

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Kátia Maria Matos Bruzón

Prevenção da gravidez na adolescência desde o contexto da atenção básica em saúde.

Oriximiná-PA

2018

Kátia Maria Matos Bruzón

ALEITAMENTO EXCLUSIVO: UM OLHAR PARA A PREVENÇÃO DO DESMAME
PRECOCE

Prevenção da gravidez na adolescência no contexto da UBS Santa
Terezinha.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde
da Família pela Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Oriximiná-PA

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	12
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	17
4 VISITA DOMICILIAR.....	26
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	34
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
7 ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	38

INTRODUÇÃO

Meu nome é Kátia Matos Bruzon doutora cubana, graduada em medicina desde o ano 2010 e especialista em Medicina Geral Integral (medicina da família) desde o ano 2015. Trabalhei na Venezuela prestando ajuda médica através do convênio Bairro Adentra por um período de dois anos.

Graças ao Programa Mais Médicos tive a maravilhosa oportunidade de me incorporar ao mesmo em julho do 2016. Dito programa tem permitido que muitos municípios que não tinham a oportunidade de ter suficientes profissionais da saúde para brindar maior cobertura na rede pública, hoje sua realidade seja outra; esse é o caso de meu município: Oriximiná. O mesmo é de origem indígena, de procedência tupi, significa o macho da abelha, o zangão. No entanto, frei Protásio Frinckel, conhecedor da região e de seus diversos núcleos de habitantes primitivos, inclina-se pela derivação de Eruzu-M'Na que significa muitas praias. E um município brasileiro do Estado do Para, pertencente a mesorregião do Baixo Amazonas. Localiza-se no norte brasileiro estando a uma altitude de 46 metros acima do nível do mar. Com 107.602,99 quilômetros quadrados de extensão territorial, o município é maior que países como Portugal, Dinamarca e Coréia do Sul. E o segundo maior município do Estado do Para, sendo superado pelo município do Altamira em extensão territorial. Tem 71078 habitantes ^(1,2)

O município de Oriximiná é rico em manifestações religiosas. No mês de janeiro acontece a festa de São Sebastião, que na sua celebração litúrgica, no mês de janeiro, é acompanhada de procissão e novenas e, no seu lado profano, da realização de um leilão para angariar recursos financeiros para a paróquia. No mês de março, por sua vez, acontece a Festa de São José, acompanhada pela procissão dos operários. Há, ainda, a Festa de Santo Antonio, no mês de agosto, cujos festejos são acompanhados por círio fluvial. Outras festividades são destaques no município, tais como a quadra carnavalesca, a quadra junina, a festa da castanha-do-pará, a pesca do tucunaré e as comemorações do aniversário do município. ^(1,2)

O tipo climático da região é o Ami que se traduz como um clima, cuja média mensal de temperatura mínima é superior a 18°C. Tem uma estação seca de pequena duração e amplitude térmica inferior a 5°C, entre as médias do mês mais

quente e do mês menos quente. O excedente de água no solo, segundo o balanço hídrico, corresponde aos meses de fevereiro a julho, com um excedente de mais de 750 mm, sendo março o mês de maior índice. A deficiência de água se intensifica entre agosto e dezembro, sendo setembro o mês de maior carência, ao se constatar em menos de 90 mm. O principal rio do município é o rio Trombetas que nasce ao norte do município, cujos formadores são os rios Poana e Anamu. Este por sua vez, sendo formado pelos rios Curiau e Maná. O rio Trombeta percorre todo o município de norte para o sul e inflecte-se para o sudeste. Após passar pela sede do município, deságua no rio Amazonas, já próxima à sede de Óbidos e em terras desse município. Todo o município de Oriximiná é servido pela rede hidrográfica do rio Trombetas, que corre em grande parte, em áreas cristalinas e apresenta uma densidade de drenagem considerável, formando em todos eles, uma série de cachoeiras e corredeiras que ocorrem no contato cristalino/sedimentar. ⁽¹⁾

A estruturação geológica do município é bastante complexa, apresentando duas províncias geológicas bem diferenciadas. Na primeira, localizada no norte de seu território, estão expostas rochas de Idade Pré-Cambrianas, que constituem o Complexo Guianense, de natureza granito-gnáissico-migmatífica. A segunda província, de natureza predominantemente sedimentar, apresenta rochas de idades Paleozoicas, componentes da Bacia do Amazonas. ⁽¹⁾

O município de Oriximiná é quase totalmente recoberto pela floresta densa, assumindo estas inúmeras variações de porte e composição, de acordo com a fisiografia, solos e teor de umidade. Entre essas feições ou subtipos, destacamos a floresta densa dos platôs (altos e baixos), ao longo das margens do baixo curso do rio Trombetas; a floresta densa sub-Montana em relevo aplainado, e em platô e relevo dissecado do Complexo Guianense e a floresta densa das baixas cadeias de montanhas. ⁽¹⁾

O acesso à sede do município é predominantemente fluvial, com ligação com os municípios de Santarém, com tempo médio de percurso de 12h, com o município de Óbidos, com tempo médio de percurso de 3 horas, com município de Belém, com tempo médio de percurso de 3,5 dias, com o município de Manaus, com tempo médio de percurso de 3 dias. ^(1,2)

O município, através da Secretaria de Saúde, dispõe das clínicas médicas básicas como a de clínica geral, pediatria, obstetrícia e cirúrgica. As demais

especialidades são encaminhadas aos hospitais de referência em atendimento de alta complexidade nos municípios de Santarém e Belém. O sistema de referência e contra-referência intermunicipal é pactuado na Programação Pactuada Integrada (PPI) do Estado e realizado através do encaminhamento via Tratamento Fora de Domicílio (TFD).⁽³⁾

O município possui apenas laboratório de análises clínicas, como serviço de apoio diagnóstico, incluindo radio imagem. Para doenças de notificação compulsória o município tem cobertura do Laboratório Central (LACEN) e do Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém.⁽³⁾

O município dispõe de um hospital privado, vinculado a Mineração Rio do Norte, dois hospitais públicos, o Hospital Municipal e o Hospital Maternidade São Domingos Sávio, totalizando 77 leitos. Os hospitais atendem a baixa e média complexidade. O atendimento de urgência e emergência acontece nas unidades hospitalares. Conta também com seis Unidades Básica de Saúde, uma farmácia popular e aproximadamente 24 farmácias particulares, três clínicas privadas. Centro de epidemiologia, Centro de testagem e aconselhamento (CTA), dois CRAS e CREAS⁽³⁾

Eu trabalho na UBS Santa Terezinha, localizada no bairro Santa Terezinha cuja área de abrangência são os bairros Santa Terezinha, São Jose I e São Jose II, considerando os limites da cidade poderíamos dizer que são bairros cênicos Com uma população total de 4112 pessoas, a qual fica distribuída segundo a faixa etária e sexo da seguinte maneira.

Tabela no 1. Distribuição da população por faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
>60 anos	217	321	338
50-59	174	188	362
40-49	286	304	590
20-39	729	816	1545
15-19	156	165	321
7-14	248	259	507
1-6	105	95	200
< 1 ano	16	33	49
Total	1931	2181	4112

Em quanto ao cadastro pessoal e familiar podemos dizer que o mesmo está em andamento, pois ainda não se consegue cadastrar o total da população e na média de pessoas por família o mesmo é de 3.4. Observe-se na tabela numero2.

Tabela 2 Cadastro da população e media de pessoas por família.

População Cadastrada	Total
Número pessoas cadastradas	4095
Número família cadastradas	1167
Media pessoas por família	3.4

A Unidade Básica de Saúde possui as seguintes repartições:

- Recepção, local destinado à recepção e direcionamento dos pacientes de acordo com a demanda.
- Cinco consultórios destinados às consultas médicas, consultas de enfermagem.
- Farmácia, armazenamento e distribuição de medicamentos.
- Sala de atendimento ao "Agudo": atendimento a casos agudos no âmbito da atenção primária e administração de medicamentos injetáveis.
- Sala de curativo: realização de curativos de feridas crônicas

e agudas e retirada de pontos, no âmbito da atenção básica.

- Cozinha.
- Dois banheiros, um banheiro para uso dos funcionários e um banheiro para usuários.
- Sala da administração.
- Sala de vacinas: onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação.
- Consultórios de odontologia.

A UBS Santa Terezinha possui duas Equipes de Saúde da Família.

Cada equipe apresenta:

01 Médico generalista

01 Enfermeira

02 Auxiliares de Enfermagem

06 Agentes Comunitários de Saúde

01 Dentista.

Todos os profissionais devem cumprir uma carga horária de 40 horas semanais. ⁽²⁾

Equipes de Apoio

Especialistas:

01 Ginecologista:

Oferece apoio às demandas da equipe. Há agendamentos de pacientes para esse profissional de apoio para colocar DIU (Dispositivo intrauterino), realização de reposição hormonal, consultas de pré-natal de maior complexidade e para mulheres com queixas específicas que não puderam ser resolvidas pela equipe de ESF. Em alguns casos, os próprios profissionais da ESF realizamos o atendimento sob orientações da ginecologista. Atende no período da tarde.

Deve cumprir 20 horas semanais. ⁽³⁾

01 Pediatra:

O agendamento de consulta para essa profissional é realizado em caso de crianças asmáticas, com desnutrição e puericultura, especialmente a primeira consulta, intercalando com as ESF de referência. Além disso, a pediatra atende crianças com quadros agudos e com patologias de maior complexidade. Atende no período da tarde.

Deve cumprir 20 horas semanais. ⁽³⁾

Embora nossa equipe apresente uma estrutura completa a demanda de atendimento na UBS tem um comportamento crescente, todo isso justificado pela permanência regular de um médico na equipe, que antes do programa, não existia. Os serviços que não são oferecidos na própria unidade são ofertados em outros locais dentro da rede, buscando garantir assistência integral à saúde.

Falando um pouco das características gerais da população podemos dizer que dentro da comunidade tendo um total de quatro escolas, sendo um de elas particular. Existem poucos espaços públicos de lazer ou para a prática de exercícios físicos ao ar livre, as atividades econômicas prevalentes são o comércio, a pesca artesanal e atividades autônomas. Os meios de transporte mais utilizados dentro da cidade é a motocicleta. Dentro dos meios de comunicação mais utilizados estão a televisão, telefone, internet. Os problemas sociais mais prevalentes são o uso de drogas, falta de opções de lazer, falta de cursos profissionalizantes. No nível de escolaridade prevaleceu o ensino fundamental.

Dentro dos aspectos ambientais da área de abrangência da UBS e relevante resaltar que o 100 % das ruas são pavimentadas; somente 4 casas não possuem saneamento básico; 100% das casas possuem energia elétrica; cerca de 98% da área apresenta coleta de lixo, mas apresenta também lixo a céu aberto; cerca de 6% da população não tem acesso à água tratada; cerca de 96% apresenta abastecimento de água.

Em quanto às informações epidemiológicas da minha equipe podemos mencionar que em saúde da criança existem 49 crianças de 0 a 1 ano, sendo que 36 delas estão em puericultura na UBS e 13 fazem puericultura através do convênio particular. Temos 201 crianças de 0 a 5 anos estão com o cartão vacinal em dia, segundo os ACS o qual é observado durante as visitas domiciliares e também durante as campanhas de vacinação.

O que refere á saúde da mulher na área de abrangência da equipe há 42 gestantes sendo que 16 delas são adolescente o que representa o 38% sendo significativo para a equipe.

Existem hoje 921 mulheres em idade fértil na área da equipe, mas não é possível verificar se todas estão com a prevenção em dia. Saúde do Adulto atualmente na equipe existem 124 diabéticos e 462 hipertensos. Há no momento cinco paciente com tuberculose em acompanhamento pela equipe.

Não foi detectado nenhum caso de hanseníase. Saúde do Idoso a coleta de informações sobre o número total de idosos está em andamento. Saúde Mental atualmente, na equipe existem 118 casos.

As principais demandas de atendimento observadas neste ano referem-se a doenças parasitárias, sobretudo em criança devido a problemas de higiene pessoal e não tratamento correto de água de consumo; ocupando um lugar importante, e diria quase no primeiro lugar entre a população adulta, aparecem os atendimentos por doenças crônicas diga se Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, cardiopatias e acompanhando ditos atendimentos um número grande de fatores de risco para desenvolver as mesmas como são: dislipidemias, sobrepeso, obesidade, sedentarismo; além de complicações desenvolvidas por mau tratamento ou controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e por último não menos importante neste ano houve um incremento da gravidez nas adolescentes na área de abrangência o que foi muito relevante para mim sendo assim um dos principais problemas de saúde neste ano, pois os antes mencionados tem sido relevância em não menos de cinco anos.

A gravidez na adolescência é uma realidade muito frequente em todos os níveis sociais e a maior incidência ocorre na população de mais baixa renda, o que traduz numa questão social, a qual deve ser estudado e apontado métodos de intervenção para lidar com essa problemática.

A gravidez na adolescência acarreta uma série de complicações familiares, emocionais, econômicas e biológicas, atingindo isoladamente e a sociedade como um todo, limita ou adia futuras possibilidades de desenvolvimento e ingresso desses jovens na sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apud Nunes (2012) “a gravidez na adolescência é considerada gestação de alto risco, devido à repercussão na saúde da mãe e de seu filho”. (4,5)

A gravidez na adolescência está muito ligada à realidade da população da UBS Santa Terezinha no ultimo ano, pois no mês de dezembro/2016, foi feito um levantamento das grávidas na área de abrangência, acusando que 38% eram gestantes menores de 19 anos. O que constitui um número bastante elevado e um problema importante de saúde, considerando as dificuldades que a maternidade pode trazer para a mãe adolescente, sua família e a sociedade.

Apesar das informações estarem próximas dos adolescentes e jovens ainda é muito relevante a incidência da gravidez na adolescência nesta faixa etária. Nossas adolescentes geralmente provêm de famílias com baixa renda familiar e são filhas de pais com baixo nível cultural. Os pais não orientam sobre sexualidade porque não tem conhecimento sobre o assunto e preferem que recebam orientações e sejam educados na escola ou por profissionais da saúde.

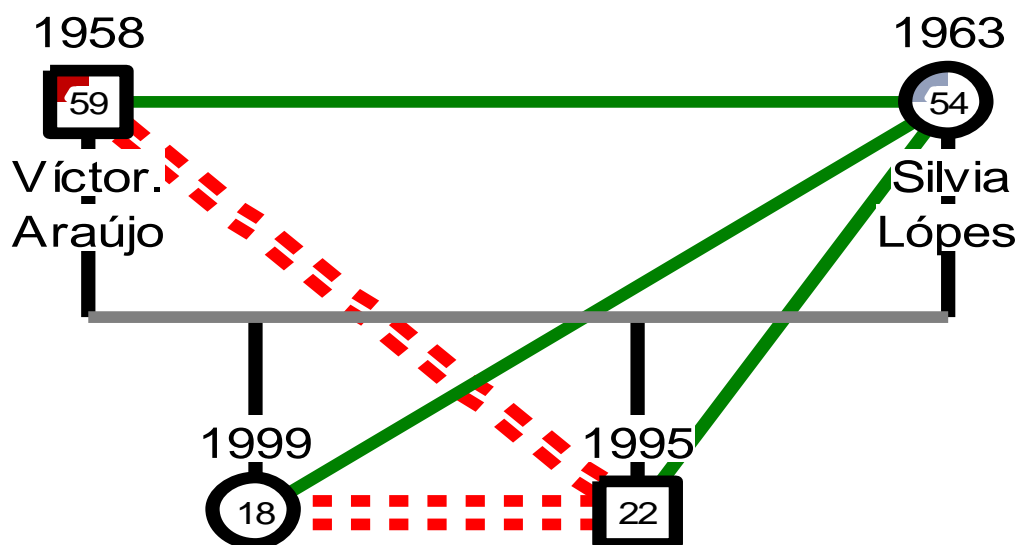
Nesse contexto, a equipe de saúde da família sente grande motivação na realização de um projeto de intervenção em saúde, uma vez que visa contribuir com a promoção de saúde das adolescentes de maior risco pré-concepcional, e também mudar condutas sexuais a fim de prevenir a gravidez na adolescência e suas consequências, e que as jovens possam fazer uso de uma sexualidade mais responsável. Sendo este exposto nos anexos.

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Trata-se de uma família nuclear, disfuncional integrada por quatro pessoas; a senhora Claudia Azevedo de 56 anos, com presença de artrite, dona de casa, casada com o senhor Viuzo Almeida de 60 anos hipertenso controlado com captopril (25mg) 1cp de 12/12 horas, trabalhador de uma fábrica de conservas com salário mínimo. O casal tem 2 filhos, uma adolescente de 17 anos, solteira, estudante de segundo ano de medicina veterinária, com presença de gravidez não planejada e ainda não aceita a gravidez. Além em casa mora outro filho de 21 anos que não tem boas relações com o seu pai e irmã, pois é desempregado.

A família mora em uma casa de três habitações com malas condições higiênicas, o abastecimento da água é por poço que não é higienizada, sem ferver e sem uso de hipoclorito de sódio. Presença de galinhas, patos, cachorro, que permanecem muitas vezes dentro da casa, a coleta do lixo é duas vezes por semana, além tem vetores em casa como presença de carapanã e baratas.

Genograma da família.



Avaliação da paciente

Na presente família o caso mais sensível e mais preocupante foi da adolescente grávida que a continuação vai ser apresentada.

Paciente de 18 anos, branca, solteira, pois o ex-namorado a abandonou quando soube da gravidez, sem história de doença crônica, vem na minha consulta depois de ter sido cadastrada como grávida e receber a primeira consulta pré-natal pela enfermeira onde foram solicitados os exames laboratoriais. Controlada antigamente com camisinha, ciclos menstruais regulares. Gravidez não planejada e não desejada, com DUM do dia 10/06/2017 para 12 semanas e DPP do dia 17/03/2018. Com história obstétrica de gravidez 0 parto 0 e aborto 0. Com antecedentes familiares de pai hipertenso. Sem história pessoal de cirurgia, uso de drogas lícitas ou ilícitas, reações alérgicas nem doenças sexualmente transmissíveis.

Com presença de sintoma próprio da gravidez referente a náusea quando sente odor ao tempero das comidas, urinas com ardor e frequentes, além queixa-se de leve dor abdominal e pélvica, fezes normais, dorme bem, alimenta-se pouco, nega febre, nega corrimento vaginal.

Exame Físico

Peso: 48 kg

Altura: 156 cm

IMC: 19.75(baixo peso)

Temperatura: 36,2 Graus

Pele e mucosas: úmidas e coradas.

Tireoide: não palpável ausência de nódulos.

Região cervical, supra clavicular, axilar sem nódulos nem outras anormalidades.

Mamas: sem alterações, levemente aumentadas de volume.

Respiratório: não dispneia, murmúrio vesicular normal, frequência respiratória: 17 por minuto.

Cardíaco: Bulhas cardíacas normais, não sopros, Frequência cardíaca: 68 bpm, P/A 100/60 mmhg.

Abdome: não dor á palpação superficial nem profunda, AU 14 cm.

Membros inferiores: não lesões, não edemas, não deformações.

Os resultados de exames laboratoriais solicitados informam:

Hemograma: Hemoglobina 12,8 g/dl, hematócrito 37%, leucócitos 5,440/mm³ plaquetas 225/mm³.

Tipagem sanguínea: O positivo.

Glicemia de jejum: 71mg/dl

Fezes: não realizado.

Urina: Piócitos 25 por campo, Flora bacteriana acentuada.

Teste rápido diagnóstico anti HIV: não reagente.

Teste rápido de triagem para sífilis: não reagente.

Teste rápido anti-hepatite B: não reagente.

Teste rápido anti-hepatite C: não reagente.

Toxoplasmose IgG e IgM: não reagente.

Citomegalovírus IgG e IgM: não reagente.

Rubéola: IgG e IgM: não reagente.

Secreção vaginal: não realizado.

Hipótese Diagnóstica: Gravidez de 12 semanas, alto risco.

Bacteriuria assintomática

Conduta

- Orientação nutricional e alimentar adequada durante a gravidez.
- Oriento comparecer na consulta de saúde bucal.
- Explico a importância da participação do pai da criança nas consultas.
- Oriento sobre sinais de alarma na gravidez.
- Oriento a importância da realização dos exames laboratoriais solicitados.
- Solicito fazer exame de fezes e secreção vaginal.
- Explico importância da aceitação da gravidez, ofereço apoio psicológico e emocional.
- Tomar abundante líquido pelo menos 3 litros de água no dia e fazer repouso físico e sexual.
- Ácido Fólico (5mg) tomar 01 comprimido ao dia via oral.
- Cefalexina (500mg) tomar 01 comprimido de 6/6 horas via oral durante 10 dias.
- Voltar à consulta em 10 dias para avaliar e solicitar urocultura.
- Levo o caso para analisar no projeto terapêutico singular.

No projeto terapêutico singular foram traçados os seguintes planos:

Avaliação psicológica da adolescente grávida para ajudar à aceitação da gravidez.

Avaliação integral da família e pai da criança por parte da psicóloga em consulta individual e coletiva para melhorar as relações familiares e aceitação da gravidez.

Fazer visita domiciliar por parte de atenção social para avaliar as condições sociais e econômicas da família.

Fazer visitas domiciliares por parte do fisioterapeuta para orientar a grávida sobre exercícios físicos para fazer durante o desenvolvimento da gravidez.

Fazer visitas domiciliares por parte da enfermeira, médico e agentes comunitários de saúde para avaliar possíveis fatores de risco durante o desenvolvimento da gravidez.

Fazer consultas e visitas domiciliares por parte da nutricionista para melhor alimentação e mudar valoração nutricional durante o desenvolvimento da gravidez.

Fazer atividades educativas palestra com grupo de grávidas adolescentes e não adolescentes para fortalecer os vínculos afetivos entre a mãe e a criança.

No momento depois de ter começado com as ações e planos traçados no projeto terapêutico para melhorar a situação dessa família certamente temos percebido importantes mudanças, aceitação da gravidez por parte de toda a família incluindo o ex-namorado da adolescente, além do que o irmão dela encontra-se trabalhando e ajudando para melhorar as condições econômicas da casa e a adolescente tem mais um pouco de conhecimento dos cuidados da gravidez.

Depois de 10 dias ela retornou à consulta assintomática onde foi passada urocultura para controle de cura resultando depois negativo.

Muitos autores têm publicado documentos com o principal tema de Infecção Urinária na Gravidez, segundo o Dr. Pedro Pinheiro chamamos de infecção urinária qualquer infecção que acometa rins, bexiga e/ou uretra. A infecção dos rins recebe o nome de pielonefrite, a infecção da bexiga chama-se cistite e infecção da uretra é a uretrite. ⁽⁶⁾

Segundo os Drs. Geraldo Rodrigues de Lima e Dra. Karina De Falco Martins no livro de Uroginecologia e cirurgia vaginal a glicosúria e a proteinúria que normalmente acontecem durante a gravidez, também, facilitam a colonização de bactérias no trato urinário. ⁽⁷⁾

Dentre as gestantes 1% a 2% terão infecção sintomática e 2% a 13% assintomática, sendo que destas últimas, 30% a 50% evoluirão para pielonefrite se não tratadas. ⁽⁸⁾

Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é aperfeiçoar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. ⁽⁹⁾

Para alcançar essas metas, as ações de promoção da saúde por meio da educação em saúde e níveis de prevenção, são ferramentas importantes, esses grupos de ações podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. ⁽⁹⁾

Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventiva, que, em seu conjunto, constituem um campo de aplicação precípua do que se convencionou chamar, tradicionalmente, de Saúde Pública, ou seja: o diagnóstico e tratamento científico da comunidade. ⁽⁹⁾

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população. ⁽⁹⁾

No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade

sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras em escolas, associações de bairro, igrejas. Empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.⁽⁹⁾

No campo da prevenção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo o momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.⁽⁹⁾

A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos cosméticos, saneantes, agrotóxicos e outros), mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde, neles eventualmente presentes. Todos esses grupos de ações geralmente têm o suporte de legislação específica, na qual são inseridas as normas e regulamentos de proteção à saúde, com vistas à sua observância por todos.^(9,10)

Todas as ações de promoção e prevenção da saúde acima descrita podem e devem ser exercidas (ou desencadeadas), também, durante o atendimento nas unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com objetivos e técnicas adequados a estes locais. Ações de recuperação - esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação.⁽¹⁰⁾

Nesse momento, é importante salientarmos a diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macros

determinantes do Processo saúde /enfermidade, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente. ⁽¹⁰⁾

Em 1965 foi proposto o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção; prevenção primária, secundária e terciária. Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e compunha um nível de atenção da Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de Pré-patogênese. ⁽¹⁰⁾

São descritos três níveis de ação, primária (promoção da saúde e proteção específica). A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entorno). ⁽¹⁰⁾

Secundária (diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez) Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino. Também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos (alimentares atividades físicas etc.). ⁽¹⁰⁾

Terciária (reabilitação) Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional. ⁽¹⁰⁾

Nessa concepção, mais moderna, a promoção da saúde se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes da saúde e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde. ⁽¹⁰⁾

Como foi mencionado na introdução deste portfólio, na UBS Santa Terezinha foi feito um levantamento das grávidas na área de abrangência, acusando que a maioria era gestantes menores de 19 anos, o que constitui um problema importante de saúde, considerando as dificuldades que a maternidade pode trazer para a mãe adolescente, sua família e a sociedade.

Com relação ao acompanhamento das adolescentes, as mesmas não comparecem às consultas agendadas, sendo que este momento é o propício para a promoção de saúde. Quando procuram a assistência médica já estão grávidas para dar início ao pré-natal.

Em o agir do dia a dia temos demonstrado que a consulta de pré-natal prove á gestante de estratégias de cuidado preventivo e curativo durante o período pré-concepcional, gestacional e o também o puerpério, sendo um conjunto de práticas e protocolos integrados que visa a manutenção e aprimoramento da saúde física mental e social da gestante(mais ainda quando trate-se de uma gestante adolescente que nem faze idea do que é a gravidez), assim como a redução de riscos de patologias gestacionais além de colaborar para o desenvolvimento de um feto saudável.

Tendo em conta que a UBS insere-se em um contexto de baixo nível cultural por parte dos cidadãos no que diz respeito à saúde em geral, este capítulo visa contextualizar a promoção da saúde no âmbito da saúde da grávida em especial á grávida adolescente, pois temos observado que na prática diária em poucas consulta a mulheres expressa o desejo de engravidar assim como nas consultas pré-natais poucas gestantes relatam que a gravidez foi planejada ou mesmo

desejada. Frente a isso se identificou a necessidade de implementar práticas de planejamento familiar de maneira mais cedo o seja não só em mulheres em idade reprodutiva (25anos-35anos), sino também em adolescentes, para elo procurou-se dialogar com as usuárias do sistema, ressaltando a importância de métodos contraceptivos, abordando também temas como saúde sexual e reprodutiva e saúde mental.

Em nossa equipe trabalhamos sempre respeitando e aplicando os atributos básicos da atenção primaria Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação em todas diretrizes e indicadores de saúde. Podendo possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Realizando avaliação e acompanhamento sistemático os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social. Nas ações realizadas junto a minha equipe, temos varias diretrizes de trabalho que guiam nossos atendimentos.

Não poderíamos estabelecer um sistema de ações em saúde si não se faz desde a primeira infância e que englobe todos os aspetos da vida da família e o ser humano, incluso a saúde mental é bem conhecido que ações desenvolvidas nas primeiras décadas da vida marcam pautas no desenvolvimento futuro da pessoa, exemplo bem estudados é o relativo ao adquirir hábitos de vida saudáveis.

Diante de uma região que apresenta elevado risco de gravidez na adolescência, a escola atua como um espaço para a inserção da ESF, a extensão universitária visa articular o ensino e a pesquisa às demandas da comunidade, mantendo sempre o compromisso social da universidade na transformação da realidade. A parceria entre os segmentos saúde e educação busca a formação de indivíduos críticos, reflexivos e emancipatórios com ênfase na promoção da saúde.

É por isso que nossa equipe faz uma programação de atividades de promoção e educação em saúde nas escolas que engloba nossa área de abrangência o descrito a continuação ocorreu na escola de ensino médio Dr Almir Gabriel.

Foi programada uma palestra para todos os adolescentes que quiseram participar e incluindo os professores sendo o principal tema neste momento a

gravidez na adolescência e saúde sexual e reprodutiva. No primeiro momento percebemos o interesse do público por o tema e não só por o público feminino sino também por o masculino, pois a atividade oportunizou aos adolescentes uma reflexão crítica sobre sua sexualidade, seu corpo, a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), os métodos contraceptivos e as consequências da gravidez indesejada nesta fase da vida, propiciando aos adolescentes viverem com autonomia e responsabilidade sua sexualidade.

Sendo assim que as ações educativas em saúde são um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução. Essas atividades possibilitam uma série de conquistas, pois têm o intuito de priorizar as ações de prevenção, já que o indivíduo que possui conhecimentos e informações sobre a sua saúde tem mais oportunidades de refletir e mudar sua postura, enfrentando menores impactos provocados pelas doenças e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Vale também enfatizar que a educação em saúde é um ato de conhecimento que se dá através da relação dialógica entre educador, educando e o objeto de conhecimento, pois é um espaço de produção de saber, pois o conhecimento é a construção coletiva mediada dialogicamente, que deve articular a experiência da vida prática com a sistematização rigorosa e crítica.

Nessa perspectiva, os profissionais e os indivíduos envolvidos no processo educativo são responsáveis por assumir posições de sujeitos que fazem e refazem o mundo, e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas. O exercício da prática de educação em saúde pressupõe disponibilidade para ouvir o outro e horizontalidade na relação interpessoal, de forma que a ação educativa se transforme em um instrumento capaz de tornar os participantes mais ativos e valorizados em uma relação que busca a construção de conhecimentos.

Verificou-se que os alunos possuem muito interesse pelo tema proposto visto a motivação e integração dos mesmos durante a atividade desenvolvida. Ao final percebeu-se a satisfação de todos os envolvidos e maior compreensão dos adolescentes pelos assuntos abordados. Assim, a palestra possibilitou o

desenvolvimento de um trabalho educativo que contribuiu não só para o conhecimento do público-alvo, como também para a formação profissional dos extensionistas onde se percebeu que o trabalho educativo demonstrou resultados positivos em relação às intervenções pedagógicas. ⁽¹¹⁾

Também sérvio para ficar estabelecido um grupo de adolescentes que atualmente funciona uma vez ao mês na UBS e são os próprios adolescentes quineis propõem os temas a discutir assim como as atividades a fazer.

Além se percebeu como o numero das grávidas adolescentes diminuiu nos últimos meses, uma maior concorrência nas consultas de planejamento familiar e uma maior responsabilidade por parte das grávidas adolescentes tanto na inscrição precoce do pré-natal como na assistência das consultas programadas onde a gente faz uma avaliação correta dos exames realizados durante o pré-natal, e sua monetarização no longo do tempo, correlacionar com seguimento nutricional antes do inicio do Pré-natal y pós-parto, atualização vacinal, seguimento odontológico, e psicológico, apoio e coordenação com outros níveis de atenção, correto acompanhamento na unidade de saúde e domiciliar, avaliar desenvolvimento no novo rol familiar e comunitário da grávida, monitoramento do uso correto de medicação durante período, valorar apoio familiar y governamental. Vincular desde esta etapa com o rol de madre a ser desempenhado e oferecer ferramentas educacionais desde os âmbitos de promoção y prevenção em saúde. Assim como introdução do tema da puericultura, promoção do aleitamento materno ate sexto mês de vida, acompanhamento puerperal e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento. Busca ativa de alterações genéticas no recém-nascido, orientação da realização do teste do pezinho, garantia do acesso às vacinas disponíveis no SUS, fortalecimento do vínculo familiar com a UBS, orientação e capacitação sobre métodos de planejamento familiar. Vincular com programas educativos sobre saúde sexual e reprodutiva e sobre métodos de alimentação saudável para a mãe e a criança, programar consultas periódicas e visitas domiciliares com equipe de saúde, além da promoção da saúde mental envolve ações que permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis.

Nossa equipe trabalha com esta máxima: Saúde mental é mais que ausência de transtornos mentais, segundo a constituição da OMS que afirma: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade. ⁽¹²⁾

Políticas nacionais de saúde mental não devem se ater apenas aos transtornos mentais, mas também reconhecer e abordar as questões mais amplas que promovem a saúde mental. Elas incluem a integração da promoção da saúde mental às políticas e programas em setores governamentais e não governamentais. Além da saúde, é essencial envolver os setores de educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação e bem-estar. Promover a saúde mental depende em grande parte de estratégias intersetoriais. Entre elas, estão maneiras específicas para promover a saúde mental. ⁽¹²⁾

Intervenções na primeira infância (por exemplo: visitas domiciliares a mulheres grávidas e atividades psicossociais no período pré-escolar, combinados ao auxílio psicossocial e nutricional para populações desfavorecidas), Apoio às crianças (por exemplo, programas para desenvolvimento de habilidades e programas de desenvolvimento infantil e juvenil), empoderamento socioeconômico das mulheres (por exemplo: aprimorar o acesso à educação e aos programas de microcrédito), apoio social para populações idosas (por exemplo: iniciativas amigáveis, centros comunitários e datas para os idosos), programas direcionados a grupos vulneráveis, incluindo minorias, pessoas indígenas, migrantes e indivíduos afetados por conflitos e desastres (por exemplo: intervenções psicossociais após desastres), atividades de promoção da saúde mental em escolas (por exemplo: programas de apoio a mudanças ecológicas em escolas), intervenções de saúde mental no trabalho (por exemplo: programas de prevenção do estresse), políticas de habitação, programas para prevenção da violência (por exemplo: reduzir a disponibilidade de álcool e acesso a armas), programas de desenvolvimento comunitário (por exemplo: desenvolvimento rural integrado), redução da pobreza e proteção social para os

pobres, leis e campanhas contra a discriminação, Promoção de direitos, oportunidades e cuidados dos indivíduos com transtornos mentais. ⁽¹²⁾

Reflexão:

“O desenvolvimento de ações que buscam garantir uma boa qualidade de vida da população e proporcionar a preservação do meio ambiente conduz à necessidade da participação da sociedade como um todo e de profissionais de diferentes formações”

Todos nos somos responsável por os cuidados e melhoria de nossos pacientes, também pela capacitação individual e coletiva dos membros da equipe e as recomendações que damos para cada doença física ou psíquica. O acompanhamento correto é difícil são muitos os obstáculos a superar em nosso trabalho dia a dia.

Visita Domiciliar

No Brasil o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa. A VD constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época por o que foi ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década, de aí que a VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (13,14)

A atuação da ESF nos programas de pré-natal implica a identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas. Trata-se, portanto de identificar os fatores de risco no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral, exame gineco-obstétrico, podendo ainda ser identificados durante a visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe. Em minha UBS as visitas são feitas nas quinta feiras de manhã com previa coordenação com os ACS os quais sempre dão prioridade aos programas da APS onde o pré-natal toma grande importância mais ainda quando se trata das grávidas adolescentes que geralmente não fazem o pré-natal com responsabilidade por o que a equipe procura a adesão ao programa, pois participando do mesmo, a gestante terá aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar de que este período é vivenciado por cada mulher de forma distinta, por o qual a visita domiciliar tem um papel fundamental não só na busca ativa das grávidas também em a adesão ao programa, continuidade das consultas e proporcionando informação por meio da promoção de saúde.

À Estratégia de Saúde da Família cabe, dessa maneira, oferecer um atendimento particular, individual e de qualidade para cada uma de suas gestantes e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode contribuir e muito, através de suas visitas domiciliares. O ACS representa um importante elo de comunicação e integração da população com o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). O trabalho em equipe é relevante na medida em que tem a responsabilidade de identificar gestantes na comunidade, orientá-las para um adequado acompanhamento pré-natal e no período do puerpério. ⁽¹⁴⁾

Assim, durante o pré-natal e no atendimento após o parto, as gestantes podem receber informações sobre os seguintes temas, entre outros: Importância do pré-natal; higiene e atividade física; nutrição: promoção da alimentação saudável; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; prevenção das DST/AIDS; Sinais de alerta e o que fazer nessas situações; Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social; Orientação e incentivo para o aleitamento materno; cuidados após o parto, importância da participação do pai durante a gestação, importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente), etc.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta de trabalho da Estratégia Saúde da Família de primordial importância, a qual propicia o acesso da equipe de saúde multiprofissional, ao espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida das pessoas, o seu meio ambiente, seus hábitos, costumes, higiene, crenças, cultura e condições socioeconômicas. ⁽¹⁵⁾

Para a efetivação de ações de promoção de saúde da mulher abordamos a visita domiciliar, que propõem o atendimento educativo e assistencial, no ambiente familiar, sendo o lugar onde se sente segura, e a vontade para dialogar. Assim direcionando para a educação em saúde das mulheres em busca do auto aprendizado para sua família em todas as fases de sua vida, seja no pré-natal,

aleitamento materno, cuidado familiar, na abordagem da cultura de gerações e no planejamento familiar. ⁽¹⁵⁾

As visitas domiciliares devem ser realizadas preferencialmente pelos agentes comunitários, na frequência exigida para cada caso e depois por a equipe o principal objetivo é fortalecer o vínculo entre a unidade de saúde e a gestante, sendo que:

- As visitas devem captar gestantes que não fazem o pré-natal.
- Reconduzir gestantes faltosas.
- Acompanhar o quadro de cada gestante e completar o trabalho educativo de orientar pessoas visitadas sobre as ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, 4 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário. Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. A VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a interação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades. ⁽¹⁴⁾

A visita domiciliar:

Objetivos

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.

Organização

Na organização da VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais. Ao agente comunitário de saúde (ACS) cabe realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco.

Planejamento

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Para o grupo de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioritárias situações que são mostradas na seguinte tabela:

Idoso	Criança	Gestante
-Acamados com dificuldade de deambulação -Com doenças crônico-degenerativas -Sem adesão ao tratamento Sem cuidador	-Recém-nascidos com alto grau de distrofia - Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento -Ausências no atendimento programado e/ou vacinações	-De alto risco -Desnutridas -Ausências na consulta de pré-natal

Formalização de a visita domiciliar

Como metodologia básica para a VD, é empregada a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família. Devem ser colhidos dados referentes às condições socioeconômicas, de higiene, estrutura familiar, relações familiares e sociais, rede de cuidados, entre outras, registrando-se situações de risco, presença de agravos e doenças agudas, crônico-degenerativas e contagiosas. Sugere-se o uso de uma Ficha-Guia da Visita Domiciliária para nortear o registro de informações detalhadas que poderão ser sistematicamente utilizadas pelos membros da equipe da ESF no acompanhamento e na avaliação dos casos prioritários e de suas famílias.

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita. Nesse momento, valorizam-se as relações interpessoais para possibilitar aproximação e segurança na abordagem.

Considera-se a visita uma oportunidade ímpar para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando in loco as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita.

Avaliação da visita domiciliária

É indispensável à instituição de um processo avaliativo de todas as etapas da visita para assegurar o alcance dos objetivos propostos previamente e o cumprimento dos encaminhamentos e cuidados prescritos. Na avaliação da visita devem ser respondidas as seguintes perguntas:

- Os objetivos propostos foram atingidos?
- Os pressupostos da visita foram contemplados?
- O preparo para a realização da atividade foi adequado?
- O tempo estimado foi cumprido?

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Deve ser considerado o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

À equipe nuclear da ESF cabe a responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência. A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contrarreferência. No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco. Pensar e executar a VD de forma

sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa tecnicista e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF. Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos, bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde. ⁽¹⁶⁾

Reflexão Conclusiva

O trabalho de conclusão de curso leva a concluir que a discussão sobre sexualidade e reprodução na juventude não pode ocorrer isolada do contexto sócio cultural que modela as relações sociais nas quais os jovens estão inseridos. Sem considerar as relações intergeracionais que têm na família expressão particular e as relações com os pares, nas quais a iniciação afetivo-sexual ocorre, as análises tendem a revelar aspectos parciais. Compreender a dinâmica que rege a construção social de adolescentes e jovens na contemporaneidade é uma via fundamental para se discutir as trajetórias sexuais e reprodutivas juvenis em diferentes segmentos sociais. O lugar que a sexualidade ocupa no processo de autonomização juvenil, ainda hoje muito marcado pela hierarquia de gênero, torna-se a chave para uma leitura mais acurada do fenômeno da gravidez na adolescência. A realização deste trabalho permitiu conhecer a fundo a realidade do tema no âmbito da UBS Santa Terezinha identificando-se forte desconhecimento a respeito da importância da gravidez na adolescência e sexualidade nessa área de abrangência. Nesse contexto, o presente trabalho oportunizou a percepção da necessidade de uma atuação intensificada da Equipe de Saúde da Família no apoio extensivo no tema referente, através da promoção em saúde, enfatizando informações nesse tema e esclarecimento de dúvidas durante consulta e visitas domiciliares .

A pós-graduação em Saúde da Família tem como objetivo formar especialistas em Saúde da Família, capazes de atuar na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade em que atuam ou pretendem atuar; capacitar especialistas em Saúde da Família para atuação na promoção de saúde em diferentes comunidades e realidades sócias econômicas; possibilitar a reflexão sobre o papel de facilitador, promotor e coordenador das atividades educativo-participativas na comunidade.

No longo de mais de um ano de estudo no curso de especialização em saúde da família, tendo como sede a Universidade de Porto Alegre em no Rio Grande do Sul e usando a modalidade a distância, tenho aprendido coisas valiosas que enriqueceram meus conhecimentos no campo da medicina. Em um primeiro momento os aspetos do SUS no Brasil, seus princípios, a medicina baseada na evidência, os documentos para informações estadísticas na atenção básica,

planejamento da agenda profissional, ética em saúde, em fim toda uma quantidade enorme de informação e estudo que ajudaram no meu trabalho dia a dia.

No segundo momento entramos no valioso mundo da prática clínica propriamente dita, com reflexões sobre vários casos complexos, indo desde doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis; atenção a grupos especiais como idosos, crianças, grávidas; outras doenças frequentes em nosso agir na atenção básica; a análise profunda de cada um dos casos o complexo permitiu não só o conhecimento dos principais protocolos de tratamentos de ditos agravos sino também ajudou nos entender as diferenças existentes em cada uma das regiões do Brasil. Na prática profissional avançamos vários passos na promoção e prevenção de saúde frente a diferentes doenças apresentadas em nossa região, ou frente a fatores de risco capazes de desenvolver agravos à saúde.

Além disso, esta modalidade de educação a distância desenvolveu maior capacidade nos participantes do uso dos meios da informática e as comunicações.

Temos que marcar que como toda nova experiência acho que poderiam ser melhorados pequenos detalhes, dada a importância e valorização deste curso. Por exemplo, algumas tarefas poderiam ser um pouco mais práticas, nesse sentido o eixo 2 a mi entender, foi muito mais entendível que o eixo 1. Além disso, usamos pouco os espaços do bate papo com os tutores, não só para dúvidas mais também para conhecer a realidade do Brasil que não sabíamos. Por parte de nós os intercambistas, sempre deveram melhorar as horas de estudo e assim perfeição o conhecimento.

Referências bibliográficas

1. Diagnostico local do município de Oriximiná/ PA- Extensão. Disponível em: http://www.proex.uff.br/oriximina/docs/diagnostico_local_oriximina-PA. Acesso em: 14 setembro 2017.
2. IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais Estimativa da população residente com data de referência 1 de julho de 2017. Disponível em:// [httpcod. ibge.gov.br/LQQ](http://cod.ibge.gov.br/LQQ)
3. A Atenção básica de Saúde em Oriximiná: Recomendações para organização local. Prefeitura de Oriximiná. Maio, 2016.
4. Organización Mundial De La Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso com el futuro. Washington, D.C.: OPS, 1985.
5. Nunez, A. R. da C et.al. Gravidez na adolescência: Fatores determinantes, ações preventivas,2012. Disponível em: [http://www.etecpalmital.com.br/ biblioteca/ tcc/ agenteComunitarioSaude/2012/_arquivos/GRAVIDEZNAADOLESCENCIAFATORESDETERMINANTESACOESPREVENTIVAS.pdf](http://www.etecpalmital.com.br/biblioteca/tcc/ agenteComunitarioSaude/2012/_arquivos/GRAVIDEZNAADOLESCENCIAFATORESDETERMINANTESACOESPREVENTIVAS.pdf). Acesso em: 22 dez. 2016.
6. *Infecção Urinária na gravidez. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/2011/11/infeccao-urinaria-gravidez.html> . Acesso em: outubro de 2017.*
7. Uroginecologia. Manoel J.B.C. Girão, Edmund C. Baracat, Geraldo Rodrigues de Lima. Editora Arte Médicas, 1997.
8. *Medicina › Ginecologia e Obstetrícia Livro - Guia de Ginecologia - UNIFESP - Baracat - 1ª edição... Baracat, Edmundo Chada - Lima, Geraldo Rodrigues. Disponível em: <https://www.livrariaflorence.com.br>. Acesso em: outubro de 2017.*
9. Pasche, D. F.; Hennington, E. A. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.
10. SILVA, L. M. S. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. S. (Org.). Avaliação em saúde dos

modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P.15-39.

11. 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.
12. Sartori, GS; Van Der Sand, ICP - Grupo de Saúde Mental: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.06, n. 02, p.153-165, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acessado em 2 de setembro 2017.
13. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1): 220-7.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/12/2017.
15. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
16. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

Anexo 1

Projeto de Intervenção

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de intervenção sobre Prevenção da gravidez na adolescência no contexto da UBS Santa Terezinha.

DRA: Kátia Maria Matos Bruzón

Tutor: Daniel Demetrio.

Belém

2017

Resumo

A gravidez na adolescência vem causando grande preocupação aos pais, educadores e médicos, atentos às repercussões que pode causar a mãe e ao bebê, não só no plano biológico, mas também social econômico e psicológico. Muitas adolescentes iniciam sua vida sexual precoce sem ter conhecimento de que uma vida sexual ativa sem responsabilidade e sem proteção pode trazer consequências imediatas ou em longo prazo, como a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. A gestação na adolescência é um problema que nos últimos anos tem alta incidência na população mundial e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha é um dos principais problemas de saúde. Trata-se de um estudo de intervenção, com o objetivo de implantar uma proposta de intervenção educativa com o fim de elevar os conhecimentos sobre gravidez na adolescência e sexualidade nas adolescentes da UBS Santa Terezinha. As ações educativas vão ser dirigidas ao grupo de adolescentes que constituem risco pré-concepcional. Se aplicar um questionário com variáveis sociodemográficas, que uma vez identificado os problemas de conhecimento, se realizarão ações de promoção de saúde através de círculos de culturas, desenvolvidos pela equipe de saúde no período de intervenção. Pretende-se elevar o nível de conhecimento com relação a gravidez na adolescência e sexualidade em 100 % das adolescentes e reduzir a 40% o número de adolescentes grávidas na área de abrangência, nos próximos anos.

Palavras Chaves: Gravidez na adolescência. Sexualidade. Promoção em saúde.

Sumario

Introdução.....	1
Objetivo.....	5
Revisão de Literatura.....	6
Justificativa.....	10
Metodologia.....	12
Recursos Necessários.....	16
Cronograma.....	17
Orçamento e Financiamento.....	18
Resultados Pretendidos.....	19
Anexos.....	20
Referências bibliográficas.....	23

Introdução

A adolescência compreende o período que abrange dos 10 aos 19 anos. Por ser um período muito especial para a construção do indivíduo e para sua inserção social, uma gravidez nessa fase de vida deve ser entendida como fator de risco no âmbito biológico, psicológico e social. Grande parte dos jovens chega à maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional ou independência econômica. Ao mesmo tempo, a erotização dos adolescentes é promovida pela mídia com estímulo à iniciação sexual precoce, que na ausência de domínio das práticas contraceptivas, pode resultar em gravidez não planejada. ⁽¹⁾

Existem fatores que levam a relações sexuais precoces, dentre eles a menarca precoce, fracasso escolar, conflitos, separação ou divórcio dos pais, doenças prolongadas ou morte na família e relação tensa com os pais, entre outros. ⁽¹⁾

Muitas das pesquisas apontam que a maioria das gestações indesejadas são resultados do uso incorreto ou inconsistente de contracepção. Informações devem ser disponibilizadas com explicações sobre os benefícios e riscos de cada um, além de orientações sobre a forma correta de utilização. O uso do preservativo também deve ser enfatizado para proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) e também como modo de corrigir eventuais falhas do método em uso, por isso recomenda-se informar adolescentes mulheres sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis. ⁽²⁾

A gravidez na adolescência, habitualmente, é considerada de risco, perigosa, inapropriada e inadequada para os interesses dos jovens, particularmente por afetar preferencialmente meninas que vivem na pobreza, em países pouco desenvolvidos. Inúmeras causas podem estar envolvidas com a ocorrência da gestação na adolescência, em especial a não planejada ou a indesejada. Entre essas, destacamos os fatores clínicos, sociais, culturais e emocionais. ⁽³⁾

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) afirma que a gravidez na adolescência é uma porta de entrada para a pobreza, pois leva a uma diminuição do leque de possibilidades sociais e econômicas, inclusive em termos do acesso à escola. ⁽²⁾

No estudo de casos controles feito em puerperais observou-se a idade da coitarca inferior a 15 anos, ter engravidado pela primeira vez antes dos 16 anos e não amamentar após a última gestação, foram as características reprodutivas e de assistência à saúde que se associaram a uma maior chance de recorrência de gravidez na adolescência. Em relação aos aspectos familiares, apenas o fato de não cuidar dos filhos das gestações anteriores se associou a uma maior chance de gestação recorrente nessa fase da vida. Também evidenciou que entre as adolescentes com gestação recorrente a chance de a primeira gestação ter acontecido antes dos 16 anos foi aproximadamente três vezes maior. A idade na primeira gestação já caracteriza que não houve cuidada preventiva, e quanto mais cedo e mais imatura a adolescente, menor a probabilidade de mudança desse comportamento. ⁽⁴⁾

Ao lado das potenciais repercussões, no plano existencial, associadas à gravidez na adolescência, há indícios, no plano biológico-social, de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, particularmente entre adolescentes mais jovens. Dentre as complicações maternas e neonatais mais frequentes da gravidez na adolescência, a OMS faz referência: ao baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, a pré-eclâmpsia, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o Apgar baixo no quinto minuto, o baixo peso ao nascer é o mais importante fator associado à mortalidade e morbidade perinatais. ⁽⁵⁾

Segue, em importância, a prematuridade, na medida em que pode predispor a problemas imediatos ao nascimento ou tardios, tais como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, tocotraumatismos, hemorragias intracranianas, infecções, hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor futuro. ⁽⁵⁾

Múltiplas análises apontaram que o risco social (baixa adesão ao pré-natal, localização geográfica, entre outros), associado ao risco biológico (idade, primigestação e prematuridade) possam ter interferido na prevalência de baixo peso entre conceptos de mães adolescentes da Região Nordeste do Brasil, demonstrando alta frequência do baixo peso ao nascer entre recém-nascidos de adolescentes e adultas jovens, tendo como principais fatores associados o número insuficiente de consultas pré-natal, a primigestação e a prematuridade. ^(2,5)

Os estudos sobre a gravidez na adolescência fazem emergir a complexidade das suas causas e consequências que, por sua vez, vem sendo objeto de estudo em várias pesquisas tanto no âmbito nacional quanto internacional. Porém são destacadas pesquisas que sinalizam para a necessidade de ação imediata do governo e da sociedade com relação a esse problema que atinge famílias do mundo inteiro pertencentes a todas as classes sociais. ^(1,2)

A gravidez na adolescência é uma realidade muito frequente em todos os níveis sociais e a maior incidência ocorre na população de mais baixa renda, o que traduz numa questão social, a qual deve ser estudado e apontado métodos de intervenção para lidar com essa problemática. ⁽²⁾

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística fundamentadas em pesquisas realizadas no ano de 2011 relatam que houve um aumento significativo de adolescentes grávidas entre 1996 a 2011. Cerca de 900 mil partos acontecem dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa faixa etária, de 150-200 mil fora da rede oficial de atendimentos. Problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério acontecem em todas as regiões do país, sendo que 80.3% das internações são destinadas ao grupo de adolescente. ⁽⁶⁾

Segundo o levantamento nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), a fecundidade entre adolescentes de 10 a 14 anos aumentou de maneira mais significativa do que em adolescentes acima de 15 anos. Além disso, a incidência de puerperais adolescentes é maior na Região Norte, Centro Oeste e Nordeste, regiões com condições socioeconômicas mais desfavoráveis. ⁽⁷⁾

A gravidez na adolescência está muito ligada à realidade da população da UBS Santa Terezinha Oriximiná PA. No mês de dezembro/2016, foi feito um levantamento das grávidas na área de abrangência, acusando que 38.8% eram gestantes menores de 19 anos. O que constitui um número bastante elevado e um problema importante de saúde, considerando as dificuldades que a maternidade pode trazer para a mãe adolescente, sua família e a sociedade. ⁽⁹⁾

Objetivos

Geral

Implantar uma proposta de intervenção educativa com o fim de elevar os conhecimentos sobre gravidez na adolescência e sexualidade nas adolescentes da UBS Santa Terezinha.

Específicos

1. Identificar os fatores biopsicossociais que podem contribuir na aparição na gravidez na adolescência na comunidade.
2. Traçar ações de promoção de saúde que possam perpetuar no trabalho na UBS.
3. Desenvolver Círculos de Cultura para melhorar o nível de conhecimento sobre gravidez na adolescência nas adolescentes.
4. Avaliar o nível de conhecimento sobre gravidez na adolescência e sexualidade antes e depois das atividades educativas.

Revisão de Literatura

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apud Silva e Surita (2012), compreende o período que abrange dos 10 aos 19 anos. Por ser um período muito especial para a construção do indivíduo e para sua inserção social, uma gravidez nessa fase de vida deve ser entendido como fator de risco no âmbito biológico, psicológico e social. ⁽⁸⁾

Para Alves; Nunis; Teles, (2010), “Grande parte dos jovens chegam á maturidade sexual antes de atingir a maturidade social, emocional ou independência econômica. Ao mesmo tempo, a erotização dos adolescentes é promovida pela mídia com estímulo à iniciação sexual precoce, que na ausência de domínio das práticas contraceptivas, pode resultar em gravidez não planejada”. ⁽⁹⁾

Existem fatores que levam a relações sexuais precoces, dentre eles a menarca precoce, fracasso escolar, conflitos, separação ou divórcio dos pais, doenças prolongadas ou morte na família e relação tensa com os pais (SANTOS JÚNIOR, 1999). Lubianca J. N. (2016) recomenda informar adolescentes mulheres sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis. Ela acrescenta que pesquisa aponta que muitas gestações indesejadas são resultados do uso incorreto ou inconsistente de contracepção. Informações devem ser disponibilizadas com explicações sobre os benefícios e riscos de cada um, além de orientações sobre a forma correta de utilização. O uso do preservativo também deve ser enfatizado para proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) e também como modo de corrigir eventuais falhas do método em uso. ^(10,11)

Segundo Charpie; Dubrit (1991) destaca que a adolescente não tem como prática a contracepção devido às seguintes razões: utilização incorreta dos períodos de abstinências, dificuldades para obter métodos anticoncepcionais, estimativa incorreta do risco da gravidez, crença de que o prazer diminui com a contracepção, contracepção é antinatural e caráter não planejado das relações sexuais. Sendo que os principais riscos da falta de métodos contraceptivos na adolescência são: gravidez indesejada, aborto, problemas de crianças educadas por mulher muito jovem, formação profissional incompleta, casamento forçado com risco de 60% para o divórcio, doenças de transmissão sexual e recidiva da gravidez indesejada (10-15% no ano seguinte). ⁽¹²⁾

A gravidez na adolescência, habitualmente, é considerada de risco, perigosa, inapropriada e inadequada para os interesses dos jovens, particularmente por afetar preferencialmente meninas que vivem na pobreza, em países pouco desenvolvidos. Embora as taxas de fertilidade neste período, ao contrário do que se afirma em muitos trabalhos estejam decrescendo em perspectiva global, aproximadamente 18 milhões de meninas abaixo de 20 anos dão à luz a cada ano. Dois milhões delas estão com menos de 15 anos. (SILVA; SURITA, 2012).⁽⁸⁾

Inúmeras causas podem estar envolvidas com a ocorrência da gestação na adolescência, em especial a não planejada ou a indesejada. Entre essas, destacamos os fatores clínicos, sociais, culturais e emocionais.⁽³⁾

A situação econômica da família da adolescente, traduzida pela renda familiar, foi descrita por outros autores como um fator importante para ocorrência de gestação durante a adolescência. Beria; Rossetto; Schermann, (2014) afirma que, no estudo em 430 mães adolescentes de 14 a 16 anos de Porto Alegre houve maior representatividade de mães adolescentes das classes das classes C (57%) e D+E (33%), havendo apenas 10% da amostra pertencente à classe B e nenhuma da classe A.⁽¹³⁾

Em outro estudo feito por Akerman; Do Nascimento; Silva (2006) se determinou maior prevalência de gestação em adolescentes com piores condições socioeconômicas, enquanto que menor prevalência de gestação mostrou-se associada com melhores condições socioeconômicas entre as 1.314 adolescentes investigadas em Santo André. Além disso, as áreas mais pobres também concentraram o maior número de adolescentes com menor nível de escolaridade e de bebês com baixo peso ao nascer.⁽¹⁾

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) afirma que a gravidez na adolescência é uma porta de entrada para a pobreza, pois leva a uma diminuição do leque de possibilidades sociais e econômicas, inclusive em termos do acesso à escola. (OMS, 1985).⁽¹⁴⁾

No estudo de casos controles feito em puerperais observou-se a idade da coitarca inferior a 15 anos, ter engravidado pela primeira vez antes dos 16 anos e não amamentar após a última gestação, foram as características reprodutivas e de assistência à saúde que se associaram a uma maior chance de recorrência de

gravidez na adolescência. Em relação aos aspectos familiares, apenas o fato de não cuidar dos filhos das gestações anteriores se associou a uma maior chance de gestação recorrente nessa fase da vida. Também evidenciou que entre as adolescentes com gestação recorrente a chance de a primeira gestação ter acontecido antes dos 16 anos foi aproximadamente três vezes maior. A idade na primeira gestação já caracteriza que não houve cuidados preventivos, e quanto mais cedo e mais imaturos a adolescente, menor a probabilidade de mudança desse comportamento (SILVA, A. de A et al., 2013).⁽¹⁵⁾

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade.⁽¹⁶⁾

Ao lado das potenciais repercussões, no plano existencial, associadas à gravidez na adolescência, há indícios, no plano biológico-social, de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, particularmente entre adolescentes mais jovens. Dentre as complicações maternas e neonatais mais frequentes da gravidez na adolescência, a OMS, (1977) faz referência: ao baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, a pré-eclâmpsia, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o Apgar baixo no quinto minuto, o baixo peso ao nascer é o mais importante fator associado à mortalidade e morbidade perinatais.⁽¹⁶⁾

Segue, em importância, a prematuridade, na medida em que pode predispor a problemas imediatos ao nascimento ou tardios, tais como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, tocotraumatismos, hemorragias intracranianas, infecções, hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor futuro (CORREA, 1999).⁽¹⁷⁾

Numa investigação realizada na rede hospitalar de Montes Claros, Minas Gerais, dentre as variáveis desfecho, a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer, confirmaram maior presença nas idades mais precoces. Esses valores, exceção feita aos montantes dos percentuais encontrados na faixa de 10 a 14 anos, estariam muito próximos dos níveis estimados para o país no ano 2000, quando a prematuridade atingiu 6,63% entre parturientes adultas, 7,36% entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade e 9,89% entre 10 e 14 anos; no caso do baixo peso ao

nascer, os valores estimados para o país variaram de 7,5 a 7,8% no período de 1997 a 2001 para o conjunto das idades, observando-se a maior frequência de baixo peso na faixa de idade de 10 a 14 anos, que alcançou 13,03% em 1998(FIGUEREDO; GOLDENBERG; SILVA, 2005).⁽¹⁸⁾

Múltiplas análises apontaram que o risco social (baixa adesão ao pré-natal, localização geográfica, entre outros), associado ao risco biológico (idade, primigestação e prematuridade) possam ter interferido na prevalência de baixo peso entre conceptos de mães adolescentes da Região Nordeste do Brasil, demonstrando alta frequência do baixo peso ao nascer entre recém-nascidos de adolescentes e adultas jovens, tendo como principais fatores associados o número insuficiente de consultas pré-natal, a primigestação e a prematuridade (ALMEIDA A.H et al., 2014).⁽⁵⁾

As repercussões da gravidez na adolescência na escolaridade têm sido estudadas por diversos autores. Para Almeida MC et al., (2006) as características da trajetória escolar de jovens analisadas em três capitais brasileiras, observa-se que “a metade das que interromperam os estudos pelo menos uma vez relatou uma gravidez na adolescência. Neste estudo, verificou-se que o abandono escolar na ocasião da gravidez na adolescência foi referido por 40,1% das moças cuja gravidez terminou em nascimento de um filho”.⁽¹⁹⁾

Os estudos sobre a gravidez na adolescência fazem emergir a complexidade das suas causas e consequências que, por sua vez, vem sendo objeto de estudo em várias pesquisas tanto no âmbito nacional quanto internacional. Porém são destacadas pesquisas que sinalizam para a necessidade de ação imediata do governo e da sociedade com relação a esse problema que atinge famílias do mundo inteiro pertencentes a todas as classes sociais.

Justificativa

A gravidez na adolescência é uma realidade muito frequente em todos os níveis sociais e a maior incidência ocorre na população de mais baixa renda, o que traduz numa questão social, a qual deve ser estudado e apontado métodos de intervenção para lidar com essa problemática.

A gravidez na adolescência acarreta uma série de complicações familiares, emocionais, econômicas e biológicas, atingindo isoladamente e a sociedade como

um todo, limita ou adia futuras possibilidades de desenvolvimento e ingresso desses jovens na sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apud Nunes (2012) “a gravidez na adolescência é considerada gestação de alto risco, devido à repercussão na saúde da mãe e de seu filho”.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) fundamentadas em pesquisas realizadas no ano de 2007, relatam que houve um aumento significativo de adolescentes grávidas entre 1996 a 2007. Cerca de 700 mil partos acontecem dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa faixa etária, de 150-200 mil fora da rede oficial de atendimentos. Problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério acontecem em todas as regiões do país, sendo que 80.3% das internações são destinadas ao grupo de adolescente (BRASIL, 2014).

Segundo o levantamento nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), a fecundidade entre adolescentes de 10 a 14 anos aumentou de maneira mais significativa do que em adolescentes acima de 15 anos. Além disso, a incidência de puerperais adolescentes é maior na Região Norte, Centro Oeste e Nordeste, regiões com condições socioeconômicas mais desfavoráveis (*Idem*, 2010).

A gravidez na adolescência está muito ligada à realidade da população da UBS Santa Terezinha, Oriximiná, PA. No mês de dezembro/2016, foi feito um levantamento das grávidas na área de abrangência, acusando que 38.8% eram gestantes menores de 19 anos. O que constitui um número bastante elevado e um problema importante de saúde, considerando as dificuldades que a maternidade pode trazer para a mãe adolescente, sua família e a sociedade.

Apesar das informações estarem próximas dos adolescentes e jovens ainda é muito relevante a incidência da gravidez na adolescência nesta faixa etária. Nossas adolescentes geralmente provêm de famílias com baixa renda familiar e são filhos de pais com baixo nível cultural. Os pais não orientam sobre sexualidade porque não tem conhecimento sobre o assunto e preferem que recebam orientações e sejam educados na escola ou por profissionais da saúde.

Com relação ao acompanhamento das adolescentes, as mesmas não comparecem às consultas agendadas, sendo que este momento é o propício para a

promoção de saúde. Quando procuram a assistência médica já estão grávidas para dar início ao pré-natal.

Nesse contexto, a equipe de saúde da família sente grande motivação na realização deste projeto, uma vez que visa contribuir com a promoção de saúde das adolescentes de maior risco pré-concepcional, e também mudar condutas sexuais a fim de prevenir a gravidez na adolescência e suas consequências, e que as jovens possam fazer uso de uma sexualidade mais responsável.

Os estudos sobre a gravidez na adolescência fazem emergir a complexidade das suas causas e consequências que, por sua vez, vem sendo objeto de estudo em várias pesquisas tanto no âmbito nacional quanto internacional. Porém são destacadas pesquisas que sinalizam para a necessidade de ação imediata do governo e da sociedade com relação a esse problema que atinge famílias do mundo inteiro pertencentes a todas as classes sociais.

Metodologia

Será realizado um estudo de intervenção comunitária de tipo experimental nas adolescentes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com o objetivo de elaborar e implantar um programa de intervenção educativa sobre gravidez na adolescência e sexualidade.

1. Cenários da intervenção

Oriximiná é um município do estado Pará pertencente a mesorregião do Baixo Amazonas. Localiza-se no norte brasileiro estando a uma altitude de 46 metros acima do nível do mar. Com 107.602,99 quilômetros quadrados de extensão territorial, o município é maior que países como Portugal, Dinamarca e Coreia do Sul. É o segundo maior município do Estado do Pará, sendo superado pelo município do Altamira em extensão territorial.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Terezinha localiza-se no bairro Santa Terezinha a unos 2 quilômetros do centro da cidade.

A USF Santa Terezinha dispõe de uma equipe de saúde formada por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de

saúde, um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Na área adscrita tem 2.128 usuários. Destes, 592 pacientes são adolescentes, sendo 368 são do sexo feminino.

2. Caracterização dos sujeitos

O universo será constituído por 368 adolescentes da área e a amostra vai ser constituída pelo grupo de adolescentes que constituem risco pré- concepcional, na área de abrangência, segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão

Adolescentes maiores de 12 anos que aceitarem participar do estudo.

Adolescentes que moram na área da abrangência.

Adolescentes que constituem de maior risco pré-concepcional.

Critérios de exclusão

As adolescentes que apresentam incapacidades físicas e mentais que impedem de participarem do estudo.

Critérios de saída:

Adolescentes ausentes a três ou mais sessões durante a intervenção, que no transcurso do estudo se mudem da área de abrangência, ou que abandonarem o estudo.

3. Procedimento da intervenção

O programa educativo vai constar de três etapas:

- Etapa Diagnóstica
- Etapa de Intervenção
- Etapa de Avaliação

Durante a **etapa diagnóstica** será realizada uma revisão ampla sobre o tema. Será feito o estudo dos prontuários das adolescentes na busca do histórico pessoal, familiar, renda familiar. Em seguida fará um levantamento das adolescentes de risco pré-concepcional. Será exposto para essas adolescentes o objetivo da intervenção e um documento de consentimento para participar, em seguida será aplicado um questionário para avaliar o nível de conhecimento segundo a literatura revisada.

Na **etapa de intervenção** corresponde com o desenvolvimento do programa educativo. Serão dadas sete sessões de capacitação, através de Círculos de Culturas, com uma duração de 1 hora cada sessão e uma frequência semanal, as quintas feiras, no horário das 11 horas, na UBS.

Programa de intervenção educativa

Título: Gravidez na adolescência e conhecimentos sobre sexualidade.

Total de horas: 7h

Objetivo geral: Elevar o nível de conhecimento sobre gravidez na adolescência e sexualidade nas adolescentes na área de abrangência.

O plano temático a seguir é uma proposta, mas pode existir mudanças de acordo com as necessidades de aprendizagem das adolescentes, uma vez aplicado o questionário inicial.

Plano temático proposto

- I. Apresentação do Programa
- II. Sexualidade. Conceito. Saúde reprodutiva. Direitos sexuais e reprodutivos.
- III. Anticoncepcional na adolescência. Tipos de anticoncepcionais. Indicações e contraindicações.
- IV. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) na adolescência. Tipos de DST. Medidas de prevenção.

V. Fatores biopsicossociais na aparição da gravidez na adolescência.

VI. Consequências biológicas, psicológicas e sociais da gravidez na adolescência.

VII. Conclusões.

Etapas do Círculo de Cultura

1. Conhecimento prévio do grupo (adolescentes de risco pre-concepcional).

2. Dinâmica de apresentação.

3. Problematização (trabalhar as questões norteadoras de cada Círculo). Apresentar um questionamento ao grupo, buscando inquietá-lo e reunir as opiniões e saberes populares do mesmo.

4. Fundamentação teórica. A equipe de saúde vai apresentar a fundamentação do tema.

5. Reflexão teórico-prática. Neste momento, é oportunizada uma discussão do texto ou mensagem apresentada ao grupo, a partir de uma discussão dialética, e não como um conhecimento simplesmente imposto como certo.

6. Elaboração coletiva das respostas.

7. Ao considerar a diversificação das discussões, cabe neste momento fazer uma “síntese do que foi vivenciado”, que pontos foram considerados mais significativos.

8. Momento de avaliação.

Etapa avaliativa: Se realizará como fase final, uma vez concluída a intervenção educativa, se aplicará o questionário inicial, com os mesmos critérios de qualificação, assim, se avaliará o nível de conhecimentos obtidos.

Recursos Necessários

Recursos Humanos.

- Equipe de saúde.
- Agentes do NASF.
- Supervisora do programa.

Recursos Materiais

- Canetas esferográficas
- Canetas de tipo piloto
- Resma de papel
- Tablet
- Impressora
- Cartolina

Cronograma

Ações	Período de Realização						
	2016		2017				
	ov.	ez	an	ev.	arz	br.	aio
Elaboração do projeto de intervenção							
Etapa Diagnóstica							
Revisão da bibliografia							
Aplicação do questionário							
Etapa De Intervenção (Realização dos Círculos de Cultura)							
Etapa de Avaliação (Aplicação do questionário inicial)							
Apresentação dos resultados							

Orçamento e Financiamento

Materiais de Consumo	Quantidade	Valor Unitário (\$R)	Valor Total (\$R)
Resma de papel A4	02	18	36
Caixa de canetas do tipo piloto com 12 unidades	04	26	52
Caixa de canetas esferográficas com 50uds	01	27	54
Tablet	01	700	700
Impressora	01	800	800
Cartolina	07	1	7
Total			1649

Viabilidade

A realização das ações propostas é viável, considerando os seguintes fatores: o tempo suficiente para desenvolvimento das ações, o baixo custo, o apoio da equipe de saúde, Secretaria de Saúde do município e a comunidade.

Sabe-se que, a atuação conjunta da equipe de saúde da família e os outros atores sociais permitirão um ótimo atendimento das necessidades dos adolescentes para obtenção de melhores níveis de saúde, sobretudo, contribui para a diminuição da gestação precoce na comunidade. Assim, a articulação entre os diversos setores ajudará a definir as melhores formas de intervenção e possibilitará a sustentabilidade da proposta, podendo-se tornar uma política pública municipal.

Resultados Pretendidos

Espera-se que as ações implementadas nesta proposta possam modificar os conhecimentos em 100% das adolescentes, logrando elevar seus níveis de conhecimentos depois das atividades educativas, assim como, espera-se que as ações de promoção de saúde possam perpetuar, com o fim de reduzir em 40% o número de adolescentes grávidas na área de abrangência nos próximos anos.

Anexos**Questionário (Anexo 1)**

Idade

10-12anos-----

13-15anos-----

16-19anos-----

Escolaridade

Analfabeta-----

Ensino primário incompleto-----

Ensino primário completo-----

Ensino médio incompleto-----

Ensino médio completo-----

Ocupação

Estudante-----

Trabalhadora-----

Estado Civil

Solteira-----

Casada-----

Juntada-----

Viúva-----

Condições econômicas

Boa-----

Regular-----

Mala-----

Seus pais estão casados Sim-----Não-----**Seus pais trabalham** Sim-----Não-----**¿Existe violência familiar?** Sim-----Não-----**Âmbito sexual**

¿ Já teve relações sexuais? Sim-----Não-----

Idade da primeira relação sexual-----

¿ Teve gesta anteriores? Sim----- não-----

¿ Você usou alguma vez métodos anticoncepcionais?

Sim----- não----

¿ Qual? -----

Diga ao menos três anticoncepcionais que você conhece.

1

2

3

¿ Você sabe para que serve a camisinha?

Não-----

Sim-----. **Justifique**

¿ Você conhece qual é a idade ótima para engravidar?

10 a 20 anos-----

20 a 35 anos-----

Maiores de 35 anos-----

¿ Você acha que a gravidez é responsabilidade só da mulher?

Sim-----, Não-----

¿ Você conhece quais consequências pode ter uma gravidez na adolescência?

Não-----

Sim-----.

Diga ao menos três

1

2

3

¿ Se você ficasse grávida neste momento como se sentiria?

Feliz-----

Confusa-----

Triste-----

Com medo-----

¿Sabe quais são as Doenças sexualmente transmissíveis?

Não-----

Sim-----

Diga ao menos três

1

2

3

Das informações antes respondidas sobre sexualidade foram adquiridas por:

Escola-----

Família-----

Posto de saúde-----

Televisão-----

Internet-----

Referências bibliográficas

1. AKERMAN, M.; DO NASCIMENTO, V. B.; DUARTE, C. M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Revista Pan-americana de Salud Pública*, v. 19, n. 4, 2006, p. 236-243. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000400003>. Acesso em: 23 out. 2016.
2. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infantil*. 2006; 6(1): 135-40.
3. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7): 1421-30.
4. BERGAMASCHI, S. de F. F. PRAÇA, N. de S. Vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 454-460, 2008.
5. ALMEIDA, A. H et al. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 14, n. 3, 2014, p.279-286. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300009>. Acesso em: 22 out. 2016.
6. IBGE instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. Censo 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2011/>. Acesso em: 25 out. 2016.

7. BRASIL. Ministério de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 out. 2016.
8. SILVA, J. L. P; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v. 34, n. 8, 2012, p.347-350. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>. Acesso em: out. 2016.
9. ALVES, E. D.; NUNIS, M. C.; TELES, C. C. Estudos sobre gravidez na adolescência: A constatação de um problema social. UNOPAR. *Cient.Ciênc. Biol. Saúde*, v. 12, n. 3, 2010, p.49-56. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1298/1244>. Acesso em: 20 out. 2016.
- 10.SANTOS, J.D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: BRANCO, V.C.; MOTA, MS; SHCOR, N. (Orgs). *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 11.LUBIANCA, J. N. Opções de Anticoncepção na Adolescência. In: OPAS/OMS. *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*, Brasília, v. 1, n. 17, 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/contracepcao-na-adolescencia-e-tema-de-nova-publicacao-da-organizacao-pan-americana-da-saude/>. Acesso em: 18 out. 2016.
- 12.CHARPIE-DUBRI M. La contracepation a l'heure des maladies sexualmente transmissibles. *Ver Med. Suisse Romance*. 1991;111:33.

13. BERIA, J. U.; ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, n. 10, 2014, p. 4235-4246. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.12082013>. Acesso em: 18 out. 2016.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington, D.C.: OPS, 1985.
15. SILVA, A. de A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 496-506, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2016.
16. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Necesidades de salud de los adolescentes. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 1977.
17. CORREA, M. D. Noções práticas de obstetrícia. 12ª Ed. Minas Gerais: Medsi, 1999.
18. FIGUEREDO, M. do C. T.; GOLDENBERG, P.; SILVA, R. de S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, 2005, p. 1077-1086. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400010>. Acesso em: 19 out. 2016.
19. ALMEIDA, M. dá C. C.; AQUINO, E. M. L.; BARROS, A. P. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais

brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, 2006, p. 1397-1409.
Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700005>.
Acesso em: 20 out. 2016.