

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

**GUNTHER SANCHEZ PEREZ**

**INCIDÊNCIA DE PARTO HOSPITALAR EM  
ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE BENJAMIN  
CONSTANT - AM. PERÍODO 2012 – 2016.**

PORTO ALEGRE

2018

**GUNTHER SANCHEZ PEREZ**

**INCIDÊNCIA DE PARTO HOSPITALAR EM  
ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE BENJAMIN  
CONSTANT – AM. PERÍODO 2012 – 2016.**

Trabalho referente a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família apresentado para UNASUS /UFSCPA com o objetivo parcial para finalização do curso.

Orientador: Dr. Warley Aguiar Simões

PORTO ALEGRE

2018

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	20
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	26
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	30
6. REFERÊNCIAS .....	33
7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	35

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Gunther Sanchez Perez de 45 anos de idade, natural de Perú. Com formação acadêmica de Médico graduado no ano de 2015, possuo outras formações acadêmicas como especialista em Obstetrícia graduado na universidade Peruana, além disso, tenho especialidade de Saúde da Família em ênfase a Saúde Indígena. Trabalhei por vários anos como enfermeiro no DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena). Atualmente com a criação do programa Mais Médicos para o Brasil, iniciei meu trabalho como parte do programa federal do governo do Brasil. Com início das atividades no mês de agosto do ano 2016 no, município de Benjamin Constant AM, lotado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alcino Castelo Branco.

Segundo IBGE, 2016 o município de Benjamin Constant, Localiza-se no Sudoeste Amazonense, tem uma população estimada de 40.417 habitantes. O município conta com 05 Unidades básicas da saúde, sendo que o território adscrito á Unidade Básica de Saúde de atuação esta composta por 10 micro áreas composta por um total de 2,587 pessoas. Área considerada de alto risco pelas condições sócias, econômicas e ambientais desfavoráveis. Trata-se de uma população com baixo nível econômico e com baixa escolaridade. Contamos ainda com algumas redes de apoio das escolas Imaculada conceição e escola sonho meu, igreja e paróquia da cidade, igrejas evangélicas, associações de pescadores entre outros.

O município a estrutura de saneamento básico é precario, não tem rede de esgoto, a agua para o consumo domiciliar é direto da agua do rio Solimões sem tratamento adequado. A falta de essas estruturas se alastra a muito tempo devido à falta de organização e planejamento dos governantes municipais e estaduais, Toda essas precariedades e muito favorável para o aparecimento das doenças infectocontagiosas que acomete a população em estudo.

Na referida UBS acima mencionada tem uma demanda diária de 28 pacientes diário fazendo um total de 300 atendimentos medico mensais aproximadamente, é realizado atendimentos de enfermagem, vacinação, curativo, injetáveis e atendimento de odontologia não possui no momento. São realizadas visitas

domiciliares pelo médico juntos com os agentes de saúde conforme demanda com um total de 40 visitas mensalmente.

- **Patologias de maior demanda na UBS são:**
  - ✓ Doenças respiratórias agudas
  - ✓ Doenças diarreicas agudas
  - ✓ Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
  - ✓ Doenças do aparelho geniturinário
  - ✓ Doenças endócrinas e metabólicas
  - ✓ Doenças do aparelho circulatório
  
- **Principais morbidades do atendimento médico:**
  - ✓ Resfriado comum
  - ✓ Diarreias agudas sem desidratação
  - ✓ Faringo amigdalites
  - ✓ Dor articular
  - ✓ Cefaleias
  - ✓ Hipertensão arterial
  - ✓ Diabetes mellitus
  - ✓ Doenças de pele.

No entanto nos últimos anos observa-se que a gravidez precoce tem aumentando o número de casos. Esta problemática chama muito a atenção por ser considerado um problema de saúde pública.

Desse modo justificasse este projeto, diante do alto índice de adolescentes gestantes no município de Benjamim Constant, faz-se necessário um estudo de análises de dados epidemiológicos e posteriormente propor medidas intervenção. O presente trabalho irá promover medidas para a diminuição e prevenção deste problema.

Esta abordagem será através do método descritivo, quantitativa. Se procedera a análise dos dados estatísticos fornecido pelo sistema de informação de saúde do município de Benjamin Constant no período de 2012 a 2016,

analisando-se a taxa de incidência de partos hospitalares na população adolescente.

O presente quadro estadístico reflete a realidade que consta na minha justificativa do presente trabalho de conclusão do curso.

**Quadro I.** Demonstrativos estatísticos de partos hospitalares no ano de 2012 a 2016 em adolescentes

ANO	IDADE DAS ADOLESCENTE / NUMERO DE PARTOS									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
2012		1	6	16	26	57	64	78	82	330
2013		1	04	16	30	67	47	66	56	287
2014			03	14	33	42	50	61	75	278
2015			03	04	34	38	42	63	63	247
2016		1	02	08	28	49	50	38	65	241

Fonte: Elaborado pelo Autor

**Quadro 2.** porcentagem de Partos hospitalares nos 5 últimos anos

ANO	TOTAL PARTOS	Total partos adolescentes	%
2012	1114	330	29.62
2013	1023	287	28.05
2014	1012	278	27.47
2015	950	247	24.7
2016	933	241	25.83

Fonte: Elaborado pelo Autor

## **2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

### **2.1 Anamnese**

#### **2.1.1 Identificação**

Nome: L. de A. N.

Filiação: Mãe: J. de A.

Pai: J. N. (falecido)

Data de Nascimento 17.07.2002

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensino médio incompleto.

Estado civil: Solteira.

Profissão: estudante

Naturalidade: Benjamin Constant- AM

Data da consulta: 25 Outubro 2017

#### **2.1.2 Motivo da consulta:**

Amenorreia secundaria, fraqueza, tonteira, enjôo, disúria.

#### **2.1.3 Histórico atual:**

Paciente adolescente de 15 anos de idade comparece a consulta acompanhada pela mãe referindo, ausência de menstruação de 1 mês e meio, fraqueza, tonteira, corrimento vaginal, enjôo matinal e disúria encaminhado pelo ACS ao momento da realização da visita domiciliar. Interrogado sobre corrimento vaginal a paciente refere saída de secreção de cor acinzada com odor fétido, a paciente nega febre e outras sintomatologia associados. Na consulta relata que não suspeitava de gravidez, pois a sua menstruação sempre chega com datas irregulares.

#### **2.1.4 Interrogatório sintomatológico:**

No momento da consulta paciente refere estar em regular de saúde, relata vomito matinal enjôos, cefaleia, sonolência, disúria, polaciúria, nícturia, refere corrimento vaginal de cor esbranquiçada com odor fétido a peixe podre em regular

quantidade a vários dias e não procuro ajuda medica, apresenta também dor lombar e pélvica. Investigado sobre a menstruação refere ser muito irregular não tem data fixa desde a menarca podendo ficar sem menstruar no período de 20 dias, interrogado sobre parceiros sexuais não tem namorado ou parceiro fixo por que final de semana estava acostumada a frequentar os bailes bregas e forro da cidade, investigado sobre o uso de método anticoncepcional refere não fazer uso as vezes camisinha e também refere não ter doenças sexualmente transmissíveis, Interrogado nos hábitos alimentares relata comer continuamente frituras (salgados), alimentos industrializados (embutidos, conservas e refrigerantes) raramente consome frutas e verduras.

#### **2.1.5 Antecedentes pessoais:**

- **Fisiológicos:**
  - ✓ Refere ter nascido de parto normal aos 9 meses com peso adequado
  - ✓ Antecedentes gineco-obstetricos
  - ✓ Menarca: 10 anos
  - ✓ Sexarca: 13 anos
  - ✓ Uso de método anticoncepcional: as vezes camisinha
  - ✓ DUM: 10-08-2107
  - ✓ História Obstétrica: G1 P0 A0.
  - ✓ Idade gestacional: 11 semanas por DUM.
- **Patológicos:**
  - ✓ Doenças Próprias da infância: Hepatite A, Varicela, Dengue
  - ✓ Antecedente cirúrgico: Nenhuma
  - ✓ Nega Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, Cardiopatias entre outras doenças crônicas.

#### **2.1.6 Antecedentes familiares:**

- ✓ Avós paternos: falecidos
- ✓ Avô materno: viva, Sequelada de AVC hemorrágico, hipertensa e Diabética.
- ✓ Mãe: viva, em tratamento para Hipertensão e Diabetes mellitus tipo 2

- ✓ Pai: Falecido com cirrose pelo abuso crônico de álcool etílico.  
Última de 4 irmãos, 2 masculinos e 1 feminina

## 2.2 Genograma representativo do caso clínico:

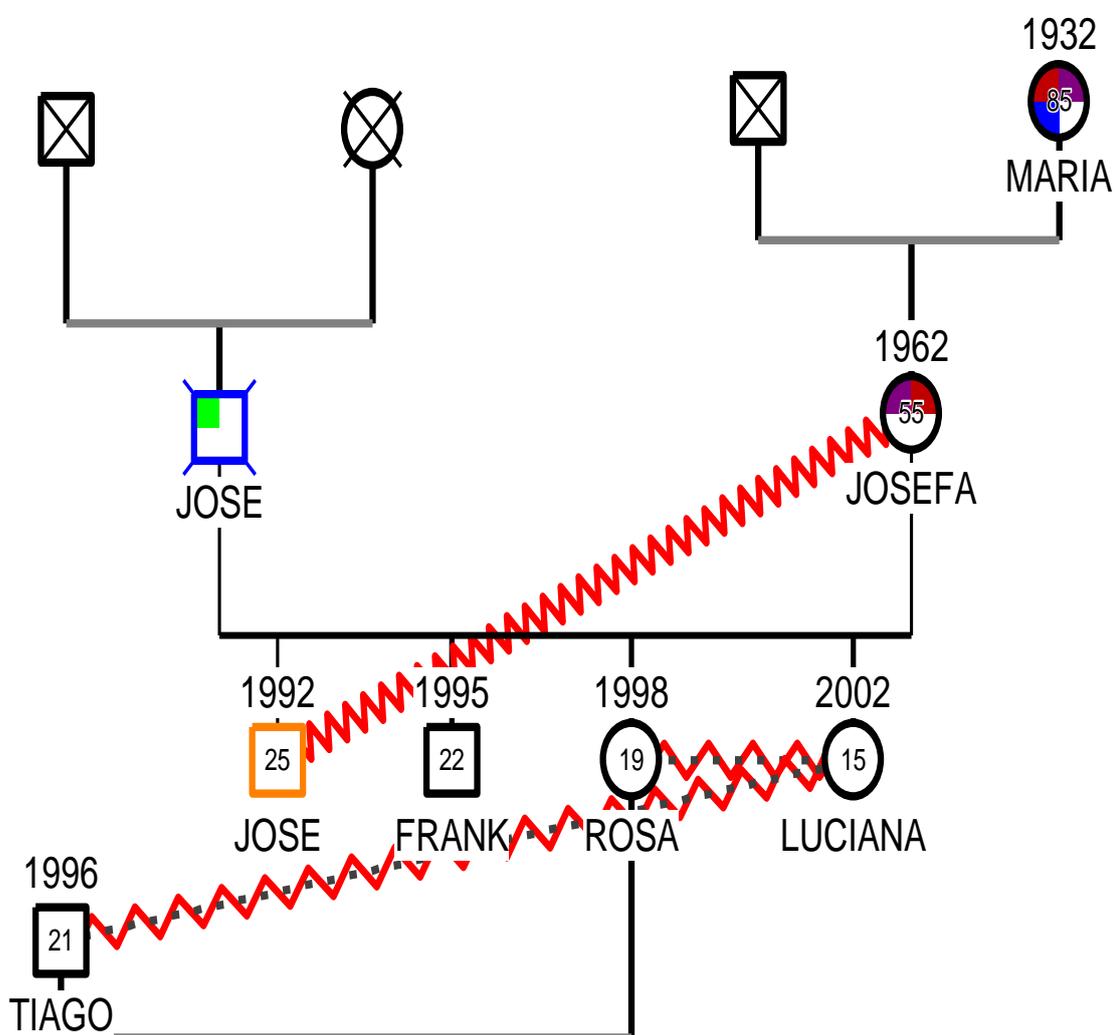


FIGURA. 1: Elaborado pelo Autor

### 2.3 Condições de vida:

- ✓ **Alimentação:** Predominantemente alimentos com gorduras, carboidratos, salgados, embutidos, farinha, refrigerantes e sucos artificiais. Pouco consumo de frutas, vegetais, sucos naturais e líquidos (água).
- ✓ **Atividade Física:** realiza pouca frequência de atividade de educação física nos últimos dias pela fraqueza que apresenta.
- ✓ **Moradia:** Mora em uma casa de madeira tipo palafita, na beira próximo ao Rio Yavari afluente do Rio Solimões, aonde no período das chuvas apresenta alagações frequentes, telhado da casa de laminas de zinco, conta com duas habitações, uma pequena sala, uma cozinha, um banheiro e um quintal pequeno. O água de consumo é abastecido pela empresa Cosama. Tem rede elétrica, banheiro fica fora da casa e não tem vaso sanitário o esgoto é a céu aberto, a paciente mora com sua mãe Josefa de Andrade de 55 anos e a avó materna de 85 anos, 3 irmãos sendo que uma das irmãs já tem família e marido e não tem boa relação.
- ✓ **História Ocupacional:** Atualmente estuda no Ensino no Médio horário noturno.
- ✓ **Vícios:** Nega tabagismo, consumo de drogas, consumo de álcool (bebe socialmente).
- ✓ **Vida conjugal e ajustamento familiar:** Não tem parceiro fixo, é uma adolescente com uma conduta sexual inadequada (promiscuidade), desconhece o pai da criança, frequentava os locais do brega da cidade e forro, tem pouca comunicação com a mãe, pois o pai já é falecido e a mãe a maior parte do tempo está cuidando da avó que é acamada e com sequela de AVC e diabetes mellitus tipo 2, deixando a adolescente por conta.
- ✓ **Condições socioeconômicas:** A renda familiar é de um salário mínimo e bolsa família porque só o avó da adolescente é quem recebe o benefício do idoso, os irmãos não tem trabalho fixo.

## 2.4 Exame Físico:

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, afebril, eupneica, mucosas hipocorada e secas.

- ✓ **Exame de tiroides:** tiroide não palpável sem alteração.
- ✓ **Exame das mamas:** Turgentes, mamilos retraídos e sem presença de nódulos palpáveis, nem presença de saída secreção ou sangue e não apresenta dor.
- ✓ **Aparelho cardiovascular:** ausculta cardíaca apresenta, batimentos cardíacos rítmicos e regulares em 2 tempos sem sopros. Pulsos presentes e sincrônicos. PA: 110-70 mmHg, FC: 80 bpm.
- ✓ **Aparelho respiratório:** Murmúrio vesicular presente e audível, sem ruídos adventícios. FR: 18 irpm.
- ✓ **Abdômen:** plano, não globuloso a inspeção, ausculta ruídos hidroaéreos presentes, palpação não apresenta massas, útero intrapelvico e apresenta dor na palpação superficial e profunda na região do hipogástrio e fossas ilíacas, Giordano positivo na região lombar.
- ✓ **Órgãos genitais externos:** inspeção boa implantação pilosa apresenta edema dos lábios maiores e menores com saída de secreção de cor acinzada de regular monta e com mau cheiro, a paciente refere apresentar prurido na região genital.  
A inspeção não apresenta úlceras genitais e não apresenta verrugas anogenitais, refere também disúria, polaciúria e nictúria á uma semana.
- ✓ **Tecido celular subcutâneo:** não apresenta edema ou doenças de pele.
- ✓ **Peso:** *Antes da gravidez:* 59 kg Altura: 1,59 IMC: 23.4 adequado.  
*Peso atual:* 56 kg IMC: 22.2 adequado.

- **Avaliação do peso:** Segundo a paciente está perdendo peso nos últimos dias pela falta de apetite e enjoos matinais que ela tem, segundo a tabela de avaliação nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional do Caderno de Atenção Básica No 32 sobre Atenção Pré-natal, é considerada adequado (*IG: 11 semanas. IMC entre 20,4 – 25.4 adequado*) mesmo perdendo três quilos e no primeiro trimestre aonde ela encontra-se é esperado a perda de peso pelas questões hormonais neste trimestre e após o segundo trimestre e

terceiro trimestre o ganho de peso já é adequado pois deve ganhar por semana aproximadamente 0.4 kg. Oriento e explicou a gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, oriento sobre a nutrição e promoção de hábitos alimentares saudáveis. (BRASIL,2013).

- **Avaliação da pressão arterial:** Nesta consulta se constatou a PA em 110-70 mmHg, após duas verificações, que é considerada normotensa, pois a paciente está assintomática e ao exame físico não apresenta edema nos membros inferiores.

- **Verificação da situação vacinal:**

Observa-se na cartão da vacina apresenta situação vacinal completa, com todas as vacinas da infância e adolescência:

- ✓ BCG: completa.
- ✓ Hepatite B: 3 doses completa
- ✓ VOP: três doses completas mais os reforços anuais
- ✓ FA: 1 dose + reforço.
- ✓ VAI: doses anuais.
- ✓ DTP: três dose completa mais reforços.
- ✓ Tríplice viral: 2 doses
- ✓ Varicela: 1 dose mais a paciente refere que teve a doença na época pré escolar:
- ✓ HPV: 2 doses.
- ✓ Dt: dose de reforço há três anos

Nesta primeira consulta suspeita a gravidez pelo exame físico, exame obstétrico é realizada a orientação e a importância de fazer um bom controle pré-natal, em consulta médica e de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastro no sis-prenatal , orientar para retornar cada vez que o médico e enfermeira agendar as consultas, mensalmente, quinzenalmente, e semanalmente, já que é considerada uma gestação de alto risco pela idade e pelas sintomatologias que ela apresenta, realizar visitas domiciliar e serão fornecidos:

- ✓ Cartão da gestante, identificação preenchida, número do cartão do SUS.

- ✓ Observar o calendário de vacinas e suas orientações.
- ✓ Solicitação de exames de rotina. (teste de  $\beta$ HCG, hemograma, grupo sanguíneo, fator Rh, exame completo de urina, urocultura com antibiograma, VRDL, sorologia de HbSag, sorologia para HIV, sorologia para toxoplasmose IgG IgM, sorologia para citomegalovírus, glicemia de jejum, exame de fezes).
- ✓ Solicito USG transvaginal.
- ✓ Solicito estudo de secreção vaginal e teste de aminas.
- ✓ Solicito realizar preventivo.
- ✓ Solicito a enfermagem realizar o teste rápido (HIV, Hb, Hc, Sífilis) saindo todos os testes não reativos para as doenças.
- ✓ Oriento ao consumo de alimentação saudável e fracionada para evitar os vômitos, ingerir líquidos, e muito mais importante conversar com a mãe para ajudar a adolescente neste período da gravidez, apoio familiar, apoio psicológico, apoio moral e cuidar da sua saúde que é cuidar a saúde do próprio feto.
- ✓ Oriento a paciente, mãe e agente comunitário de saúde agendar o retorno após 1 semana com os resultados dos exames e USG obstétrica.

## 2.5 Retorno a consulta pré-natal

Data: 01 de novembro 2017.

- ✓ **Motivo de consulta:** controle pré-natal e entrega de resultados dos exames.
- ✓ **Triagem:** Peso: 56.800 gr. P/A : 110/70 mmhg, pulso: 80 bpm, temperatura: 36.5 °C, respiração: 18 por minuto.
- ✓ **Anamnese:** paciente queixa-se de enjoos matinais, tonteiras e fraqueza pela manhã, disúria, corrimento e prurido vaginal e anal.

Na segunda consulta médica a adolescente grávida aonde foi agendada observo que está clinicamente melhor, acompanhada pela mãe e um irmão da adolescente para a consulta, indica uma boa aceitação da família, as mucosas estão mais hidratadas e após avaliação de todos os elementos ao interrogatório (anamnese, antecedentes, exame físico e exames complementários), considerasse

que a paciente apresenta um diagnóstico de infecção do trato urinário, vaginose bacteriana, anemia moderada, verminose pois segundo o conceito da mesma está descrito no Caderno de Atenção Básica # 32- Atenção Pré-natal, além de a paciente apresenta fatores de risco tais como: idade ( adolescente), não tem parceiro fixo, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, infecção urinaria, vaginose bacteriana, anemia, antecedentes familiares de Hipertensão Arterial diabetes e hábitos de alimentação inadequados.

✓ **Classificação do risco gestacional:** Alto risco

Segundo o Caderno de Atenção Básica # 32 sobre Atenção Pré-natal, tratasse de uma paciente adolescente, nulípara, infecção trato urinário, anemia moderada, situação conjugal insegura.

✓ **Resultados dos exames de laboratório**

Paciente retorna com os resultados dos exames de laboratório e USG transvaginal realizado no hospital geral de Benjamin Constant.

Resultados dos exames de laboratório

- $\beta$ Hcg positivo
- Hb: 9.9 mg/dl
- Hto: 30 mg/dl
- Glicemia de jejum: 75 mg/dl
- Exame completo de urina tipo I: piocitos de 30 a 40 por campo, hemácias: 5-8 por campo, presença de nitritos, presença bactérias em moderada quantidade, não apresenta proteinuria, glicosuria negativa.
- Urocultura: em espera dos resultados.
- IgM e IgG não reagente para toxoplasmose
- VDRL: Soro não reativo.
- HIV: Soro não reativo.
- HbsAg: não reagente
- Parasitológico de fezes: presença de ovos de áscaris lumbricoides.
- Tipagem sanguínea e fator Rh: O +
- Secreção vaginal: presença de polimorfos nucleares e células clue cells, teste de aminas positivo.

- Ultrassonografia transvaginal: apresenta gravidez tópica, saco gestacional Feto único de 12 sem + 3 dias por biometria fetal. Não apresenta sinais de malformação anatomia fetal normal BCF: 138 por minuto, placenta anterior grau 0 sem descolamento, cordão umbilical normal, índice do líquido amniótico normal,

## 2.6 Embasamento teórico das situações de saúde da paciente grávida.

### ✓ **Anemia moderada:**

Segundo o ministério da saúde no livro gravidez de risco recomenda que hemoglobina  $\leq 11$  gr/dl e  $\geq 8$  gr/dl é diagnóstico de anemia leve a moderada prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento para anemia ferropriva (120 mg a 240 mg de ferro elementar dia) de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral uma hora antes das refeições. Sulfato ferroso: 1 comprimido = 200 mg (40 mg ferro elementar). Administra ácido fólico 5 mg uma dose diária.

### ✓ **Infecção do trato urinário:**

A infecção do trato urinário é uma infecção comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os micro-organismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80% a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, sendo que as infecções sintomáticas

poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).

✓ **Bacteriuria Assintomatica**

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, as mulheres poderão desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite. Por isso, toda gestante com evidência de bacteriúria deve ser tratada.

O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez.

O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma, sendo semelhante ao tratamento da cistite.

O tratamento médico é administrar cefalexina 500 mg de 6/6 hrs por 7 dias, amoxicilina 500 mg de 8/8 hras por 7 dias, nitrofurantoina de 100 mg de 6 /6 hrs por 7 dias.

✓ **Parasitose intestinal.**

Segundo o livro atenção pre natal de baixo risco livro # 32 da atenção básica: São infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão). As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estrogiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriase. Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas decorrente pode agravar as anemias (a fisiológica ou a ferropriva) tão comuns na gravidez. Portanto, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, sobretudo naquelas de nível socioeconômico mais desfavorecido, para o adequado tratamento ainda

na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16-20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à êmese da gravidez

O tratamento médico indicado é MEBENDAZOL 100 mg de 12 em 12 hrs por três dias, independentemente da idade gestacional e repetir o exame de fezes após 15 dias.

✓ **Vaginose bacteriana.**

A paciente apresenta vaginose bacteriana que é produzida pela bactéria *Gardnerella vaginalis* o tratamento é imediato segundo o livro ministério da saúde livro gravidez de risco, Metronidazol 250 mg Três vezes dia por 7 dias e acrescentar creme vaginal de metronidazol por 7 dias.

✓ **Conduta médica:**

- Sulfato ferroso 1 cp de 8 em 8 hrs antes de cada refeição.
- Acido fólico 5mg café de manhã
- Cefalexina 500 mg de 8 em 8 hrs por 7 dias
- Mebendazol 100 mg de 12 em 12 hrs.
- Metronidazol 250 mg de 8 em 8 hrs por 7 dias
- Metronidazol creme vaginal aplicação por 7 noites.
- Plasil 10 mg de 8 em 8 hrs.

✓ **Tratamento não farmacológico:**

- Orientações nutricionais;
- Fazer pelo menos três refeições (café de manhã, almoço e janta) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer;
- Entre as refeições deve beber água pelo menos 2 litros ao dia;
- Deve preferir consumir após as refeições frutas (laranja, tangerina, abacaxi entre outras), além das verduras e legumes;
- Diminuir o consumo de gorduras, embutidos, salgadinhos, carnes magras;
- É recomendável o consumo de óleos vegetais (soja, girassol), peixes e frango;

- Diminuir a quantidade de sal na comida, por dia deve ser, no máximo, uma colher de chá rasa distribuída em todas as refeições;
- Realizar atividade física a mesma deve ser de intensidade variável entre leve e moderada;
- Evitar estresse;
- Orientações sobre as relações sexuais protegidas usando camisinhas.

✓ **Educação alimentar.**

- **Alimentação saudável para a gestante:**

- ✓ Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia; (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como macaxeira. Evitar consumo de sal;
- ✓ Orientar a gestante a comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação;
- ✓ Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose;
- ✓ Consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras;
- ✓ Evitar bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate)

- **Orientação Médica:**

Considerando que a paciente não apresenta sintomas graves é orientada o acompanhamento da mesma pelo equipe de saúde na área, agendando as consultas pré-natais de acordo com as normas do ministério da saúde.

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal

sejam preenchidos.

Segundo Brasil, (2012) O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A visita do agente comunitário de saúde é muito importante para avaliar semanalmente o peso da gestante, se está fazendo a prescrição medica correta e o relacionamento com a família, com a mãe com a Irma e cunhado, Encaminhar qualquer intercorrência que pode acontecer com a gestante adolescente como sangramento, perda de liquido, convulsões entre outras patologias.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

A promoção a saúde e prevenção das doenças constitui um campo de importância na Estratégia Saúde da Família, abrangendo diversas áreas como participação de práticas intersetoriais, análises das situações sociais, sanitárias e familiares para o planejamento de ações, estímulo e participação ao controle social (FREITAS E MANDU, 2010).

Entre as demandas da atuação da ESF estão a assistência ao pré-natal, puericultura, saúde mental, além da detecção e monitoramento de pacientes com doenças crônicas. Estas ações incluem a prevenção dos agravos e promoção de saúde, tendo as ações educativas como alvo principal neste processo de promoção de saúde e prevenção das doenças.

O pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimento técnico científico e recursos adequados e disponível para cada caso, as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade do atendimento e acompanhamento e avaliação das ações da saúde materno perinatal (GONÇALVES et al, 2008)

A puericultura é voltada para os aspectos de prevenção e promoção a saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância (DEL CIAMPO et. Al, 2006).

Acredita-se que o maior controle das doenças prevalentes na infância e a promoção do aleitamento materno, orientação alimentar e imunização propicia melhor qualidade de vida para essa criança. Neste sentido, as atividades educativas em grupo são valiosas para que as mães compartilhem suas experiências e se sensibilizem para o cuidado adequado de seus filhos (VIANA, 2005)

Na Unidade Básica de Saúde Alcino Castelo Branco do município de Benjamin Constant, estado do Amazonas, realizamos a Promoção a saúde e

prevenção das doenças com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e diminuir a vulnerabilidade dos riscos à saúde dos usuários na Atenção Básica.

A unidade básica de saúde (UBS) é 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. A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela **integralidade** do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária. (BRASIL,2013)

A equipe da UBS Alcino Castelo Branco (ACB) executa as ações de forma organizada e comprometida com os programas de prevenção e promoção à saúde, desta forma realizamos atendimentos como pré-natal, puericultura e Saúde Mental entre outros programas. Os dados referente aos últimos cinco anos demonstram que, existe uma elevada taxa de incidência de gravidez na adolescência no município, levando assim ao aumento de partos hospitalares em adolescentes no hospital Geral do município de Benjamin Constant e conseqüentemente ocorre um aumento de recém-nascidos e crianças, crescendo a demanda por consultas de puericultura e pré-natal.

É importante acolher o acompanhante da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O(a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo(a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. (BRASIL,2013)

A gravidez nessa fase da vida é considerada de risco principalmente para as mães menores de 15 anos. Estudos demonstram que essas adolescentes são mais propensas a depressão pós-parto, ao isolamento familiar, abandono escolar, e problemas na relação com o vínculo mãe/bebê. A vivência da chamada "crise da adolescência" associada à gravidez pode potencializar os riscos próprios da idade e originar reações de negação, solidão, rejeição ao bebê, negligência, violência e fragilização social. Essas questões trazem conseqüências para o bebê relacionadas ao seu desenvolvimento neuromotor e cognitivo (PICANÇO, 2015)

A saúde de adolescentes e jovens está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e à prevenção de agravos. Portanto, é preciso ressaltar que, do ponto de vista ético, político e legal, está assegurado o direito desse grupo etário à atenção integral à saúde, incluindo-se nessa atenção a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. (BRASIL, 2013).

Diante do exposto se faz necessário implementar dentro da atenção básica estratégias para diminuir o índice da gravidez na adolescência assim como:

- Educação em saúde, (palestras nas escolas, grupos de igrejas, centros comunitários) abordando temas como a fisiologia dos órgãos sexuais femininos e masculinos, forma de prevenção da gravidez não desejada, métodos anticoncepcionais.
- Nas consulta medicas e de enfermagem com os adolescentes deve-se abordar questões como: O adolescente tem vida sexual ativa?, Usa algum método contraceptivo? De que forma?,Tem atraso menstrual?,Tem apresentado outros sinais ou sintomas, tais como: alteração das mamas, no abdome, náuseas, alteração do apetite?,Há sinais de presunção de violência sexual?

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

#### **Pré-natal:**

É recomendado que a assistência à gestante adolescente seja realizada por equipe multiprofissional e que as consultas possam ser feitas pelo pré-natalista

(médico/a e enfermeiro/a), não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação evolua nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favorável.

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

### **Conduta Gerais**

- Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas; orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional; incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Deve-se prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia;
- Deve-se referenciar a gestante para atendimento odontológico; encaminhar a gestante para imunização antitetânica,
- Deve-se referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde;
- Deve-se realizar ações e práticas educativas individuais e coletivas; agendar consultas subsequente; Certificar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna;

### **Puerpério**

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais.

A assistência ao puerpério é uma fase importante a assistência mulher, assim como as outras fases neste contexto a UBS ACB está inserido com as rotinas da ESF (Estratégia Saúde da Família) dando continuidade ao cuidado do binômio mãe-filho, pois nesse período deve-se avaliar as involuções fisiológicas da mulher assim como a saúde do recém-nascido e da família.

### **Puericultura**

Na APS continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança, espera-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de vida. se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família. (BRASIL,2012).

Vale destacar que a primeira consulta é muito importante é nela que são fornecidas orientações aos pais, como por exemplo a importância do aleitamento materno, limpeza e cicatrização do coto umbilical, orientações a respeito da posição

supina da criança, não aconselhamento sobre uso de chupetas, higiene da criança, esquema de vacinação, entre outros.

Na Estratégia da Saúde da Família procuramos estender a Promoção da saúde da criança através do Programa de Saúde da Escola (PSE), onde contamos com uma equipe multidisciplinar (Agentes de saúde, Técnica de enfermagem, Médicos e Enfermeiros). Realizamos atividades como: Antropometria, palestrar educativas para crianças e jovens, promoção de alimentação saudável, avaliação médica e vacinação

O profissional de saúde, deverá estar preparado com uma visão holística desde o pré-natal, para as diversas mudanças e necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de uma criança.

Desta forma, a equipe busca elo com os pacientes para garantir uma melhor assistência para criar confiança, facilitando o ambiente de trabalho e a abordagem inicial com cada paciente da unidade.

#### 4- VISITA DOMICILIAR

No âmbito das políticas públicas do Brasil, e desde a criação do Sistema Único de Saúde tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução de gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. Nesse contexto da política pública, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A Visita Domiciliar tem sido apontado como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

A visita domiciliar pode ser definido como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe da saúde na medida em que possibilitam o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário – família. Assim, a visita é um importante instrumento que proporciona ao profissional os conhecimentos socioeconômicos, culturais e ambientais onde trabalham. (SANTOS, 2011)

No município de atuação não é diferente a visita domiciliar continua sendo considerada uma importante ferramenta na Atenção Primária da Saúde, já que é uma soma de um conjunto de ações realizadas pela equipe multidisciplinar de saúde no domicílio do paciente, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Permitindo assim maior rapidez na recuperação dos pacientes, prevenção de sequelas e diminuição do risco de abandono familiar porque contribui no respeito ao espaço familiar envolvendo às pessoas da família no processo de cuidado, recuperação e reabilitação, permitindo

assim de forma conjunta a participação ativa dos familiares no processo de saúde/doença do paciente conscientizando a importância de estar perto do doente.

Na UBS Castelo Branco o trabalho de triagem é feito pela ESF formada pelo enfermeiro e agente comunitário de saúde que identifica a necessidade de visitas domiciliares através de agendas previamente elaboradas ou será feita uma visita domiciliar quando um familiar, vizinho ou próprio paciente solicita a presença da equipe no seu domicílio, a prioridade de organização é dada aos pacientes que precisam de avaliação nas visitas domiciliar, em muitos casos os pacientes necessitam novamente de orientações sobre suas queixas, são prioridades nos casos de pacientes acamados, crianças menores de 1 ano, idosos com sequelas de doenças crônicas ou doenças degenerativas, grávidas, pacientes com distúrbios psiquiátricos que muitas vezes evoluem para quadro de descompensação e desenvolvimento de outras doenças com sequelas graves, acarretando a necessidade de uma avaliação de médicos especialistas.

A minha UBS compreende três equipes de saúde, duas equipes ficam nos bairros da cidade e uma equipe toma de conta a área rural conhecida com ribeirinha mais a falta de recurso a equipe da zona rural não está completa, assim mesmo tive a oportunidade de fazer atividade de saúde nessa região de tão difícil acesso, quando os pacientes tem necessidade de atendimento médico obrigatoriamente tem que trasladar-se por meios próprios à UBS para receber assistência médica, encontrando dificuldade nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde nessas comunidades, a maioria dessas comunidades não contam com agente comunitário de saúde para realizar a busca ativa dos pacientes que necessitem avaliação domiciliar, deixando em risco a população que precisa de acompanhamento mensal da ESF como as grávidas, pacientes em uso de tratamento controlados, hipertensos, diabéticos.

As visitas domiciliares de saúde participam o médico juntamente com um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e quando necessário um enfermeiro e está programada para as quintas feiras de manhã e o resto dos dias da semana, quando aparece um caso de emergência na área, o agente de saúde comunica a situação ao médico, nas visitas domiciliares são realizadas procedimentos básicos de triagem de enfermagem como aferição da pressão

arterial, temperatura, glicemia capilar e em seguida e feito anamnese, exame físico completo e depois juntamente com a equipe realiza curativos de feridas superficiais e úlceras por pressão, aplicação de medicação por via oral e parenteral, faço orientação necessária ao paciente, aos cuidadores e à família sobre o a importância do uso correto dos medicamentos, sobre alimentação saudável e a importância da atividade física para o controle do peso e compensação de doenças como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e o mais importante muita conversa e diálogo para esclarecer dúvidas, também solicito exames de laboratório, exames de imagens como ultrassonografia, radiografias, eletrocardiograma de acordo com o quadro clínico do paciente, o agente comunitário de saúde encarregasse de agendar no laboratório central da cidade levando o paciente para realização dos exames e buscar ao resultados quando prontos. Eu realizo novamente a seguinte visita domiciliar assim facilitando a locomoção dos pacientes evitando assim dificuldades que algumas famílias enfrentam. Ofereço também recomendação aos familiares e pacientes como evitar e prevenir as úlceras por pressão e as infecções do trato urinário quando usam sonda vesical permanente. Nas gestantes adolescentes, puérperas e mães das crianças menores de 1 ano, se orienta sobre a importância do aleitamento materno, as medidas higiênicas para evitar infecções respiratórias e parasitárias, além da importância de não automedicar-se sem a consulta previa com o médico.

Com a finalidade de facilitar o tratamento e evitar a locomoção dos pacientes para UBS ou paciente que não tiver cuidador, o agente de saúde ou a enfermeira são os responsáveis em buscar e levar os medicamentos ao domicílio fato que os idosos gostam e aprovam o serviço.

A grande dificuldade que temos neste município e a falta do NASF, por tanto não contamos com especialidades como nutrição, psicologia, fisioterapia e outras como assistência social para apoiar a atividades desenvolvidas pela ESF no domicílio o NASF são equipes importantes no trabalho de prevenção e de ajuda nas visitas domiciliar.

O Médico da UBS juntos com a equipe de saúde trabalhamos sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários mesmo com pequenos recursos que são disponibilizados pelos gestores locais e regionais para nosso

trabalho, os desafios são grandes assim como este país grande e maravilhoso, que nos leva a superar as dificuldades do dia a dia em nosso trabalho, No entanto, cada dia é mais visível a importância da visita domiciliar no contexto de saúde coletiva, pois constitui um instrumento de trabalho eficaz na resolutividade de problemas individuais, familiares e coletivos a visita domiciliar será e continuará sendo uma boa estratégia na saúde pública do país.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Quando cheguei pela primeira vez ao município de Benjamin Constant onde atuo há um ano e seis meses tive muitas dúvidas e expectativas no início do trabalho, me questionava se, como profissional médico estou na capacidade de fazer um bom trabalho na saúde coletiva e pública, porque a nossa formação nas aulas da faculdade esta mas direcionado para as áreas curativas e não preventivas.

Quando iniciei meu trabalho na Unidade Básica de Saúde Alcino Castelo Branco encontrei muitos desafios, comecei conversando com o gestor local, com os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que já vinham trabalhando há muito tempo na UBS e conhecem a rotina, conheci a equipe de trabalho e juntos com os agentes de saúde realizei o reconhecimento do território da minha micro área, conheci a população os tipos de moradia, em que trabalha a população, as gestantes e idosos, para logo planejar as estratégias de ações para os próximos meses.

Passados seis meses do início do trabalho, iniciou-se curso de especialização SAÚDE DA FAMÍLIA, com o objetivo de aprimorar meus conhecimentos com relação à saúde pública, conhecer o funcionamento do sistema de saúde. Observa-se que a prevenção é muito importante cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida da população.

Mediante os conhecimentos já adquiridos durante os módulos do curso foi organizada uma agenda de atendimento dos programas estabelecidos pelo ministério da saúde com a finalidade de melhorar na qualidade de atendimento prestada a população, cujos programas são: hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Puericultura, e em especial o programa de pré-natal enfatizando na gravidez na adolescência por que observa-se alto índice de gravidez nessa faixa etária, adolescentes que deixam as escolas e colégios para dedicar-se a cuidar do filho, mães adolescentes solteiras que levam a um problema social dentro das famílias da cidade, juntamente com a equipe de saúde se realizou palestras e rodas de conversas educativas nos colégios locais, sobre prevenção da gravidez em adolescentes, uso correto dos métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente

transmissíveis e teve muita boa acolhida pelos jovens estudantes esclarecendo muitas dúvidas e temores que todo jovem tem.

Foram feitas parcerias de trabalho com algumas instituições locais para realização de atividades educativas, atendimentos médicos, realização da pressão arterial, glicemia capilar, peso corporal, IMC, risco de doenças metabólicas, prevenção do tabagismo, exame de mamas, exame de preventivo do câncer do colo uterino, solicitações de exames sendo que este tipo de atividades fazem parte da prevenção do adulto maior. Todas estas atividades foram organizadas pelo ESF em coordenação do enfermeiro responsável da micro área.

Em nossa cidade ainda observa-se o aumento das doenças crônicas degenerativas e as doenças metabólicas, fato é que a maior quantidade de consultas médicas é realizado a pacientes idosos e pacientes com diabetes mellitus e hipertensos, as visitas domiciliar que a equipe de saúde realiza também na sua maioria das vezes são idosos com sequelas de acidentes vascular cerebral e acamados.

As equipes de saúde da UBS realiza atividade educativas antes das consultas com os pacientes orientando alimentação saudável, evitar o consumo de sal, exercícios físicos, caminhadas, usar calçados fechados para evitar pé diabético, entre os outros temas de vital importância para estes pacientes são oferecidos pela equipe de enfermagem grupos de saúde com objetivo de orientar, tratar e acompanhar a evolução destes usuários. As atividades educativas e os grupos de idosos é promover saúde a todos através da equidade e longitudinalidade

Atuar como médico na atenção primaria trouxe-me a realidade da população carente e precária, fazendo que a assistência seja de forma humanizada. Observei as necessidades de cada um dos usuários e a problemática que os atingia a referida população. Diante deste cenário me permitiu elaborar meu projeto de intervenção abordando o tema sobre parto hospitalar em adolescentes. Devido a um aumento considerado dos casos de gravidez em adolescentes.

Como membro da equipe da saúde da atenção básica obtive pontos positivos como: integração da equipe, fazendo com que haja mais responsabilidade do serviço, aceitação por parte dos pacientes, atingimos metas planejadas

elaboradas pela equipe de saúde, melhorei como profissional, sabendo ouvir mais aos pacientes, acolher melhor e entender a condição de cada usuário. Os pontos negativos são referentes aos recursos disponibilizados por parte da gestão a qual impossibilita as execuções de algumas ações (falta de medicamentos, transporte, insumos e etc).

Há uma satisfação de atuar na atenção primária juntamente com a equipe de saúde, exercer as habilidades medicas conforme o ensinado durante o curso e assim levando atendimento de qualidade aos usuários.

## 6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf). Acesso em 11 de Nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso: 18 Nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso: 18 Nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso: 18 Nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso: 18 Nov 2017

DEL CIAMPO. L.A. *et al.* **O Programa de saúde da Família e a Puericultura**. Cienc.Saude Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11,n. 3 Set. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br./scielo.php?script=scl\\_arttext&pid=S141381232006000300021&ing=em&nmr=isso](http://www.scielo.br./scielo.php?script=scl_arttext&pid=S141381232006000300021&ing=em&nmr=isso). Acesso em:17 Dez 2017

Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal – 2016. Ministério da Saúde – Brasília, 2016. Acesso: 18 Nov. 2017.

FREITAS, M.L.A.; MANDU,E.N.T. **Promoção da Saúde na Família: análise de políticas de saúde brasileiras**. Acta paul. e v. 23, n. 2, Abr 2010.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 dez 2017.

FREITAS, Elizabete. **Gravidez na adolescência**. Campinas. Ed. Atual 1990.

GONCALVES, R, et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de Saúde da Família em um município da grande São Paulo**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 61, n. 3 jun 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 dez. 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATISTICA (IBGE) em 2016.

Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=130060&idtema=130>: Acesso em 08 de Jun. de 2017

PICANÇO, Marlucia Rocha de Almeida. **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**. Artigo de Revisão - Ano 2015 - Volume 5 - 3 Supl.1.. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/165/gravidez-na-adolescencia>. Acesso: 18 nov 2017.

SANTOS, Edirley Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes. A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA; PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS. **Cogitare Enfermagem**, (S.l.), v16, n.3, set.2011. ISSN2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/2176116235>. Acesso em: 05 jan.2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16y3.21761>.

VIANA, MR et al, **Atenção à Saúde da Criança. SAS/DNAS**. Belo Horizonte-MG, 2005 224p. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografias/atenção\\_saude\\_criança\\_MG](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografias/atenção_saude_criança_MG). Acesso em 15 dez 2017

**7. Anexo 1. Projeto de Intervenção.**

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

**Projeto de Intervenção.**

**GUNTHER SANCHEZ PEREZ**

**INCIDÊNCIA DE PARTO HOSPITALAR EM ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO  
DE BENJAMIN CONSTANT - AM. PERÍODO 2012 – 2016.**

PORTO ALEGRE  
ABRIL/2017

## **GUNTHER SANCHEZ PEREZ**

### **INCIDÊNCIA DE PARTO HOSPITALAR EM ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE BENJAMIN CONSTANT - AM. PERÍODO 2012 – 2016.**

Trabalho apresentado como pré-requisito para obtenção da nota parcial do curso especialização Saúde da Família da Universidade Federal de ciências da saúde de Porto Alegre, Universidade aberta do SUS-UNASUS

PORTO ALEGRE  
ABRIL/2017

## RESUMO

O município de Benjamin Constant, Localiza-se no Sudoeste Amazonense, têm uma população estimada de 40.417 segundo IBGE 2016. O município conta com 05 Unidades básicas da saúde. A gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, contribuindo para aumentar as estatísticas de morbimortalidade por causas obstétricas. Este projeto tem por objetivo geral, analisar os dados estatísticos dos últimos cinco anos (2012 a 2016) dos casos de partos hospitalares em adolescentes (10-19 anos), e implementar medidas de intervenção a nível da atenção básica e sensibilizar a população adolescente quanto aos riscos e consequências de uma gravidez precoce. Alguns autores que investigaram os principais fatores relacionados à ocorrência da gravidez durante a adolescência dão destaque para determinadas características da própria fase da adolescência como, por exemplo, a impulsividade, o imediatismo e os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade. Justificasse este trabalho Diante do alto índice de adolescentes gestantes no município de Benjamin Constant, faz-se necessário um estudo de análises de dados epidemiológicos e posteriormente propor medidas intervenção acerca da atual situação que vem se evidenciando de forma desordenada. A metodologia aplicada será, mediante apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde. A fim de interagir com os objetivos metodologias e resultados esperados, será feito a organização do levantamento dos dados estatísticos, depois análises e tabulação dos mesmos, depois será feito a elaboração e aplicação do plano de intervenção juntamente com a equipe de saúde da UBS e logo após se procedera analisar todo processo de implementação do plano de intervenção com a finalidade de obter os resultados esperados. Com a implantação das ações preventivas espera-se a diminuição do número de gravidez na adolescência e sensibilizar o jovem sobre as consequências negativas acarreta na vida do adolescente e se responsabilizando pelas suas escolhas.

Palavras chaves. Gravidez, adolescência e prevenção.

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Benjamin Constant, Localiza-se no Sudoeste Amazonense, distante da capital do estado do Amazonas Manaus 1.118 km em linha reta, sendo que a distância via transporte fluvial é de 1.638km, subindo o Rio Solimões e o Rio Javari. Tem uma população estimada de 40.417 segundo IBGE 2016, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de no ano 2010 de 0,574, sendo a população adolescente feminina de 10 a 19 anos é de 4012, equivalente ao 9.92% da população.

O município conta com 05 Unidades básicas da saúde (UBS), e cada unidade básica possui:médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e pessoal administrativo para o atendimento diário da população.

A adolescência deve compreender o período que abrange dos 10 aos 19 anos, estratégia que permite melhores comparações de dados, embora esteja claro que tanto os limites inferiores como os superiores variem individual e culturalmente. Por ser um período muito especial para a construção do indivíduo e para sua inserção social, deve ser entendido como de risco e vulnerabilidade (SILVA E SURITA, 2012)

A gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, contribuindo para aumentar as estatísticas de morbimortalidade por causas obstétricas, devido ao maior risco gestacional e neonatal. A adolescência é permeada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento no qual se atinge a maturidade física e a capacidade reprodutiva, sem, contudo, atingir a maturidade psicológica e social. Considerando tais dados e indicadores, verifica-se a importância de uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada. Este atendimento é essencial para a saúde materna e neonatal, especialmente entre adolescentes, que devem receber uma assistência pré-natal multiprofissional e interdisciplinar capaz de amparar integralmente a jovem gestante, oferecendo, além dos procedimentos básicos, cuidados especiais que possam prevenir as complicações físicas, sociais e emocionais das adolescentes grávidas. (DE OLIVEIRA et al. 2012)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL.**

Analisar os dados estatísticos dos últimos cinco anos (2012 a 2016) dos casos de partos hospitalares em adolescentes (10-19 anos), e implementar medidas de intervenção a nível da atenção básica com o intuito de diminuir os casos de gravidez precoce já que está problemática repercute de forma negativa nas oportunidades futuras destas adolescentes.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o quantitativo de adolescentes gestantes em acompanhamento pré- natal;
- Identificar o número de partos em adolescentes
- Sensibilizar a população adolescente quanto ao risco e consequências de uma gravidez precoce
- Demonstrar o alto índice de gestação precoce na adolescência.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.2.1 ADOLESCENCIA E GRAVIDEZ**

O fenômeno gravidez na adolescência é considerado em alguns países, sobretudo nos países em desenvolvimento, um problema de saúde pública importante, com suas implicações sociais e biológicas, e a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao efetivo controle de natalidade, aos avanços na tecnologia da reprodução assistida, ao casamento adiado, às taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões, mulheres com maior nível de educação e avanços na atenção à saúde. (GOLDMAN J et al. 2005)

A gravidez na adolescência é um evento observado mundialmente, com variações importantes entre as nações, que tem despertado interesse e preocupação principalmente nos países subdesenvolvidos. No Brasil, este tema tem sido amplamente investigado após a constatação de um aumento relativo da fecundidade das adolescentes em relação à das mulheres mais velhas. Para a adolescente, a gravidez ocorre em um organismo que ainda está em desenvolvimento físico e emocional, sofrendo as mudanças corporais e emocionais próprias desse período da vida. A jovem mãe geralmente está despreparada para a nova função e, adicionalmente, encontra maiores dificuldades para continuar os estudos e inserir-se no mercado de trabalho (DOS SANTOS et al. 2008).

### **2.2.2 IMPACTO SOCIOCULTURAL NAS ADOLESCENTES**

Conforme Braga et al (2010), afirma que a gravidez na adolescência seria duplamente crítica – à crise da adolescência soma-se a crise da gravidez. É importante considerar que a crise da gravidez quando superposta à outra, como a adolescência, exige uma assistência adequada neste período. Em face de todo turbilhão de sentimentos e transformações, a gravidez constitui um período de transformações confusas e profundas na vida da mulher, dentro de um contexto biopsicossocial. Esse conjunto de transformações pode gerar uma situação de conflito, na qual há um desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-lo. Há uma possibilidade, nessa etapa de

transição, de atingir novos níveis de integração, amadurecimento, percebendo e satisfazendo adequadamente as necessidades do bebê. De acordo com o contexto e com a subjetividade, os papéis de mãe e de mulher se alteram e, conseqüentemente, interferem na dinâmica familiar, sendo a participação e o apoio da família determinantes para o desfecho dessa crise e para o desenvolvimento mais sadio da gravidez.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) diante de todas as complicações psicossociais que a gravidez na adolescência pode trazer para a mulher, destaca-se ainda que, no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, este fenômeno é considerado um problema de saúde pública. Os dados sobre a ocorrência de gravidez na adolescência no Brasil apontam para o aumento do número de filhos de mães adolescentes, agravados pela presença de mães de 10 a 14 anos de idade. No ano de 2000, na faixa etária citada, 0,43% tinha das adolescentes já tinha filhos e 17% delas, mais de um filho. Nesse mesmo ano, na faixa etária de 15 a 19 anos, 15% das jovens já tinham filhos.

Alguns autores que investigaram os principais fatores relacionados à ocorrência da gravidez durante a adolescência dão destaque para determinadas características da própria fase da adolescência como, por exemplo, a impulsividade, o imediatismo e os sentimentos de onipotência e indestrutibilidade. (LIMA et al., 2004).

Entretanto, Sabroza et al. (2004) destaca a grande influência que os fatores de ordem social, econômica e cultural têm sobre a ocorrência deste fenômeno, e também sobre a sua repetição. Os principais fatores elencados são a precocidade do início das atividades sexuais (implicando em maior tempo de exposição à gravidez), aliada à desinformação quanto ao uso adequado de contraceptivos e a deficiência de programas de assistência ao adolescente, além da ideologia da maternidade, das carências emocionais da adolescente e da ausência de projetos pessoais nos quais a maternidade pudesse interferir. Tudo isso acontecendo dentro de um contexto de liberação sexual da sociedade e de forte influência dos meios de comunicação.

### 2.2.3 CONSEQUENCIAS NEGATIVAS DA GRAVIDEZ E PARTO.

Segundo Santos et al (2009), a gravidez na adolescência, além das repercussões sobre a saúde da mulher e sobre o seu *status* social, estaria associada também a prejuízo aos recém-nascidos (RN), com aumento na incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento fetal restrito, ruptura prematura de membranas, anemia, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal agudo e aumento na incidência de cesáreas.

A gravidez na adolescência é considerada como gestação de risco, se deve ao fato de se atribuir um possível pior desempenho obstétrico e repercussões sobre o recém-nascido simplesmente à idade materna, com um cortejo de situações de risco como: pobreza, baixa escolaridade, falta de assistência pré-natal adequada, entre outras.

O conhecimento dos fatores relacionados à gravidez na adolescência dentro de cada realidade social pode se constituir em um importante caminho para a implementação de medidas que possam modificar esse quadro e favorecer o exercício pleno e saudável da sexualidade desses adolescentes. O empenho em empreender este estudo decorre do fato de que o cuidadoso diagnóstico de situação representa o caminho para orientar intervenções apropriadas capazes de surtir um desejado efeito preventivo (DOS SANTOS et al.2009).

Segundo diversos autores a adolescente grávida, além das alterações psicossociais, está mais propensa à baixa autoestima, depressão e ideação suicida, quando já havia em si alterações psicológicas antes da gestação. Além disso, parece haver também incidência elevada de complicações advindas da gravidez, parto e puerpério, principalmente naquelas sem assistência pré-natal. Dessa forma, o atendimento pré-natal de adolescentes grávidas confirma-se como uma excelente oportunidade de se conjugar esforços de diferentes profissionais, a fim de melhorar a detecção e a condição psicossocial dessas gestantes e, conseqüentemente, de seus futuros bebês (NADER E COSME, 2010).

### **3. JUSTIFICATIVA**

Diante do alto índice de adolescentes gestantes no município de Benjamim Constant, faz-se necessário um estudo de análises de dados epidemiológicos e posteriormente propor medidas intervenção acerca da atual situação que vem se evidenciando de forma desordenada. O presente trabalho irá promover medidas para a diminuição deste problema que é a gravidez na adolescência.

Desta forma, a equipe multiprofissional da ESF- Estratégia de Saúde da Família que vem enfrentando esta problemática esteja capacitada com um olhar diferenciado, detalhado e sensibilizado, para melhor atendimento a este público que aumenta a cada dia.

#### 4. METODOLOGIA

O estudo será através de um levantamento bibliográfico com conteúdo já publicados. Iria se proceder a uma revisão de literaturas científicas, buscando artigos indexados nas bases eletrônicas as quais serão utilizadas SCIELO, LILACS BIREME, PUBMED e outros sites BVS (Biblioteca virtual de saúde).

Esta abordagem será através do método descritivo, quantitativa e qualitativa. Se procedera a análise dos dados estatísticos fornecido pelo sistema de informação de saúde do município de Benjamin Constant no período de 2012 a 2016, analisando-se a taxa de incidência de partos hospitalares na população adolescente.

No primeiro momento será realizada apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde da unidade básica Castelo Branco (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ACS, etc) a fim de interagir com os objetivos metodológicos e resultados esperados.

No segundo momento será feita a organização do levantamento dos dados estatísticos dos partos hospitalares dos últimos 5 anos em gestantes adolescentes.

No terceiro momento será realizada a análise e tabulação dos dados coletados. No quarto momento será realizada a elaboração do plano de intervenção juntamente com a equipe de saúde da UBS.

No quinto momento deve-se proceder a aplicação do plano de intervenção mediante educação em saúde nas escolas, UBS, e visitas domiciliares.

No sexto momento será feita uma análise de todo processo de implementação do plano de intervenção com a finalidade de obter os resultados esperados.



## **6. RECURSOS NECESARIOS**

### **6,1 Recursos humanos**

Equipe saúde da família é composta por:

02 médicos;

02 enfermeiros,

02 técnicos de enfermagem,

01 dentista,

01 técnico de saúde bucal,

01 auxiliar de saúde bucal

12 agentes comunitários de saúde.

### **6.2 Recursos materiais**

- Computador
- Impressora
- Data show
- Papel ofício A4
- Lápis
- Caneta
- Pincel
- Borracha
- Papel madeira

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

A gravidez na adolescência se tornou nos últimos tempos um desafio para a saúde pública, sendo que este problema está inserido no eixo central da prevenção, orientação e educação em saúde, pois a gravidez precoce faz com que a jovem pule etapas da sua vida.

O papel dos profissionais da área da saúde na prevenção da gravidez precoce é muito importante para os adolescentes e suas famílias e também para a comunidade. As ações serão realizadas mediante oficinas palestras nas escolas unidades de saúde, centro comunitários, associações do bairro.

A adolescência é uma fase de transformação onde o jovem requer apoio familiar assim como receber orientações na escola, deve-se criar parceria municipal entre a equipe de saúde e a educação escolar, onde a adolescente irá receber apoio e segurança.

Com a implantação das ações preventivas espera-se diminuição do número de gravidez na adolescência e sensibilizar o jovem sobre as consequências negativas acarreta na vida do adolescente e se responsabilizando pelas suas escolhas.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, Liliâne Pereira et al. **Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência**. *Riscos psicossociais e repetição de gravidez na adolescência*. Bol. psicol vol.60 no.133 São Paulo dez. 2010.

BRUNO, Zenilda et al. **Reincidência de gravidez em adolescentes**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009.

DE OLIVEIRA, Caminha, Náira et al. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio de Janeiro Set 2012,

DOS SANTOS, Graciete Helena Nascimento et al. **Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.7 Rio de Janeiro jul. 2009.

DOS SANTOS, Graciete Helena Nascimento et al. **Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 no.5 Rio de Janeiro May 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=130060&idtema=130>: Acesso em 08 de 2017.

J GOLDMAN, Cleary ET al. **Impact of maternal age on obstetric outcome**. Obstet Gynecol. 2005;105(5 Pt 1):983-90.

LIMA, C.T.B. et al. **Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. São Paulo dez 2004.

Ministério da Saúde (2008). DATASUS. Informações de saúde. Acesso em março de 2017. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.

NADER, Priscilla Rocha Araújo; COSME, Iis Alborghetti. **Parto prematuro de adolescentes: Influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos**. Revista de enfermagem Anna Nery. Espírito Santo, 2017.

SABROZA, A.R.; Leal, M.C.; Gama, S.G.N. & Costa, J.V. **Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro 2004**, Brasil -2001.

SILVA, João Luiz Pinto; SURITA, Fernanda Garanhani Castro. **Gravidez na adolescência: situação atual**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 34 no. 8 Rio de Janeiro Aug. 2012.