

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

Damaris Virgen Nuviola González

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA.

PORTO ALEGRE

2018

Damaris Virgen Nuviola González

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao
curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre

Orientador: Prof. Diego Azevedo

PORTO ALEGRE

2018

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	3
2.1. DISCUSSÃO DO CASO:.....	5
2.1.1. FAMILIOGRAMA	5
2.1.2. PLANO DE AÇÃO:	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.8	
4. VISITA DOMICILIAR.....	10
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	12
REFERÊNCIAS	14
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	17

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Damaris Virgen Nuviola Gonzalez, sou medica cubana, formada no ano 2008, com residência de medicina da família e comunidade desde o ano 2012. Desde minha formação tenho trabalhado em três países: Cuba, Venezuela e Brasil. Sou professora instrutora da Universidade de Ciências Médicas do estado de Camagüey em Cuba.

Depois de minha formação tenho participado em vários eventos científicos e realizado cursos de capacitação em diferentes esferas. Minha área de trabalho sempre foi centrada na medicina da família e a comunidade.

Atualmente estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde Umbu no município de Alvorada no Estado Rio Grande do sul.

Umbu é a comunidade mais pobre do município, com uma população estimada de 35000 habitantes, com áreas que apresenta um grade fluxo de migração de habitantes.

No posto o agendamento e feito nas segundas feiras pela manhã, contamos com acolhimento todos os dias, é importante ressaltar que as principais causas de consultas são a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias, diabetes mellitus e as síndromes dolorosos a diferentes níveis.

Umbu é um bairro com características especiais, é uma área de tráfico e consumo de drogas com um alto índice de doenças transmissíveis e gestação na adolescência, é o bairro com maior índice de HIV do município e com maior número de gestantes adolescentes.

Em nossa área temos diversidade de religião com um alto número de igrejas evangélicas e de centros espiritas. Contamos com escola primaria e 1 de ensino médio. Não contamos com nenhuma associação comunitária.

Umbu e um bairro com estrutura comercial autônoma, tem mercados, lojas, farmácias. A principal fonte de ingresso e o serviço autônomo.

O posto de Umbu consta com uma equipe da saúde integrado por uma pediatra, três clínicos, uma odontóloga, duas enfermeiras, uma técnica em saúde

bucal, 5 técnicos de enfermagem 21 agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista e uma higienizadora.

O alto índice de gestantes adolescentes e o trabalho preventivo insuficiente foram os dois fatores que motivaram-me à realização do projeto de intervenção que encontra-se no anexo.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Paciente M F de 16 anos de idade, estudante, casada com G de 34 anos de idade faz um ano. Trabalhador da construção, tabagista.

M F mora na casa de seus pais e uma irmã, A, de 32 anos que trabalha de cabeleireira. O pai é J, hipertenso e diabético, de 56 anos de idade, desocupado, tabagista e alcoólatra, e a mãe é M J de 50 anos de idade, obesa e hipertensa trabalha em casa de família.

M F veio para realizar a primeira consulta de pré-natal. A enfermeira fez os testes onde constatou que o teste de sífilis é positivo. Os restantes testes são negativos, a enfermeira informa-me da situação e agendamos para o próximo dia a consulta médica.

Na consulta fazemos o interrogatório onde a gestante não sabe a data de sua última menstruação já que seus ciclos são irregulares. Não usava nenhum método anticonceptivo, refere não ter usado nenhum tipo de medicamento nem drogas e que tampouco fumava que se deu conta porque apresentava enjoo pela manhã, sem vômitos e então a mãe falou que poderia ser gravidez. Fez o teste faz cinco dias com resultado positivo, além de um eco faz quatro dias (18 -05-2017). Agora com um pouco de enjoo e refere ter corrimento fétido, semilíquido, e que não usa camisinhas já que seu marido não gosta.

Ao exame físico constata-se:

Peso: 54 kg estatura: 158 IMC: 21.6 Avaliação Nutricional: normopeso.

Mucosas: normocoradas e úmidas.

Aparato Cardiovascular: RC rítmicos, audíveis, bem golpeados, sem sopros, PA 100/60mmhg, pulsos presentes e normais.

Aparato Respiratório: MV normal, não ausculto estertores. FR 18 x min.

Abdômen: Globuloso, AU: 14 cm, DU 0/10. RHA presentes e normais, sem outra visceromegalia.

Geniturinário: Genitais externos sem lesões, observa-se saída abundante de leucorréia branca-acinzentada. SP: colo central de nulipara com leucorréia espumosa no interior da vagina. OCE fechado. TV útero com tamanho correspondente para 14 semanas de gestação, sem dor na manipulação.

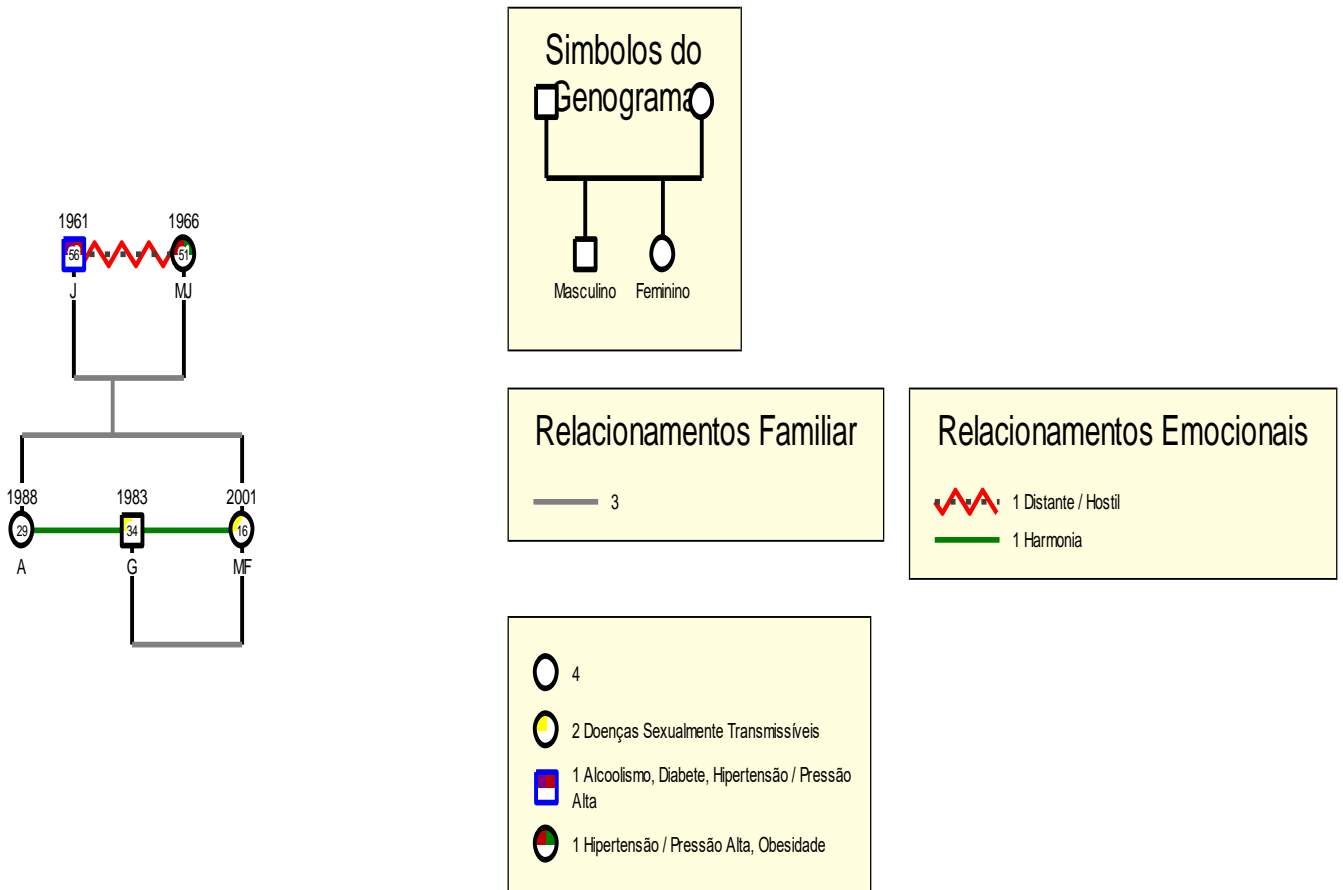
Resto do exame físico sem alterações.

Impressão diagnóstica:

1. Gestação de 14 semanas por eco do dia 18/05/2017.
2. Baixo risco obstétrico por:
 - Tabagista pasiva.
 - Vaginose bacteriana.
 - Teste rápido para sífilis positivo.
 - Adolescente.

2.1. DISCUSSÃO DO CASO:

2.1.1. FAMILIOGRAMA



2.1.2. PLANO DE AÇÃO:

Atividade	Responsável	Data
Acolher a paciente e explicar sobre as características da gestação	Médica	Consulta hoje
Indicar os complementários da primeira consulta	Médica	Consulta hoje
Brindar tratamento para sífilis segundo às normas brasileiras de tratamento das DST	Médica	Consulta hoje
Agendar consulta para parceiro para avaliação e fazer os testes rápidos	Enfermeira	Próxima consulta da gestante
Brindar tratamento para vaginose bacteriana Simon normas brasileiras de tratamento para DST	Médica	Consulta hoje
Agendar visita domiciliar para avaliar outros fatores psicossociais e econômicos da gestante e sua família, assim como tratar o tema do tabagismo e a gestação.	ACS, enfermeira e médica.	Próxima semana
Orientar sobre sintomas e signos normais da gestação e como tratar, por exemplo, o caso de enjoo	Médica	Consulta hoje.

Solicitar retorno para reavaliação de exames em 15 dias e avaliação da vaginose bacteriana.	Médica	Consulta hoje.
---	--------	----------------

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

Em minha Unidade de Saúde, desde minha chegada, sempre tratei de fazer um bom trabalho de prevenção, educação e promoção de saúde.

Em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi originada a Carta de Ottawa. Neste documento se explica que, ``promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social.``

As ações preventivas, definem se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações

É importante ressaltar, que no caso da prevenção no contexto da atenção primária de saúde tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica ou a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo.

Por outra parte, a promoção de saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar na qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Baseado nestes conceitos, no posto de saúde a gente desenvolve atividades para melhorar as condições de saúde da população atendida, brindando uma atenção médica de qualidade onde ficam integrados nos atributos da Atenção Primária de Saúde, baseados na acessibilidade, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

Nas consultas de pré natal é importante fazer prevenção da anemia por déficit de ferro administrando 60 mg de ferro elementar por dia, desde o início da gestação até 3 meses depois do parto e o ácido fólico deve ser oferecido 3 meses antes da gestação e todo o primeiro trimestre para a prevenção de defeitos congênitos, além de uma dieta rica em frutas e vegetais.

O grupo de gestante é uma boa oportunidade para refletir sobre o tema da prevenção das DST e as consequências que estas têm para o feto.

A sepsis neonatal é prevenida de diferentes formas, fazendo uma pesquisa durante toda a gestação de infecções vaginais, e a partir das 37 semanas a gestante tem que fazer a pesquisa de estreptococo beta hemolítico no ânus e vagina, já que no caso que seja positivo a paciente tem que ser medicada com antibióticos durante o processo do parto.

Para a prevenção e detecção precoce de outras doenças é realizado o acompanhamento da gestante de acordo com a programação de consultas e os protocolos de tratamento e prevenção de doenças do caderno de atenção básica sobre a gestação de baixo risco.

A promoção de uma gestação saudável não inclui isoladamente a gestante. Temos que ter em conta o contexto psicossocial onde ela encontra-se inserida, ou seja, trabalho, parceiro, bairro etc.

Terapias comportamentais e reeducação alimentar também encontram-se dentro das medidas adotadas pelo posto para melhorar as condições de saúde das gestantes.

A gestação na adolescência é uma condição, que pode ser reduzida com medidas de prevenção e promoção efetivas.

No meu posto temos diversas atividades para evitar a gestação em idades precoces. As agentes de saúde fazem palestras nas visitas domiciliares e nas escolas. No posto as enfermeiras e as técnicas de enfermagem trabalham o tema na consulta de acolhimento em conjunto com o resto da equipe.

Neste momento, temos alguns problemas para o acompanhamento das gestantes já que a população migra muito por causa da violência.

4. VISITA DOMICILIAR

A Estratégia de Saúde da Família defende os princípios básicos do SUS, como a universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação social e descentralização com o apoio de três grandes pilares: a família, o território, a responsabilização e o trabalho em equipe.

Na estratégia de saúde da família o paciente deve ser atendido de forma integral, ou seja, não a doença isoladamente e sim abordar em todo seu contexto socioeconômico e cultural.

Para obter este objetivo é necessária a realização da visita domiciliar pela equipe de saúde da família já que esta gera vínculos com o usuário e sua família, permitindo o conhecimento do território e domicílio, permitindo a integralidade da atenção.

De forma geral, a visita domiciliar é operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais nas áreas, atuando na promoção de saúde, prevenção de doenças, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde.

No meu posto de saúde as visitas domiciliares são agendadas pelas agentes de saúde. Elas através das visitas planejam o acompanhamento daqueles casos que precisam acompanhamento em casa pelo médico ou pela enfermeira.

Antes de eu chegar ao posto, as visitas feitas pelo médico, se efetuavam no caso que a secretaria mandava o transporte. Agora já não e assim, no caso que a secretaria não tenha transporte para efetuar a visita, a gente faz a visita a pé, e quando fica muito longe é informado no grupo de whatsapp do posto para que alguém colabore com o transporte. Agora o mais importante é o paciente.

No caso das gestantes com sífilis, as agentes fazem visita domiciliar ao casal para avaliar a aderência ao tratamento. Conforme o caso discutido, elas falam sobre a importância do tratamento correto. No caso que o casal não cumpra com o indicado é informado à equipe e se discutem as causas, se

planifica uma visita domiciliar pela equipe para fazer uma intervenção familiar mais profunda.

Uma vez que a equipe esteja em casa da gestante, se estudam os fatores psicossociais que interferem na adesão ao tratamento dela ou do parceiro. Faz-se uma palestra à família sobre os riscos da doença para a mãe, para a criança e para a família em todo seu contexto.

A equipe em parceria com a família faz um plano de ação para melhorar as condições de saúde da mãe e assim evitar complicações na criança.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Especialização em Saúde da Família e uma experiência muito importante em minha vida profissional. Durante todo o tempo de estudo, eu tive a oportunidade de adquirir novos conhecimentos sobre os protocolos de atendimento às diferentes doenças, as formas de aplicação da medicina baseada na evidencia com um enfoque biopsicossocial ao paciente.

Nas primeiras unidades, tive a oportunidade de conhecer as leis do país sobre a saúde, compreender as características do sistema e compartilhar com meus companheiros minhas experiências.

Esta é a primeira vez que eu faço um curso à distância, tive que me acostumar ao sistema de ficar 8 horas no computador, e as aulas não presenciais. Em muitas unidades, as 8 horas foram insuficientes e tive que utilizar o sábado para concluir as tarefas.

No eixo 2, foi mais fácil, já que trata sobre as principais doenças e como são abordadas no contexto da saúde da família, ali pude acrescentar meus conhecimentos de medicina, de forma geral, conhecer mais a fundo os protocolos do país.

Nesta etapa acho que seria bom, nos próximos cursos, fazer algumas aulas práticas nos hospitais, principalmente nas unidades que tratam sobre emergências e procedimentos cirúrgicos.

Com os conhecimentos adquiridos durante o curso, apliquei algumas condutas no posto. Consegui mudar muitas coisas a respeito no atendimento dos pacientes e nas visitas domiciliares em pacientes com alto risco para saúde.

Particpei nas reuniões de equipe em palestras e ativamente nos grupos de diabetes, saúde mental, hipertensão, puericultura e gestantes ajudando os pacientes a melhorar seu estilo de vida.

Transmiti novos conhecimentos aos profissionais da equipe, e diminui o número de encaminhamentos para as diferentes especialidades. Conheci

algumas doenças que não temos em nosso país como a tungíase, doença de chagas, acidentes de animais peçonhentos, entre outras.

Sobre a plataforma acho que foi boa. O importante seria que todos os médicos, independente do estado e município onde trabalharam tivessem a possibilidade de adquirir novos conhecimentos, e melhorar a qualidade do atendimento e as condições de saúde do povo brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B. B. Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços do município de Fortaleza (CE). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, Fortaleza, 2006.

BARBOSA. Débora C. M., MATTOS. Augustus T. R. Visita domiciliar sobre a percepção dos usuários da estratégia saúde da família, Medicina (Ribeirão Preto) 2016.

BEZERRA. Adriana Brasil de Albuquerque; MAGALHÃES. Maria Lúcia Bosi. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Atenção à Saúde da Gestante em APS. Ministério de a Saúde Grupo Hospitalar Conceição. Gerencia de Saúde Comunitária 2da edição. Porto Alegre RS.2017

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília. DF. 2012.

BRASIL. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Seção da Saúde da Mulher. Porto Alegre. 14 de junho de 2017. Nota técnica 01/2017 - atenção ao pré-natal na atenção básica1.Porto Alegre .2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Ministério da Saúde. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica. Gestação de Baixo Risco. Brasília DF 2013.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 29, Volume II Brasília – DF 2013.

BRASIL. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública. 2008.

BRUCE B. Duncan. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. São Paulo.2004.

CRUZ, Mariene Mirian, BOURGET, Monique Marie Marthe. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Brasil. 2010 .

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MILECH, Adolpho. Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004.

OTTAWA. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. 1986.

SOBEL, J. D. Bacterial vaginosis. Waltham (MA): UpToDate, 2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Damaris Virgen Nuviola Gonzalez



ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

ALVORADA

2017

RESUMO

Introdução: A Unidade Básica de Saúde Umbu está localizada no município Alvorada, estado Rio Grande do Sul. Possui três Equipes de Saúde da Família com uma população de 35.000 habitantes. Entre eles encontra-se a equipe 24 que é o responsável por 2.438 famílias. A maioria é pobre, com condições de vida desfavoráveis. Na atualidade, contamos com um total de 234 gestantes. Entre elas 48 são adolescentes representando o 20,41% do total.

Objetivos: prevenir a gravidez na adolescência por meio de medidas educativas no território da Estratégia de Saúde da Família da UBS Umbu, Município de Alvorada, estado Rio Grande do Sul. **Métodos:** A intervenção envolverá os pacientes adolescentes cadastrados na ESF e uma equipe formada para a intervenção. Uma vez determinadas as temáticas mais importantes, os adolescentes serão organizados em grupos para realização de palestras e trabalhos em grupo, utilizando estratégias educacionais. Será avaliado o nível de conhecimento alcançado pelos adolescentes através de instrumentos de perguntas e respostas anônimos, aplicados nas palestras e nos trabalhos em grupo, realizando as estatísticas. **Resultado esperado:** Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar o conhecimento dos adolescentes em relação à sexualidade; reduzir o número de gestantes adolescentes e suas consequências; melhorar acesso dos adolescentes às ofertas da ESF em relação à sexualidade; o maior envolvimento dos familiares nestas questões, assim como o maior apoio da equipe de saúde aos adolescentes.

Palavras – chave: adolescente, gestação, intervenção

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	6
2.1 Geral	6
2.2 Específicos	6
3. Revisão da literatura	7
4. Metodologia	9
5. Cronograma	11
6. Recursos necessários	12
7. Resultados esperados	13
8. Referências	14
ANEXOS	15

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Umbu está localizada no município Alvorada, estado do Rio Grande do Sul.

Possui três Equipes de Saúde da Família com uma população de 35.000 habitantes. Entre eles encontra-se a equipe 24 que é o responsável por 2.438 famílias. A maioria é pobre, com condições de vida desfavoráveis

A maioria das casas em más condições de habitação. As ruas sem asfalto com exceção da rua por onde trafega o ônibus.

A população de forma geral, só tem até o ensino médio e temos um grande número de analfabetos, principalmente idosos.

O posto conta com três enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, uma pediatra, um obstetra e três clínicos sendo dois deles de 40 horas e o outro de 30 horas.

O acolhimento se faz pela manhã e os pacientes podem agendar as segundas férias para os atendimentos, que não são urgentes. Esse tipo de consulta de acompanhamento de doenças crônicas se faz no horário da tarde.

Na atualidade, contamos com um total de 234 gestantes. Entre elas 48 são adolescentes representando o 20,41% do total, com uma alta incidência de anemia e sepses vaginal durante a gestação, prevalecendo às adolescentes solteiras.

Durante a rotina do serviço nota-se um número grande de adolescentes, que a cada dia, começam as relações sexuais mais precocemente.

Contamos com gestante de 13 anos de idade, sendo que muitas de elas já têm acompanhamento na consulta de planejamento familiar para o uso de algum método anticoncepcivo.

É importante ressaltar que muitas não chegam a nosso serviço por múltiplos motivos, entre eles o medo da família.

Em nosso posto temos cordon na recepção, mas independentemente do trabalho que fazemos no posto, é importante e necessário implementar um programa direto na comunidade com as agentes de saúde que podem chegar mais facilmente as adolescentes e sua família para evitar a gestação nesta etapa.

Esta situação justifica a realização de este projeto de intervenção, estabelecendo estratégias e desenvolvendo programas de educação voltados a prevenção da gestação nas adolescentes.

Justificativas da intervenção

Promover a redução do número de adolescentes grávidas, complicações, gastos com saúde pública, por exemplo, com UTI neonatal, outros agravos físicos, psíquicos e sociais relacionados a um parto prematuro. Amenizar o risco gestacional, o tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além de evitar maiores sofrimentos futuros relacionados às situações que poderiam ser prevenidas, mostrando que qualquer investimento para prevenção da gestação na adolescência é justificado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Prevenir a gravidez na adolescência por meio de medidas educativas no território da Estratégia de Saúde da Família da UBS Umbu, Município de Alvorada, estado Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população do estudo (idade e sexo).
- Identificar a idade que os adolescentes iniciam as relações sexuais.
- Avaliar a existência de educação sexual prévia.
- Analisar o conhecimento dos diversos métodos contraceptivos.
- Elaborar estratégias de educação sexual, envolvendo os pais e os adolescentes.

3. REVISÃO DA LITERATURA

EISENSTEIN (2005) refere que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define os limites da adolescência na faixa etária entre 10 e 19 anos. No Brasil, os adolescentes correspondem a 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, estimando-se que a população feminina seja de 17.491.139 pessoas.

ABERASTURY (1989) também considera que a adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta. Significa “crescer para a maturidade” e é considerado o processo psicológico, social e maturacional iniciado pelas mudanças púberes. O crescimento somático e o desenvolvimento de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam intensamente levando a mudanças relevantes de forma e expressão, tais como as mudanças biológicas, psicossociais, cognitivas, morais e, até mesmo espirituais.

Como consequência das mudanças relacionadas ao exercício da sexualidade, pode-se registrar o alarmante aumento no índice de gravidez entre adolescentes. LOPEZ (1989) refere que diversos fatores podem ter contribuído para tanto, entre eles: menarca precoce; casamento tardio; deficiência na educação sexual; estilo de vida urbana e quase total ausência de serviços de saúde especializados em adolescentes.

SILVA (2006) explica que as mudanças no padrão de comportamento dos adolescentes e na sua experiência de sexualidade exigem maior cuidado profissional, devido às repercussões como a ocorrência de uma gravidez precoce.

A gravidez na adolescência tem sido alvo de preocupação de técnicos e governantes. MONTESSORO (1996) explica, que, no Estados Unidos, o problema da gravidez precoce, já foi considerado epidêmica.

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, explica YAZLLE (2006), uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos.

RIBEIRO (2000) também considera que em quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros).

No Brasil tem sido referido aumento da incidência da gravidez nesta faixa etária, com cifras que vão de 14 a 22%. Alguns estudos têm sido realizados, sugerindo a necessidade de estratégias para a prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos.

A prevenção deste problema de saúde é uma das funções mais importantes da Estratégia de Saúde da Família. São relevantes, dentro deste contexto, o maior conhecimento do problema, suas causas, incluindo estratégias de educação sexual envolvendo o adolescente e seus pais. O intuito deve ser a orientação e a mudança significativa, a partir do conhecimento consolidado pela educação e acompanhamento em saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Cenários do estudo:

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS Umbu, Município de Alvorada, estado Rio Grande do Sul.

4.2 Sujeitos da intervenção:

A intervenção envolverá os pacientes adolescentes cadastrados na ESF e uma equipe formada para a intervenção.

a) Critérios de inclusão:

- Os integrantes da equipe 21 da UBS Umbu, Município de Alvorada, estado Rio Grande do Sul
- Todos os adolescentes da área de abrangência da UBS Umbu, Município de Alvorada, estado Rio Grande do Sul
- Os adolescentes que desejarem participar.

b) Critérios de exclusão:

- Os adolescentes que não desejarem participar ou que seus pais/responsáveis não autorizem.
- Os adolescentes com transtornos mentais, deficiência física ou alguma doença crônica que impossibilitem sua mobilização e/ou compreensão.

4.3 Estratégias e ações

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os adolescentes responderão um questionário estruturado, que eu elabore, que conterà aspectos gerais e específicos de educação sexual e de gravidez na adolescência, com o objetivo de avaliar os conhecimentos prévios sobre o tema (Anexo).

Os questionários serão analisados para determinar os aspectos que apresentem desconhecimento, parcial ou total, auxiliando na elaboração de temáticas.

Uma vez determinadas as temáticas mais importantes, os adolescentes serão organizados em grupos, na faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos para realização de palestras e trabalhos em grupo, utilizando estratégias educacionais. O trabalho envolvendo palestras e intervenção em grupo será realizado mensalmente, com duração de três meses (podendo ser prorrogado), pela equipe de referência da Unidade, com condução de temas mais específicos pelo médico e enfermeira.

Os pais procurarão ser orientados sobre às questões pertinentes ao trabalho, como estímulo à sua participação no aspecto educacional e familiar.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Será avaliado o nível de conhecimento alcançado pelos adolescentes através de instrumentos de perguntas e respostas anônimos aplicados nas palestras e nos trabalhos em grupo, realizando as estatísticas.

Acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando anualmente se houve redução das taxas de gestantes adolescentes.

5. CRONOGRAMA

Actividades (2017-2018)	Março 2017	Abril 2017	Maió 2017	Junho 2017	Júlio 2017	Agosto 2017
Elaboração do projeto	X	X				
Aprovação do projeto		X				
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	
Apresentação para equipas e comunidades	X	X				
Intervenção			X			
Discussão e análise dos resultados				X		
Elaboração de relatório					X	X
Apresentação dos resultados para equipas e comunidade						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- ❖ Sala para realização de grupos;
- ❖ Equipamento de multimídia;
- ❖ Caneta;
- ❖ Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- ❖ Profissionais Médicos, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS;
- ❖ Listas com pacientes.
- ❖ Boletins de atendimento coletivo;
- ❖ Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- ❖ Métodos anticonceptivos pra as atividades demonstrativas

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar o conhecimento dos adolescentes em relação à sexualidade; reduzir o número de gestantes adolescentes e suas consequências; melhorar acesso dos adolescentes às ofertas da ESF em relação à sexualidade; o maior envolvimento dos familiares nestas questões, assim como o maior apoio da equipe de saúde aos adolescentes.

8 REFERENCIAS

EISENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. RevOfic do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Brasília. 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001.

ABERASTURY, A., & Knobel, M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artmed. 1989

LOPEZ Fanny Viviana, SCHORNÉIA, Siqueira Augusto F. de. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev. Saúde Pública. 1989

SILVA L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. latino-am Enfermagem. 2006

MONTESSORO AC, Blixen CE. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. Nurs Outlook 1996

YAZLLE Marta Edna. HOLANDA Diógenes. Gravidez na adolescência. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006.

RIBEIRO Eleonora RO et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2001

GLAYRIANN Oliveira Belarmino¹, ESCOLÍSTICA Rejane Ferreira Moura, Risco nutricional entre gestantes adolescentes. Acta paulista de enfermagem. 2008

FREITAS Gisleine Vaz Scavacini de, BOTEGA Neury José. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001

ANEXOS

Questionário

1 A partir de que tempo a menina pode- se engravidar?

____ antes da primeira menstruação.

____depois da primeira menstruação.

2 Você usaria camisinha em todas as relações sexuais?

____ não

____ sim

3 Que métodos anticoncepcionais você conhece?

4 Uma gestação agora em você, ou em sua parceira que consequências traria?
