



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Robert Mestre Guerra

**AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UBS ESTER AGUIAR DIAS.**

RIO MARIA – PARÁ
2017

Roberto Mestre Guerra

**AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UBS ESTER AGUIAR DIAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Para/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Dr. João Batista Cavalcante Filho

RIO MARIA - PARÁ
2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
3.1 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS PARA ADOLESCENTE GRÁVIDA	10
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	15
6. REFERÊNCIAS.....	17
7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Robert Mestre Guerra tenho 46 anos de idade e sou natural de Camagüey-Cuba, me graduei como médico pela Universidade de Ciências Médicas Carlos J. Finlay, no mês de julho do ano de 1994 e no ano 2000 conclui uma especialização em Medicina Geral Integral.

Em junho de 2016, aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) fui alocado no município Rio Maria – Pará. Atuo no Centro de Saúde, Ester Aguiar Dias localizada no Bairro Parque da liberdade, cuja área da abrangência, atende também algumas vilas rurais.

A população é composta por 3.115 habitantes, a maioria de nível socioeconômico médio. O município conta com um hospital municipal, e minha equipe está composta especificamente por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e uma recepcionista, além de um odontólogo e uma auxiliar de saúde bucal. Trabalho de segunda a quinta feira e tenho um dia para fazer as atividades do curso da especialização. A estrutura física da UBS onde trabalho é muito boa, ela possui: recepção, uma sala de vacina, sala de PCCU, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, escovódromo, sala dos agentes comunitários de saúde e sala de espera dos pacientes.

Nossa população fica distribuída em, 714 famílias cadastradas. Atendemos um total de 30 a 35 pacientes por dia. Em nossa área temos duas escolas públicas, duas igrejas, uma creche e um abrigo do idoso. O abastecimento de água é mediante poços, que se encontram muito próximos das fossas sépticas, o que faz que o consumo da água não seja adequado para a maioria da população.

As doenças mais atendidas em nossa UBS são: as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia. Além disso, também são frequentes as doenças respiratórias, diarreias, infecções do trato urinário. Existem outros problemas sociais prevalentes como: uso de droga e alcoolismo. A economia é baseada principalmente na pecuária e maior empresa do Município é o Frigorífico. Um grande problema de saúde é a gravidez na adolescência mais sempre tentamos orienta-las mediante atividades grupais e individuais sobre os riscos e complicações.

O presente projeto justifica-se pela alta prevalência de adolescentes que estão engravidando numa fase da vida em que se encontram despreparadas para assumir as responsabilidades de ser mãe com todas as implicações que a maternidade tem; fator que incide negativamente neste último ano em nossa área, assim como garantir o desenvolvimento de ações educativas para aumentar o nível de conhecimento das adolescentes e diminuir a gravidez nesta faixa etária. Tudo isso nos motiva a realizar o projeto de intervenção educativa, avaliar sua eficácia e, sobretudo conscientizar as adolescentes em relação ao planejamento familiar, a fim de prepará-las para que tenham uma vida sexual saudável e com responsabilidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.M.L.S possui 13 anos de idade, branca, abandonou os estudos no ensino primário, fumante, com gravidez não planejada de 20 semanas, procurou UBS para o acompanhamento da gestação. Beta HCG positivo. Idade da primeira menstruação: 11 anos, G 1 P 0 A 0, DUM: 19/04/2017, DPP: 25/01/2018. Ao exame físico: Peso 50 kg, altura 1.55 com IMC de 20.81 (NP). PA 100x60 mmHg, mucosas: úmidas e coradas, pele normal, mamas: simétricas, mamilos e aureola normais, ausência de massas palpáveis, tireoides: não palpável sem nódulos, sem edemas. Aparelho Respiratório: barulho vesicular normal FR de 20 irpm. Cardiovascular. Bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, FC: 80 bpm. Abdômen: Altura uterina de 19 cm, feto cefálico com dorso á esquerda, movimentação fetal referido. BCF de 150 bpm e dinâmica uterina 0/10. HD: Gravidez II Trimestre de Alto Risco, adolescente.

Solicitação de exames complementares:

- Hemograma completo;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Glicemia jejum;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- VDRL para Toxoplasmose;
- VDRL para Citomegalovirus;
- HbsAG para hepatite B;
- Urina I;
- USG Obstétrica

Prescrição profiláctica de sulfato ferroso (200mg) 1 CP VO ao dia. Marcado próxima Avaliação em quinze dias para avaliar resultado dos exames, preencher a Caderneta da Gestante, avaliar cartão de vacinas e fazer encaminhamento para sua avaliação com ginecologista.

A paciente P.M.L.S é solteira, mora com sua mãe de 40 anos, dona de casa a qual é hipertensa e obesa e seu pai Rodrigo de 45 anos que trabalha como lavrador e é portador de Diabetes Mellitus tipo 2, é fumante desde os 15 anos, além de dois irmãos, um de 18 anos, usuário de droga, e outro irmão de

20 anos que não estuda nem trabalha, usuário de bebidas alcóolicas, ficando fora de casa a maior parte do tempo.

A família foi visitada por seu ACS da UBS que se preocupou com a situação de P.M.L.S, já que não tem o pré-natal adequado, não se alimenta adequadamente e é só uma adolescente grávida. Sua mãe fica muito angustiada já que seu marido trabalha todos os dias e só vê uma vez no mês, ela fica sozinha em casa com os filhos, que não tem dinheiro para ela sustentar e agora a filha adolescente grávida e solteira.

Na reunião da equipe se discutiu o caso na semana e se visitou a casa da família, onde a equipe decidiu fazer um plano de ações para melhorar a situação dessa família.

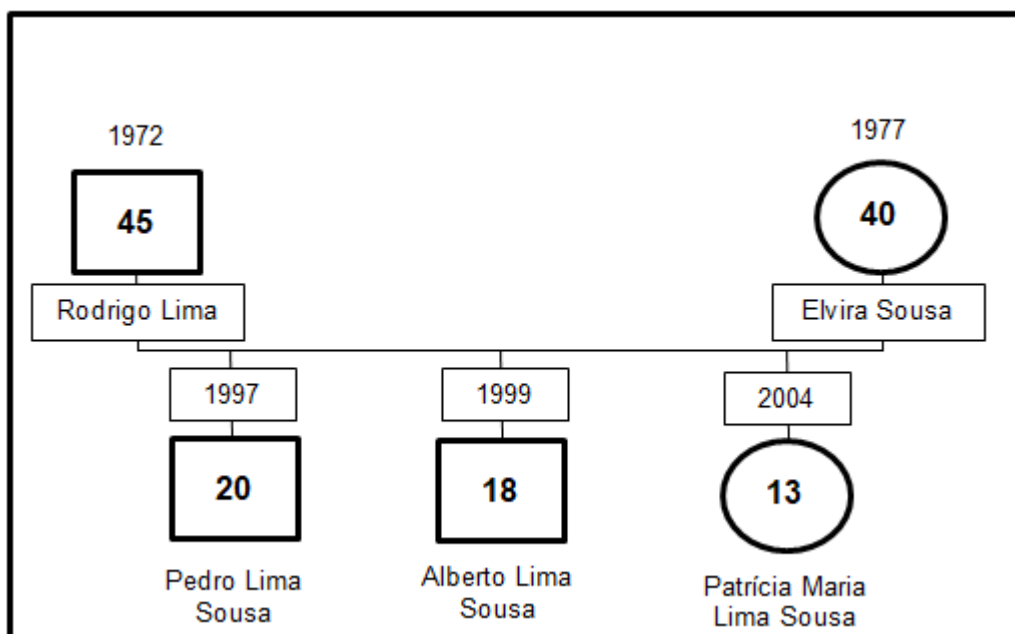
Quadro 1 - Plano de ação para a família

Problemas	Soluções	Metas	Responsável
Paciente adolescente grávida	Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde, Identificando e acompanhando a paciente grávida, realizar visitas domiciliares periódicas com a equipe	Curto Prazo.	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.
Falta de informação sobre a gravidez na adolescência	Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - (SIAB), e programar e avaliar as ações relativas à gravidez na adolescência.	Curto prazo.	Médico e enfermeira
Hipertensão, obesidade e diabetes mellitus.	Realização de exame de rotina e específico para avaliar o estado de saúde. Interconsulta com cardiologista, oftalmologista, e nutricionista quando necessário.	Curto e medio prazo.	Médico, enfermeira, NASF
Paciente com consumo de drogas	Agendar visita domiciliar com equipe da saúde e psicólogo	Curto Prazo	Médico enfermeira ACS, NASF.
Família disfuncional com varias crises.	Internconsultas com psicologia, palestras e dinâmicas familiar.	Curto e médio prazo.	Médico, enfermeira e ACS, NASF.
Desmotivar o uso e consumo excessivo de álcool.	Educar e supervisionar ao paciente alcoólico e encaminhar para grupos de AA. Orientar na família para identificação de sinais e/ou sintomas que requeriam atendimento de saúde imediato, de abstinência.	Médio prazo.	Médico, enfermeira técnica de enfermagem ACS NASF.

continuação

Problema	Soluções	Metas	Responsável
Garantir a contra referência dos especialistas	Evitar duplicação desnecessária de exames, fazer solicitude da contra referência, ter conhecimento dos procedimentos e medicamentos indicados por especialistas.	Longo Prazo	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, NASF.
Participação da sociedade em geral dos cuidados da adolescente grávida.	Buscar a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias.	Longo prazo	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS.
Atenção integral da equipe aos usuários de drogas, álcool e das adolescentes grávidas.	Informação, Educação, Comunicação e Treinamento da equipe realizando atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção das adolescentes grávidas e pacientes usuários de drogas.	Curto mediano e Longo Prazo	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, Dentista, técnica de saúde bucal.

Fonte: Elaborada pelo autor

Figura 1 – Genograma Familiar

Fonte: Elaborado pelo autor.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na referida Unidade de Saúde realiza-se atividades de promoção à saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade dos riscos à saúde dos usuários na atenção básica.

Trabalha-se de forma organizada, com programas de prevenção à saúde, desta forma realizam-se atendimentos como pré-natal, puericultura, saúde mental, entre outros. A área de abrangência tem apresentado um número elevado de gestantes adolescentes, conseqüentemente ocorre um aumento de recém-nascidos e crianças, causando aumento na demanda por consultas de puericultura e crescimento e desenvolvimento.

O foco atual do trabalho com a equipe é o aumento das ações de promoção à saúde para diminuir a gravidez na adolescência e o aumento do planejamento familiar além da tentativa de fazer a cobertura completa de pré-natal e puericultura.

De acordo com Ministério da Saúde o número total das gestações, pelo menos a metade não é gravidez planejada. Entretanto, em algumas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre com frequência com as adolescentes. (BRASIL, 2012).

A atenção em ações de promoção com adolescentes em um contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais IST) nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas. (BRASIL, 2012)

De qualquer modo, a melhor prevenção é que as jovens tenham uma boa educação sexual dentro do seio familiar. É importante informar sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência e todas as mudanças que acontecem a partir do momento que uma adolescente engravida.

O diálogo em família é essencial e deve haver uma conversa aberta e transparente para que as jovens tenham toda a informação ao seu alcance.

3.1 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS PARA A ADOLESCENTE GRÁVIDA

Em geral, os estudos revelam uma série de circunstâncias pelas quais as mães adolescentes passam:

- Medo de serem rejeitadas socialmente: uma das consequências da adolescência e a gravidez, é que a jovem se sente criticada pelas pessoas do seu meio e tende a se isolar do grupo;
- Rejeição ao bebê: são crianças e não desejam assumir a responsabilidade, o tempo e as obrigações que significa ser mãe. No entanto, isso também faz com que elas se sintam culpadas, tristes e diminui sua autoestima;
- Problemas com a família: comunicar a gravidez na família, muitas vezes é motivo de conflito e inclusive rejeição dentro da própria família;
- Os filhos de mães e pais adolescentes podem sofrer maior taxa de fracasso escolar, problemas de aprendizagem ou inclusão social.

A promoção à saúde com destaque ao pré-natal tem como objetivos:

- Garantir o desenvolvimento normal da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável;
- Cuidado da criança (puericultura);
- Orientações sobre hábitos de vida e higiene pré-natal, dieta saudável, vacinas, sono, exercícios, sexualidade, hábitos de fumo, álcool e drogas;
- Tratar queixas da própria gravidez quando necessário;
- Prevenir doenças, fazer diagnóstico precoce e tratar doenças durante a gestação;
- Promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

A organização da Promoção em Saúde é orientada pelos princípios do SUS, dentre eles a integralidade e a universalização. Desta forma é possível ocorrer o trabalho em equipes das estratégias saúde da família com demais serviço de saúde contribuindo para soluções de problemas dos pacientes.

A atenção a puerpério também faz parte da nossa rotina na ESF fazemos assim o cuidado continuado materno-infantil, pois de acordo com

Ministério de Saúde, a avaliação puerperal na atenção básica tem como objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar sobre planejamento familiar;
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Após consulta no puerpério faz-se a orientação ao atendimento a criança, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde devem ser realizadas sete consultas de rotina nos treze primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) e duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas se tornam anuais.

As primeiras consultas são fornecidas orientações aos pais, como por exemplo, a importância do aleitamento materno, limpeza e cicatrização do coto umbilical, orientações a respeito da posição supina da criança, não aconselhamento sobre uso de chupetas, higiene da criança, esquema de vacinação, dentre outras recomendações.

A puericultura tem como principais objetivos:

- A prevenção e de promoção da saúde para manter a criança saudável garantindo seu crescimento e desenvolvimento;
- Orientações sobre educação da criança e Aleitamento materno;
- Orientar sobre a complementação alimentar;
- Promover acesso à vacinação;
- Prevenção contra acidentes domésticos;
- Orientações sobre saúde bucal.

Na ESF Parque da Liberdade procuramos estender a promoção da saúde da criança além através do Programa de Saúde da Escola (PSE), onde contamos com uma equipe multiprofissional (Agentes de saúde, Técnicos de enfermagem, Médicos, Técnico de Saúde bucal e Enfermeiro).

Algumas ações que fazemos no PSE são: triagem visual, atividade de saúde bucal, antropometria, palestras educativas para crianças e jovens, promoção de alimentação saudável, avaliação médica, entre outras.

A intenção da instalação do programa é diminuir e prevenir o agravo às doenças, contribuir para a formação educativa dos estudantes, ampliar o acesso à informação aos jovens e seus familiares, e participar na formação dos jovens na idade escolar.

4. VISITA DOMICILIAR

A atenção domiciliar é o conjunto de ações realizadas por equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, com o objetivo de articular promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando restabelecer a independência e manter a autonomia do paciente.

A visita domiciliar, forma parte de nosso trabalho e também de toda a equipe de saúde, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde e outros especialistas se necessário. A atenção domiciliar em saúde possui algumas modalidades, entre estas a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

A internação domiciliar pactuada na comissão Intergestora tripartite-CIT 23/03/06 são atividades prestadas por equipe exclusiva para esse fim a pessoas clinicamente estáveis que exijam cuidados de maior intensidade e a assistência domiciliar responde as necessidades de saúde de populações com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD). Condição para que ocorra a assistência domiciliar são o consentimento da família e a existência do cuidador, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

Minha unidade tenta melhorar a oferta de consulta médica em pacientes acamados, com doenças crônicas ou com limitações de movimentos além de visitas de urgência. Diante disso, a realização das visitas domiciliares é organizada por prioridades feita por a equipe de saúde. Acredito que até o momento obteve-se bom resultado e a população tem um critério aceitável de trabalho realizado pela UBS.

A maioria das vezes os agentes de saúde localizam os pacientes mais debilitados, acamados ou outras situações que necessitam de avaliação para organizar por prioridades quais receberão visita médica, outras vezes são familiares ou cuidadores quem solicitam as visitas. Também é orientado marcar consulta para aquele paciente que tem condições de se deslocar até unidade de saúde disponibilizando para este o melhor horário de acordo com suas condições.

Ao organizar a prioridade dos pacientes que mais precisam de avaliação, realizam-se as visitas domiciliares, as quais são programadas

semanalmente, e no caso de urgências são feitas no momento oportuno. No caso de pacientes grávidas são programadas visitas domiciliares mensalmente seja pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde. Em muitos casos os usuários necessitam ser avaliados novamente, por exemplo, aqueles pacientes que são solicitados exames laboratoriais, raio-x ou ultrassom, pacientes acamados ou de difícil mobilização é feita a coordenação com o pessoal de laboratório para a coleta de material biológico no domicílio.

Alguma consulta com especialistas poderiam ser facilitadas com o auxílio do NASF, e no caso de que o paciente necessite internação é encaminhado para o hospital municipal, previa coordenação com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU.

Os pacientes são avaliados de maneira integral, realiza-se anamnese e exame físico completo, são realizados procedimentos como aferição de pressão arterial e glicemia capilar e realizadas todas as orientações necessárias não somente para o paciente, mas também para família e cuidador. Fornecem-se recomendações sobre bem-estar com todos, uso correto das medicações, higienização dos alimentos e pessoal e esclarecimento de dúvidas.

Quando ocorre necessidade de exames de imagem como ultrassonografias, radiografias ou eletrocardiograma que exigem deslocamento deste paciente para realização tenta-se facilitar a transportação deste usuário. Caso exames alterados e que necessite de uma nova intervenção, realiza-se nova visita domiciliar.

Em relação ao quadro de doenças agudas (urgências) os familiares procuram a unidade, no caso em que o paciente precisar é encaminhado a serviços de emergências no hospital de referência do município.

Também se oferecem outros cuidados e procedimentos no domicílio, como curativos, vacinas, ações de promoção em saúde e prevenção de doenças, capacitações a cuidadores e familiares, palestras em escolas e comunidade com ênfase em ITS, gravidez na adolescência, planejamento familiar e controle de doenças crônicas não transmissíveis.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante a realização do atendimento médico e multidisciplinar na ESF Ester Aguiar Dias conseguiu-se aprimorar os conhecimentos da equipe em relação à atenção básica no Brasil. Foi possível compreender o funcionamento da assistência aos usuários do sistema único de saúde (SUS). O trabalho em equipe ajudou no aprendizado desta caminhada desde o acolhimento no início da minha jornada até o momento, facilitando minha adesão ao programa mais médico.

No começo, foi realizado reconhecimento do território onde minha estratégia está inserida. A finalidade era conhecer as condições de moradia da população de minha área, Assim conseguir entender como agir com os usuários e planejar melhorias na promoção à saúde e prevenção de doenças.

Ao longo do curso enfrentei muitos desafios, precisei estudar sobre casos complexos, adaptar-se a trabalhar em u novo cenário, aceitar os limites, organizar e agendar a grande demanda de pacientes. Também tive momentos satisfatórios como a boa aceitação da população e o apoio da equipe.

A população reside em uma área na periferia do município, algumas residências com precárias condições, baixa renda, desemprego, acarretando em um aumento de doenças transmissíveis e transtornos de saúde mental.

Em relação aos programas como puericultura e pré-natal, juntamente com minha equipe promovi melhorias com a criação de grupos de mãe - bebê e grupos de gestantes para desenvolvimento de diferentes atividades. Foi ministrado palestras, esclarecimento de dúvidas e interações entre as usuárias compartilhando seus conhecimentos, também iniciei participação no grupo de tabagismo já organizado que necessitavam de uma intervenção e orientação sobre seu quadro agravante de saúde, alguns conseguiram cessar o tabagismo de forma definitiva, outros ainda em uso de medicação.

Temos um grande número de pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para estes pacientes são oferecidos e consultas periódicas e grupos de Hiperdia. O propósito é orientar, controlar, e tratar a doença além de acompanhar a evolução destes usuários, através da equidade, integralidade e longitudinalidade.

O Trabalho na atenção primária me aproximou da realidade de uma população carente e com uma necessidade crescente de atendimento, tornando meus atendimentos mais humanizados.

Diante deste quadro, o projeto intervenção foi baseado em ações de prevenção para diminuir a gravidez na adolescência devido ao aumento crescente de jovens mulheres grávidas.

Como positivos tive a satisfação de trabalhar com meus colegas e ampliar os conhecimentos médicos durante o curso, aperfeiçoei e modifiquei condutas, atingi metas, obtive sucesso em vários tratamentos, esclareci dúvidas e realizei melhorias para os usuários juntamente com a equipe.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco: Série A. Normas e Manuais Técnicos** Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento: Cadernos de Atenção Básica, nº 33.** Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria da Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2005.

7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

Robert Mestre Guerra

**AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UBS ESTER AGUIAR DIAS.**

Projeto de Intervenção

RIO MARIA – PARÁ
2017

Robert Mestre Guerra

**AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UBS ESTER AGUIAR DIAS.**

Projeto de Intervenção

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Para/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Dr. João Batista Cavalcante Filho.

RIO MARIA – PARÁ
2017

Robert Mestre Guerra

Ações de promoção em saúde para diminuir a gravidez na adolescência na UBS Ester Aguiar Dias./Robert Mestre Guerra. – Rio Maria, 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Para, UNA-SUS, 2017.

1. Gravidez. 2. Saúde do Adolescente. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDU 612.63

RESUMO

A gravidez na adolescência é uma realidade que não para de crescer no Brasil e no mundo. A gravidez precoce tem repercussões biológicas, psicológicas, familiares, sociais, econômicas e culturais. O principal objetivo deste trabalho foi desenvolver uma estratégia de ações educativas para a promoção em saúde que permitam diminuir a gravidez nessa faixa etária, na unidade Básica de Saúde Ester Aguiar Dias, no Município Rio Maria, no sul de Pará. As atividades foram desenvolvidas pela equipe de saúde da família, de forma a contribuir na prevenção da gravidez, capacitando os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe ligados aos adolescentes da comunidade e realizando atividades educativas no posto, nas escolas e nos povoados. Estas ações educativas permitiram aumentar o nível de informação sobre o assunto nos adolescentes e a família, e assim diminuir o número de adolescentes grávidas da área. Também foram criados grupos de promotores em cada povoado para a Educação em Saúde, desenvolvendo nas pessoas um sentido de responsabilidade. O estudo aponta que a realização de ações educativas pela equipe na atenção primária de saúde de forma contínua podem ajudar a reduzir o número de gestações nas adolescentes e suas consequências.

Palavras-chave: Gravidez. Saúde do Adolescente. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a reality that continues to grow in Brazil and worldwide. Early pregnancy has biological, psychological, family, social, economic and cultural repercussions. The aim of this study was to develop a strategy of educational activities to promote health for curtailing pregnancy in this age group, the Basic Health Unit Ester Aguiar Dias, in the town Rio Maria, in the south of Para. The curriculum was developed by the health team of the family, in order to contribute in preventing pregnancy, empowering community health workers and other staff of professionals linked to community teens and conducting educational activities in the office, in schools and villages. These educational activities have increased the level of information on the subject in adolescents and the family, and thus reduces the number of pregnant teens in the area. Also promoters groups were created in each village for Health Education, developing in people a sense of responsibility. The study shows that the implementation of educational measures for staff in primary health care continuously can help reduce the number of pregnancies among adolescents and its consequences.

Keywords: Pregnancy. Adolescent Health. Health Education

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	24
2. INTRODUÇÃO.....	25
3. JUSTIFICATIVA	29
4. OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL.....	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5. METAS.....	32
6. REVISÃO DA LITERATURA	33
7. METODOLOGIA.....	37
8. CRONOGRAMA.....	39
9. ORÇAMENTO	40
10. RESULTADOS ESPERADOS.....	41
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	46

1. IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULOS: AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE PARA DIMINUIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UBS ESTER AGUIAR DIAS.

1.1 EQUIPE EXECUTORA

- Robert Mestre Guerra.
- Dr. João Batista Cavalcante Filho.

1.2 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Secretaria Municipal da Saúde de Rio Maria.
- Secretaria Municipal de Educação de Rio Maria.
- Prefeitura Municipal de Rio Maria.
- Escolas de Parque da liberdade, cidade do Rio Maria.

2. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é uma realidade em todo o mundo e tem sido apontada como um problema social, sobretudo quando associada à pobreza. Para Cavasin et al. (2004) o fato da população jovem ser a maior de todos os tempos e de boa parte dela estar inserida nos segmentos social e economicamente mais vulneráveis faz com que a gravidez se torne nesse caso uma preocupação geral.

Adolescência é o período da vida compreendido entre a puberdade e a fase adulta, e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a etapa que vai dos 10 aos 19 anos, e o Estatuto da Criança e a Adolescência (ECA) a conceitua como a faixa etária de 12 a 18 anos (GURGEL et al, 2008).

Para Gurgel et al. (2008) a adolescência é um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Trata-se de uma etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que determinarão sua vida e na qual se inicia na cobrança de maiores responsabilidades e definição do campo profissional. Além de que ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social.

A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos. Quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intra-parto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros).

A gravidez, por sua vez, também é uma etapa complexa na vida. Ter um filho requer desejo tanto do pai quanto da mãe, mas não só isso. Atualmente, com problemas como a instabilidade econômica e a crescente violência, é necessário, além de muita consciência e responsabilidade, um amplo planejamento. Quando isso não acontece, a iminência de acontecerem problemas é muito grande.

São muitos os estudos que atribuem o crescimento da gravidez na adolescência. Eles citam um conjunto de fatores que teria provocado mudanças importantes no comportamento sexual e social da população jovem: antecipação da menarca, condições socioeconômicas resultantes do processo de migração/urbanização, menor controle das famílias sobre os adolescentes, intensa exploração da sexualidade pela mídia, uso incorreto de contraceptivos, dentre outros.

Outros fatores sempre mencionados como argumentos explicativos ou causais da gravidez na adolescência são os relacionados ao nível de renda e escolaridade, além do enfraquecimento da relação entre a vida reprodutiva e o casamento. (CAVASIN et al., 2004).

Para os mesmos autores a falta de estudos associada a ineficiência do ensino é lembrada como reforçadora da sexualidade precoce. Para alguns, os estabelecimentos de ensino têm um papel muito importante no processo de socialização e de informação, mas não atuam satisfatoriamente.

A gravidez na adolescência está em declínio nos países em desenvolvimento, porém todos os dias, 20 mil meninas com menos de 18 anos parem e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Por ano, são sete milhões de adolescentes que continuam tendo filhos nestes países – 95% do total de gravidezes precoces do mundo – de acordo com o relatório "O Estado da População Mundial 2013", do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

A gravidez nessa faixa etária é uma questão mundial. Cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Dessas gravidezes 95% ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento. A proporção de nascimentos de crianças de mães adolescentes segundo áreas no mundo é: 2% na China, 18% na América Latina e Caribe e mais de 50% na

África Sub-Saariana. Metade dos partos em adolescentes do mundo ocorre em sete países: Bangladesh, Brasil, República Dominicana do Congo, Etiópia, Índia, Nigéria e Estados Unidos. Nos países desenvolvidos a ocorrência desse tipo de gravidez é menor, no Japão ocorrem apenas quatro partos entre 1000 adolescentes/ano, na Suíça sete, na Holanda oito, no Canadá 24, mas já nos Estados Unidos ocorrem cerca de 60 partos em 1000 adolescentes/ano.

No Brasil, onde não há controle de natalidade e onde o planejamento familiar e a educação sexual ainda são assuntos pouco discutidos, a gravidez acaba tornando-se, muitas vezes, um problema social grave de ser resolvido. É o caso da gravidez na adolescência.

Neste país, a população jovem corresponde a 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, estimando-se que a população feminina seja de 16.941.819 mulheres, segundo resultados do censo 2010 pela IBGE.

A sua incidência real é difícil de ser definida devido às interrupções clandestinas que não são notificadas aos sistemas de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, desde o ano de 2010, o padrão de fecundidade das mulheres brasileiras tem mudado. Na década de 70 o padrão era chamado tardio, com a concentração nos grupos etários na faixa de 25 a 29 anos e de 30 a 34 anos.

Na década de 80 passou a ser tipicamente jovem, com maior fecundidade entre 20 e 24 anos. Até 2000 foi observada uma redução na taxa de fecundidade da mulher brasileira de todas as faixas etárias, a exceção daquelas do grupo de 15 a 19 anos (IBGE, 2010). Segundo a OMS, ocorrem 71 nascimentos por 1000 jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, no Brasil.

A gravidez na adolescência desde 1998 vem aumentando no mundo e, no Brasil, houve um aumento de 7,8%: passaram de 515 mil para 533 mil mães adolescentes. É importante lembrar que a gravidez na adolescência de 10 a 14 anos passou no Brasil de 16.0% para 20.0%, sendo que o aumento se concentrou em regiões do Norte e Nordeste. Isso representa no Brasil que, a cada 18 minutos, uma menina de 10 a 14 anos dá à luz uma criança. Uma por minuto, no Brasil, dá à luz entre 10 e 20 anos.

No município de Rio Maria, cidade que esta a 800 quilômetros de Belém, mesorregião sudeste paraense, a gravidez na adolescência tem chamado a atenção da minha equipe, da qual eu sou o médico atuante do Programa Mais Médico para o Brasil. Essa Equipe chamada Estratégia de Saúde da família Ester Aguiar Dias fica no Barrio Parque da liberdade no Rio Maria e temos detectado durante a realização do diagnóstico situacional anual que a gravidez na adolescência é um dos maiores problemas que a nossa equipe deve enfrentar no dia a dia.

Como médico da Estratégia de Saúde da Família desse Bairro frequentemente atendo adolescentes grávidas sendo este uma problemática cotidiana apresentada acima e em o qual nossa equipe tem que direcionar estratégias para sua solução.

A Equipe já realiza um grupo operativo para adolescentes em relação ao planejamento familiar, porém pouco resultado se tem obtido nesse período. Todos os envolvidos percebem a necessidade de realizar um projeto de intervenção de educação em saúde com o desenvolvimento de ações educativas para diminuir a gravidez nesta faixa etária, fator que incide negativamente, e assim aumentar o nível de conhecimento das adolescentes de nossa área de abrangência.

3. JUSTIFICATIVA

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

A realidade demonstra a urgência de se incrementar as políticas públicas, com o intuito de frear o crescimento da gravidez precoce e suas consequências sociais. Consideramos muito baixo o nível de informação das adolescentes e jovens da nossa área sobre a prevenção. Portanto devemos desenvolver ações educativas para instruir os adolescentes, familiares e profissionais da Equipe sobre a gravidez e suas consequências e desta forma reduzir o número de gestações nesta faixa etária.

Segundo dados do diagnóstico situacional da nossa área a população cadastrada é de 3115 pessoas, deles 810 são adolescentes. Atualmente temos 38 gestantes e delas 21 são menores de 20 anos para 55,2% (sete menores de 15 anos para 18,4% e 14 na faixa de 15 a 19 anos para 36,8%).

O percentual de gestantes cadastradas no pré-natal vem crescendo nos últimos três anos (2013, 2014, 2015). Em 2013, a equipe cadastrou 23,1% de gestantes menores de 20 anos, já nos 2014 aumentou o número para 25,3 % e em 2015 essa porcentagem chegou a 30,3% (SIAB, 2013-2015).

Grande parte da população adstrita é de baixa renda e com pobreza extrema. A população carece muito de lazer e cultura. Nossa equipe acredita que esse quadro junto com a desestruturação familiar, a baixa autoestima e a falta de perspectivas de futuro são os principais fatores que interagem para culminar no aumento da taxa do indicador em adolescentes.

Nossa equipe da estratégia da família está situada no Bairro Parque da liberdade, na cidade Rio Maria. A sede é um posto com boas condições de

estrutura onde temos as salas de consultas, curativos e nebulização. A maioria da população é lavrador (a) e os principais produtos cultivados são a mandioca, o arroz, o feijão, o milho, a melancia e a banana, dando-se destaque a produção de farinha de mandioca.

O presente projeto justifica-se pelo aumento no índice de meninas grávidas na adolescência na nossa área de abrangência nestes últimos anos e buscamos com ele orientar estas adolescentes para toda a responsabilidade de que é ser mãe e as adaptações que viram. Como sair, estudar e trabalhar é algumas das coisas que se tornam mais difíceis ou às vezes até impossível e o outro lado bom é poder formar família, acompanhar o filho na sua adolescência estando jovem. A falta de diálogo com a família é um fator que leva muitas meninas engravidarem cedo, pois buscam informações em lugares errados e a influência da mídia.

É possível, no entanto, baixar estes índices realizando atividades educativas e promovendo um espaço que elas possam fazer perguntas, esclarecerem suas dúvidas para que possam passar esse processo de criança a adolescente se descobrindo naturalmente sem ter que se tornarem adultas “amadurecer” através da responsabilidade.

A aplicação do projeto em nossa comunidade vai ser de muita importância na orientação para adolescentes, família, profissionais de saúde, e ao setor de educação, o que fortaleceria o alcance dos objetivos reduzindo assim a morbimortalidade perinatal e materna da comunidade.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Intervenção educativa com adolescentes e seus familiares para conscientização dos fatores de riscos da gravidez na adolescência.

4.2 Objetivos Específicos

- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais da equipe ligados ao atendimento de adolescentes sobre a gravidez na adolescência;
- Desenvolver ações integradas de educação em saúde sobre a importância de prevenir a gravidez nesta faixa etária;
- Estimular a participação ativa dos adolescentes e a família nas atividades educativas desenvolvidas pela equipe no posto e as escolas.;
- Criar um grupo de adolescentes (promotores de saúde) que promovam saúde na comunidade;
- Reduzir os casos de adolescentes grávidas na área.

5. METAS

O propósito do trabalho será desenvolver uma estratégia de educação para a saúde que permita diminuir o número de gestações na adolescência na nossa área de abrangência a traves de:

- Capacitação dos 100% dos profissionais da saúde da ESF sobre a gravidez na adolescência e suas consequências, incrementando o conhecimento dos 100% da Equipe e a comunidade;
- Desenvolvendo ações e atividades educativas na UBS, nas escolas e na comunidade sobre a importância de prevenir a gravidez nesta faixa etária atingindo aos 100% da população adolescente e sua família;
- Participação dos 100% dos adolescentes da nossa área nas atividades educativas a realizar;
- Criação de um grupo de promotores adolescentes por cada micro- área, alcançando um total de 13 grupos que promovam o assunto nas comunidades;
- Diminuir o número de gestações nas adolescentes e das doenças nas gravidas adolescentes, reduzindo assim a mortalidade materna e infantil da área.

6. REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a portaria Nº 648, de 28 de março 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Dentro de dos princípios gerais da Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006).

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo e dinâmico processo de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de intenso aprendizado de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a adolescência como a segunda década da vida e a juventude, a faixa dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, nesta fase estão inseridos os indivíduos de 12 a 18 anos de idade incompletos.

A adolescência vai delineando para o sujeito uma estruturação da personalidade, uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele venha a exercer novas habilidades cognitivas e determinados papéis na sociedade.

O enfoque de risco aparece fortemente associado a esta faixa etária por meio das expressões como gravidez de risco, risco para ISTs e AIDS e por usar drogas ilícitas. Assim, o risco generalizado parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes.

No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos engravidam a cada ano. Destes nascimentos, 95% ocorrem em países de baixa e média renda. Na América latina, o percentual gira em torno de 18%, sendo que metade desses ocorre em apenas sete países, um deles o Brasil.⁴ Estatísticas relativas ao ano de 2006 mostram que, dos 51,4% (1 512 374) dos nascidos vivos de mães com idade até 24 anos, 0,9% (27.610) eram de mães com idade entre 10 e 14 anos; 20,6% (605. 270) de 15 a 19 anos; e 29,9% (879. 493) de 20 a 24 anos.

Embora os partos das adolescentes entre 10 e 19 anos representem 11% de todos os nascimentos no mundo, 23% do total das morbidades estão associadas ou decorrem da gravidez e nascimento. Nos países de baixa e média renda, cerca de 2,5 milhões de adolescentes têm abortos inseguros, tendo essas complicações mais graves do que as mulheres adultas. Na América Latina, o risco de morte materna é quatro vezes maior entre os adolescentes menores de 16 anos do que na faixa dos vinte anos.

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

A gravidez na adolescência apresenta em muitos casos:

- Quadros de má nutrição, com carência de nutrientes essenciais para o bom desenvolvimento do bebê;
- Um maior número de abortos espontâneos;
- Partos prematuros. Muitos bebês de adolescentes nascem antes da 37ª semana de gestação;
- Seus bebês têm um peso baixo, já que a imaturidade do seu corpo faz com que o seu útero não tenha se desenvolvido completamente;
- As mães adolescentes têm filhos com mais problemas de saúde e transtornos de desenvolvimento;
- Nos casos de gravidezes de meninas com menos de 15 anos, os bebês têm mais possibilidades de nascer com más formações.

Em geral, os estudos revelam uma série de circunstâncias pelas quais as mães adolescentes passam:

- Medo de serem rejeitadas socialmente: uma das consequências da adolescência e a gravidez, é que a jovem se sente criticada pelas pessoas do seu meio e tende a se isolar do grupo;
- Rejeição ao bebê: são crianças e não desejam assumir a responsabilidade, o tempo e as obrigações que significa ser mãe. No entanto, isso também faz com que elas se sintam culpadas, tristes e diminui sua autoestima;
- Problemas com a família: comunicar a gravidez na família, muitas vezes é motivo de conflito e inclusive rejeição dentro da própria família;
- Os filhos de mães e pais adolescentes podem sofrer maior taxa de fracasso escolar, problemas de aprendizagem ou inclusão social.

De qualquer modo, a melhor prevenção é que as jovens tenham uma boa educação sexual dentro do seio familiar. É importante informar sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência e todas as mudanças que acontecem a partir do momento que uma adolescente engravida.

O diálogo em família é essencial e deve haver uma conversa aberta e transparente para que as jovens tenham toda a informação ao seu alcance.

Para Mazzini (2003), a gravidez significa um ganho de autonomia na passagem à vida adulta, mas gera falta de perspectiva de ascensão social e perpetuação na pobreza.

Hoje, com o avanço dos conhecimentos na área, a gravidez na adolescência é considerada de alto risco. Daí a importância do pré-natal para evitar, nesses casos, complicações durante a gestação, o parto e o nascimento de uma criança com problemas.

Segundo a pesquisa de Simões (1998) com 447 jovens que iniciaram suas vidas sexuais na adolescência, o tipo de parto mais frequente foi à cesariana, acontecendo em cerca de 60% das gestações. O conhecimento sobre IST (Infecção Sexualmente Transmissível) e o uso de métodos contraceptivos aumentaram, mas sua utilização ainda permanece baixa entre jovens, inclusive em casais de relacionamento estável.

A gravidez na adolescência mostra possíveis falhas na sua prevenção no âmbito social, pessoal e familiar. No aspecto social, são os programas de educação sexual que aparentemente não mostram, de modo claro e convincente, como iniciar e usufruir com segurança a experiência da sexualidade.

Na esfera pessoal, observa-se a falta de conhecimento dos adolescentes em relação aos seus próprios valores e sentimentos. No contexto familiar, parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas e consequências negativas para o desenvolvimento psicológico destas.

As ideias das adolescentes sobre sexualidade estão mais ligadas ao sexo como físico genital; desconhecem o próprio corpo e os processos que envolvem afetividade e emoção. Constroem os conceitos a partir da autodescoberta, por meio de seus parceiros ou ainda da mídia e da precária informação recebida na escola e na família (MALDONADO, 2002).

7. METODOLOGIA

Será realizado um plano de ações educativas para diminuir a gravidez na adolescência da nossa comunidade com o objetivo de instruir os adolescentes assim como as famílias em geral, para diminuir os casos de adolescentes grávidas e aumentar o conhecimento sobre a prevenção da gravidez nesta faixa etária.

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Ester Aguiar Dias, do Barrio Parque Da Liberdade, envolvendo a equipe desta unidade pertencente ao Município Rio Maria, estado do Para.

A intervenção envolve 100% dos adolescentes cadastrados na Unidade Básica de Saúde por uma equipe formada para a intervenção. A população adstrita constitui-se por 810 adolescentes e suas respectivas famílias. A equipe envolvida será composta pelo Médico, Enfermeira, os seis Agentes Comunitários de Saúde e a técnica de enfermagem da equipe.

Desenharemos os locais para as atividades educativas na nossa Unidade Básica de Saúde, nas escolas e na comunidade; assim como se distribuíram cartilhas referentes ao assunto e criaremos murais com informações relacionadas ao tema na unidade básica de saúde assim como nas escolas do Barrio.

Realizaremos palestras, intervenções educativas e dinâmicas grupais nas escolas e na unidade de Saúde. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Educação realizaremos atividades de promoção e prevenção da gravidez na adolescência, assim como cursos aos membros da Equipe e aos professores das escolas com o objetivo de aumentar o conhecimento em relação à problemática.

O monitoramento do projeto será feito com a realização das diversas atividades propostas e será avaliado o número de adolescentes e pessoas que assistiram as atividades. Avaliaremos a frequência nas reuniões, análise da compreensão das palestras ministradas, número de adolescentes grávidas que tem alcançado o parto sem complicações e com recém-nascido com peso adequado e saudável, e a redução do número de adolescentes grávidas

indicarão o resultado satisfatório do projeto. Caso as metas não sejam atingidas serão realizadas as mudanças necessárias para adequações do projeto.

Ações educativas:

- Fazer treinamentos e cursos de superação aos profissionais da Saúde membros da equipe e professores das escolas com ajuda da Secretaria Municipal de Saúde e Educação sobre a gravidez na adolescência e suas consequências;
- Palestras, cursos, videoconferências, intervenções educativas e dinâmicas grupais nas escolas da área e na unidade de Saúde para aumentar o nível de informação dos adolescentes e sua família sobre a adolescência e a gravidez nessa faixa etária com suas possíveis complicações e formas de prevenção;
- Dinâmicas com grupos de adolescentes sobre promoção e prevenção da gravidez e repercussões sociais;
- Realizar em parceria com a Prefeitura Municipal programas de rádio e TV municipais fazendo divulgação ao tema;
- Criar murais com informações relacionadas ao tema no posto de Saúde, nos povoados e nas escolas;
- Criar um sistema de famílias nas comunidades que promovam saúde nessa faixa etária;
- Criar um sistema de promotores de saúde para adolescentes em cada micro áreas e centros educacionais;
- Distribuição de cartilhas referentes ao assunto.

8. CRONOGRAMA

Ação	Planejamento das atividades ano 2017						
	Jan.	Fev.	Mar	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X	X				
Reunião com equipe de trabalho				X			
Cadastro de adolescentes grávidas	X	X	X	X			
Apresentação do protocolo				X			
Aplicação de encosta a paciente e avaliação.					X		X
Atividades Educativas					X	X	X
Análise dos Resultados							X
Apresentação do Relatório Final							X

9. ORÇAMENTO

Itens	Quantidade	Valor Unitário	Custo
Pacote de papel A4	2	16,50	33,00
Caneta (caixa de 24 unidades)	2	34,80	69,60
Computador Notebook	1	1599,00	1599,00
Data Show	1	489,90	489,90
Impressora	1	250,00	250,00
Caneta estereográfica	5	2,56	12,80
Quadro cristalográfico	1	16,99	16,99
Combustível	20	3,56	106,80
TOTAL			2578,09

10. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização desta estratégia educativa percebe-se a necessidade de um esforço conjunto de diversos setores da sociedade para reduzir os índices de gestação na adolescência. A divulgação da problemática em questão e a apresentação do custo social da gestação dessas jovens pode ser um motivador para o Estado investir em capacitação profissional e expandir programas sociais que visem a minimizar o problema. Uma melhor qualidade de vida baseada em melhoria das condições financeiras, educação, esperança de vida, alfabetização, natalidade é uma condição essencial para a reversão do problema.

O plano de ação aqui apresentado mostrou que realizando ações educativas sistematizadas e em parcerias com os setores municipais podemos diminuir a incidência da gravidez nesta faixa etária da vida, onde as consequências tendem a ser negativas. O principal objetivo deste trabalho foi desenvolver ações educativas para a promoção em saúde que permitiram diminuir o indicador no UBS Ester Aguiar Dias, na cidade Rio Maria, PA.

As atividades que serão desenvolvidas pela equipe de saúde da família, de forma a contribuir na prevenção da gravidez, capacitando os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe ligados aos adolescentes da comunidade e realizando atividades educativas no posto, nas escolas e nos povoados, aumentando assim o nível de informação sobre o assunto nos adolescentes e as famílias. Também vão ser criados grupos de promotores em cada povoado para a Educação em Saúde, desenvolvendo nas pessoas um sentido de responsabilidade.

O estudo aponta que a realização de ações educativas pela equipe na atenção primária de saúde de forma contínua podem ajudar a reduzir o número de gestações nas adolescentes e suas consequências.

O setor da saúde tem papel importante no trabalho com as famílias e os adolescentes e a ESF tem características únicas em sua dinâmica de trabalho que facilitam a aproximação dos jovens. A proposta de abordagem integral do indivíduo em conjunto com a abordagem familiar deve ser usada de forma sistemática para a realização de um trabalho efetivo com os jovens. Uma

equipe multidisciplinar bem motivada e capacitada para o trabalho com os adolescentes deve estar pronta para fazer o acolhimento e planejar ações preventivas. Parcerias com instituições governamentais e não governamentais são táticas importantes. A escola e a igreja também são parceiros próximos que devem ser buscados.

A ESF deve estabelecer um dia definido para o atendimento de pré-natal, incentivar a participação do pai nos grupos e consultas médicas e de enfermagem, dar apoio e esclarecer sobre os riscos e repercussões psicossomáticas da gravidez, trabalhar a importância de um pré-natal bem-feito, informar sobre as mudanças corporais da gestante, incentivar a amamentação, instruir sobre parto, puerpério e primeiros cuidados com o RN. A informação deve ser construída junto com as gestantes, de preferência em roda e de forma lúdica.

Com base nesta experiência, sugere-se uma maior atenção aos programas de prevenção da gravidez na adolescência a nível municipal e estadual de ser possível, tais como a educação sexual, junto à família e à escola através da criação de um programa de orientação sexual; formalização de um Projeto de Lei municipal para criação de campanhas anuais e fornecimento de métodos contraceptivos suficientes para atendimento da demanda; articulação com as autoridades locais visando a criação de áreas de lazer e incentivo para a formação de escolas profissionalizantes; formação de grupos de adolescentes, com a finalidade de trabalhar a contracepção e a sexualidade; organização de um programa de acompanhamento pré-natal específico para gestantes adolescentes, onde a família e o parceiro sejam parte integrante deste acompanhamento.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. **A relevância da educação sexual na adolescência.** Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acesso em: 7 Jan. De 2015.

Anaut Bravo S. **Fuentes de información para una investigación social de la salud.** 2003 Disponível em: <http://www.hapress.com/.php?a=n01a0>. Acesso em: Fev, 2015.

BRANDÃO, R. B.; HEILBORN, M. L.; **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.** Cader. de Saúde Pública, v.22, n.7, Rio de Janeiro, July, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do adolescente.** Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria- Orientação para profissionais da área medica 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2005.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M.; **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil;** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.; v.6; n.4; Recife, 2006.

CAVASIN, S. et al. **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade Social: Estudo Exploratório em cinco Capitais Brasileiras.** ECOS (Comunicação em Sexualidade). 2004.

CUNHA MA, Andrade MQ, Tavares Neto J, Andrade T. **Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(8): 513-519.

Decreto nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); jul. 1990.

ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10079.htm Aceso em Jan.2015.

González Hernández A, Castellanos Simons B. **Hacia una sexualidad responsable y feliz. Documento teórico metodológico.** La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1997:6-7,10-11,39-40.2004.

GUIMARÃES, E.B. **Gravidez na adolescência: fatores de risco.** IN: Saito, M.I. & Silva, E.V. Adolescência- Prevenção e Risco. São Paulo, Atheneu, 2001. p.2918.

GURGEL, M.G.L et al. **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem.** Escola Anna Nery. Revista Enfermagem, v12, n 4, p. 799-805, dez 2008.

HUMAN DEVELOPMENT REPORT (HDR) 2009. **Programa das nações unidas para o desenvolvimento.** Disponível em: <<http://hdr.undp.org>> Acesso em: Fev. 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010.** Disponível em www.ibge.gov.br . Consultado em 04 de jan de 2015.

JOFFILY, S.M.L.C.; COSTA, L.F. **É possível prevenir gravidez na adolescência?** Brasília: 2008. Disponível em: www.psicologia.com.pt Aceso em fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente e do jovem.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Consultado em 27 de fev de 2015.

OMS (Organização Mundial da Saúde) (1975). El embarazo y el aborto em la adolescencia. Genebra. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo> Aceso em: Jan. 2015.

OMS(Organização Mundial de Saúde) El embarazo y el aborto em la adolescencia. Genebra. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo> Aceso em jan 2015

PAUCAR, L. M. O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudos de casos em São Luís do Maranhão.** 2003. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2003.

ROCHA RCL, Souza E, Guazzelli CAF. **Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(9):530-5.

ROCHA, L. C.; MINERVINO, C. A. M. **Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções.** Pediatr. Mod.; 44(6): 242-247, nov./dez. 2008.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescencia sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. Lat. Am. Enfermagem; 14(2): 199-206, mar.-abr. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Geneva: WHO, 2007.
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en.

ANEXOS

Anexo 1 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Quadro 1. Distribuição das grávidas segundo idade

Grupos de Idade	Nº	%
De 12-15 anos		
De 16-18 anos		
Total		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 2. Comportamento de nível de conhecimento antes e depois da intervenção educativa segundo idade.

Nível de conhecimento	Antes				Depois			
	Adequado		Inadequado		Adequado		Inadequado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 12 -15 anos								
De 16 -18 anos								
Total								

Fonte: Elaborado pelo autor.