase se aplicara o mesmo questionário, assim, determinar mudanças no nível de conhecimento dos adolescentes investigados após a conclusão da intervenção.

7. Cronograma

Procedimentos	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde.	X				
Aplicara-se um questionário aos adolescentes em estudo para identificar os níveis de conhecimentos.		X			
A implantação da intervenção realizando palestras, entrevistas, debates, espalhando cartazes, distribuindo panfletos e apresentando duas obras teatrais.			X	X	X
Realiza-se o mesmo questionário, assim, determinar mudanças no nível de conhecimento dos adolescentes investigados após a conclusão da intervenção.					X

8. Recursos necessários

RECURSOS HUMANOS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- Agentes comunitários de saúde

RECURSOS MATERIAIS

- Sala para realização de grupos
- Projetor de imagens
- Note Book
- Impressora
- Pen drive
- Canetas
- Folha A4
- Materiais Contraceptivos (preservativo masculino e feminino, DIU, comprimidos orais e injetáveis)
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades

9. Resultados Esperados

Ao final dessa intervenção espera-se diminuir os altos índices de gravidez na adolescência na população coberta pela UBS Jorge Benchimol com informação com qualidade para toda a comunidade jovem durante o projeto de intervenção desenvolvida pela equipe.

Atingir 100% dos adolescentes da área descrita com mais e melhor conhecimento e controle sobre a sua sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Espera-se sensibilização dos adolescentes quanto à importância do sexo seguro, comunicação no seio familiar, promoção da troca de experiências entre eles e diminuir a vulnerabilidade que expõe o grupo a atitudes de risco.

Fortalecer os adolescentes, para tomada de decisões consciente.

10. Referencias bibliográfica

ANNA CUNHA. Relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) Gravidez na adolescência é mais frequente em grupos de maior vulnerabilidade social. 2016

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

FLAVIA NUNES_ Psicóloga, Mestranda no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia da Universidade São Francisco e docente da Unifenas. Psicol. Esc. Educ. (Impr.) vol.7 no.1 - Campinas June 2003

GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: Fatores de risco. São Paulo. Atheneu. 200.

GODINHO, R.A.; SCHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio. Rev.latino-am enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

OUTEIRAL, J.O. Adolescer: estudo sobre adolescência, Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1994.

PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2003, 21 (3), 84-91 encontrados na pagina <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a12.pdf>

Suzuki CM, Ceccon MEJ, Falcão MC, Vaz FAC. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007.

SANTOS, I. M. M., SILVA, L. R. Estou grávida, Sou adolescente e Agora? –Relato de experiência na consulta de enfermagem. Revista Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília 2001.

TAKIUTT, Albertina. A adolescente está ligeiramente grávida, e agora? Gravidez na adolescência. São Paulo: Coleção e sociedade precisa saber. 1986.

.