

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

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TÍTULO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PLANALTO.OIAPOQUE-AP**

Autora: Rosa Paz Prades
Orientador (a): Prof. Fabiano Fraga de Carvalho

AMAPÁ -AP
2018

ROSA PAZ PRADES

**TITULO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE
PLANALTO.OIAPOQUE-AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Fabiano Fraga de Carvalho, médico de família e comunidade.

**AMAPÁ-AP
2018**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	12
4 VISITA DOMICILIAR /ATIVIDADE NO DOMICILIO	15
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
REFERÊNCIAS	22
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Rosa Paz Prades, tenho 44 anos, sou natural de Cuba, fiz meus estudos de Medicina na Faculdade # 1 de Medicina em Santiago de Cuba, me graduei no ano 1996, comecei minha carreira profissional como médica comunitária no meu país e prossegui a especialização em Medicina Geral e Integral que terminei no ano 2001, tenho 20 anos de trabalho na Atenção Primária em Saúde, atualmente sou médica do Programa Mais Médico para o Brasil, trabalho desde agosto de 2016, em Estratégia e Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde Planalto, no município de Oiapoque, do estado Amapá.

O município de Oiapoque é o mais distante da capital do Estado Amapá e situa-se na parte norte do Brasil, área 22.725,70 km², limite com a Guiana Francesa, município de Calçoene, Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari e Laranjal do Jarí, a população estimada é de 24.263 habitantes, minha área de abrangência atende aos bairros Nova União e Planalto, tem 2.553 habitantes, está composta por uma população de jovens, crianças, adultos e um pequeno número de pessoas idosas e indígenas, as crenças são religiosas e católicas, o território de abrangência é rural, as ruas não estão asfaltadas, temos três igrejas, três creches, pequenos estabelecimentos comerciais e uma escola pública municipal, predominância de casas em construção de madeira, cimento e tijolo, tem energia elétrica, a água de consumo é de poço tratada com cloração e filtrada e há um pequeno grupo que utiliza água sem tratamento, não têm sistema de esgoto ou rede geral o destino é em fossas.

No território de abrangência de minha unidade, as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão e Diabetes, são as que incidem e prevalecem, também temos por causa do clima tropical com períodos largos de chuvas, doenças endêmicas transmissíveis por vetores como a Dengue, Malária, e Leishmaniose, e outras transmissíveis causadas por outros agentes como doenças respiratórias e digestivas como as diarreias e parasitárias.

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi: “Intervenção Educativa na Prevenção da Gravidez na Adolescência na Unidade Básica de Saúde Planalto, Oiapoque-AP” (Anexo 1), devido a que durante o trabalho chamou-nos atenção a alta incidência de adolescentes grávidas e, a pouca percepção do risco e baixo conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais. O estudo teve como propósito promover o conhecimento sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência, melhorar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e fornecer orientação e experiência da sexualidade completo e responsável, desta forma irei trabalhar para diminuir este indicador na faixa etária de 10 a 19 anos em minha comunidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

UBS PLANALTO

ANAMNESE

Nome: J.S.S

Idade: 59 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino fundamental completo

Religião: Sem religião

Estado civil: Divorciado

Profissão: Cozinheiro

Residência Atual: Oiapoque/AP

Data: 14/06/2017

Paciente que procura atendimento médico por apresentar quadro de palpitação, cansaço, em ocasiões dor de cabeça, é hipertenso que faz tratamento medicamentoso com Enalapril 10mg um comprimido ao dia, há três anos, ele relata que não toma periodicamente os medicamentos porque esquece, não faz dieta e abandonou as atividades físicas, é conhecido pela equipe que ele é um paciente que tem pouco apoio familiar.

Antecedentes Pessoais: Hipertensão Arterial

Antecedentes Familiares: Mãe falecida / câncer de pulmão

Pai falecido / cardiopatia

Triagem: peso 70 kg Estatura: 155 cm CA: 105 cm IMC: 29,14

Realizo classificação do estado nutricional para adultos (20 a 60 anos) em paciente sobrepeso com IMC ≥ 25 e < 30 . Indivíduos com IMC maior ou igual a 25 são classificados como excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) e

devem receber atendimento específico para redução do peso a fim de promover a adequação do estado nutricional, com IMC menor do que 25. (CAB N° 38,2014).

O exame físico da pessoa com HAS é muito importante pode detectar lesões de órgão-alvo e identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento (CAB N°37,2013)

Exame Físico

Mucosa: Coradas e úmidas;

Pescoço: Tireóide não visível, não palpável, palpação e ausculta das artérias carótidas sem alteração, não turgência jugular;

TCS: Não edema;

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular normal, não estertores roncos, não sibilos FR 20 ir p m;

Aparelho Cardiovascular: Batimento cardíaco rítmico, não sopro PA 160/100 mm hg FC: 80 bpm;

Abdômen: Não a dor à palpação, não a massa palpável;

Extremidades: Palpação de pulsos presentes bilateralmente com sincronização;

Neurológico: Sem alteração;

Diagnóstico: Hipertensão arterial não controlada e Sobrepeso

Conduta: Solicito avaliação por núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF), a nutricionista para atuar na modificação dos hábitos alimentares e prescrição dietética, o profissional em educação física para a estimulação da atividade física e redução de peso, já que no tratamento do sobrepeso, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes de Atenção básica pois promove a ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos e permite uma melhor oferta de cuidados (Brasil,2014);

Enalapril 10mg tomar um comprimido de 12/12 horas sem esquecer do tratamento; Paracetamol 500mg 1 comprimido de 6/6 horas, diminuir com o desaparecimento da dor de cabeça;

Monitoramento diária de pressão arterial durante 7 dias;

Solicito exames complementares, procurando estar atento ao risco cardiovascular, dosagem de glicose, colesterol total, colesterol, HDL, triglicérides, creatinina, urina tipo 1, potássio, (fundoscopia e eletrocardiograma encaminhado para Macapá já que o município não tem recursos para fazer esses tipos de exames);

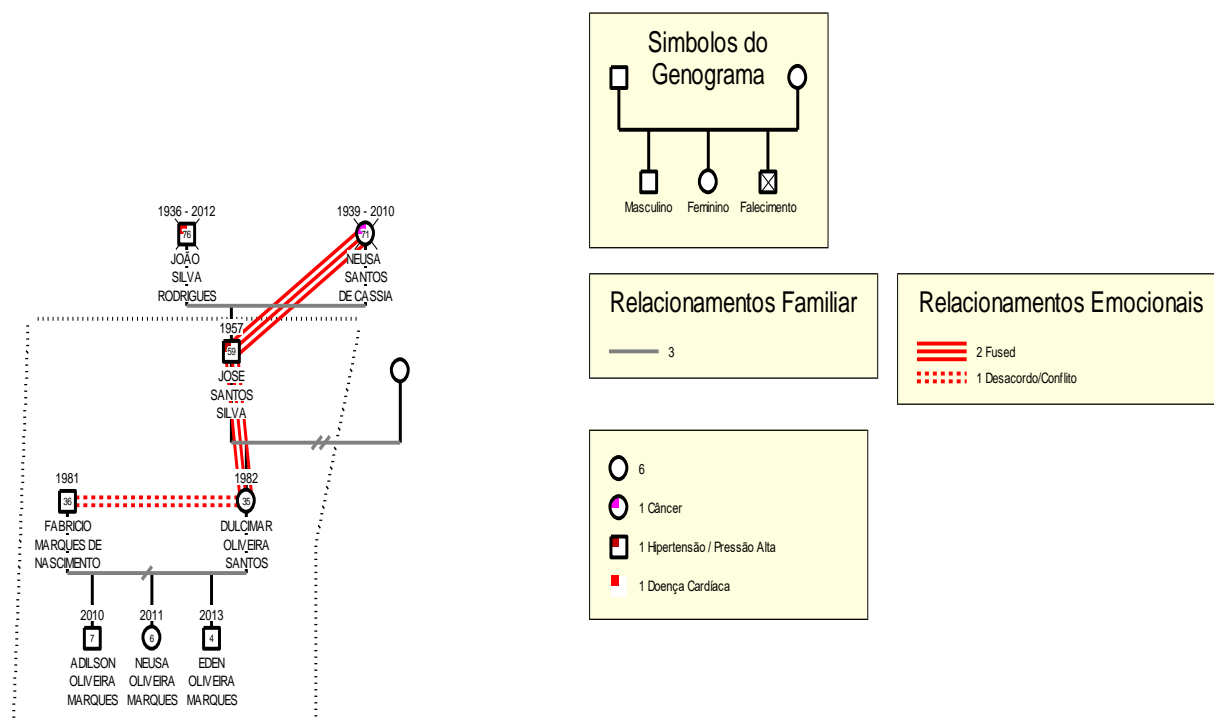
Orientação sobre a importância da alimentação adequada e saudável, redução da ingestão de sal, realizar atividades físicas e fazer todo o tratamento.

Manter o acompanhamento motivando a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, agendo consulta para avaliação dos exames complementares e monitoramento de pressão arterial dentro de 15 dias.

Os membros da equipe médica realizamos uma visita domiciliar em conjunto com profissionais do NASF já que o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica deve ser multiprofissional (CAB N° 37, 2013).

Falamos com a filha de J.S.S sobre os problemas de saúde de seu pai, para facilitar o desenvolvimento de um adequado plano de cuidado, alcançar o apoio da mesma, envolvê-la no cumprimento do tratamento em quanto aos cuidados com alimentação, estado emocional, atividades físicas. Insistir na viagem a Macapá do paciente para a realização dos exames que faltavam para seu controle, incorporá-lo ao grupo educativo de hipertensos que tem na unidade básica, orientamos sobre a importância de manter o tratamento apropriado para alcançar modificações no estilo de vida, para o controle da doença crônica e prevenir complicações futuras. Realizamos a confecção do Genograma:

Genograma



Condições de vida

Sua casa é pequena de madeira, com dois dormitórios, uma cozinha, boa higiene, consome água de poço, tem fossa, o lixo é armazenado em saco plástico, mora com sua filha que é casada, têm três filhos pequenos, trabalha como empregada de bar nas noites, ela gosta de cozinhar muitas frituras e carne com gorduras fritas para satisfazer seu pai à medida que se juntam emocionalmente, tem problema de relacionamento com seu marido pelo trabalho dela, brigas frequentes que afeta a convivência e funcionamento familiar e causa em seu pai descontrole da pressão arterial, e em seu filho menor episódios de choro e irritabilidade.

Realizamos dinâmica familiar com participação da psicóloga da equipe NASF para melhorar o funcionamento da família e resolver os conflitos conjugais existentes que estavam afetando psicologicamente seus filhos e seu pai, insistimos com o paciente e seus familiares sobre a importância de manter o acompanhamento pelos profissionais, complementando o tratamento das orientações nutricionais e dos exercícios físicos orientado ao paciente.

Evolução

Data 28/06/2017

J.S.S. retorna à consulta e relata está melhor, urina normal, foi à consulta do nutricionista e deu início a dieta, vem com resultados de exames realizados no dia 21/06/2017, glicose 78 mg/dl, creatinina 0,4 mg/dl, urina negativa, potássio 4,5 mmol/L, colesterol total 270 mg/L, triglicérides 139 mg/L, relata que ainda não fez exame de fundoscopia e eletrocardiograma.

Peso 69 kg Estatura: 155 cm IMC: 28,72 P.A: 150/90 mm Hg.

Monitoramento de P.A

15/06/2017 PA 150/100 mm Hg

16/06/2017 PA 140/90 mm Hg

17/06/2017 PA 150/90 mm Hg

18/06/2017 PA 150/90 mm Hg

19/06/2017 PA 140/100 mm Hg

20/06/2017 PA 150/90 mm Hg

21/06/2017 PA 150/80 mm Hg

Diagnostico: Hipertensão arterial não controlada, Sobrepeso e

Hipercolesterolemia isolada

Conduta: Oriento Enalapril 10mg tomar 1 comprimido de 12/12 horas, Hidroclorotiazida 25mg tomar 1 comprimido ao dia, manter assistência à consulta da nutricionista para avaliação da dieta e realizar atividades físicas, solicito exame de colesterol evolutiva aos três meses, continuar monitorando a pressão arterial, agendo retorno dentro de 15 dias em 12/07/2017.

Data 12/07/2017

Paciente relata que está melhor, já não tem dores de cabeça, nega palpitações, cansaço, bom estado geral, trouxe resultado eletrocardiograma e fundoscopia normal.

Peso: 66 kg Estatura: 155 cm CA: 103 cm IMC: 27,47 P.A: 130/80 mm Hg

Monitoramento de P.A com medida abaixo de 140/90 mm Hg.

Oriento continuar com a dieta e tratamento para o controle da Hipertensão, manter acompanhamento pelo nutricionista exercícios físicos, recomendação de evitar o estresse.

Citação dentro de três meses para o controle e consulta de enfermagem e aos seis meses consulta médica, estar atento no acompanhamento do paciente para tomar decisões oportunas, continuar o incentivo à atividade física, que permita a recuperação do peso saudável, da vigilância alimentar e nutricional, e orientação sobre alimentação adequada e dieta que permita as mudanças no estilo de vida, controle dos fatores de risco e manter as melhoras significativas nos níveis pressóricos.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde dirigido ao indivíduo, coletivo e em comunidade que oferece a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, os diagnósticos, os tratamentos, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde baseada nos princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade e Coordenação do cuidado.

A promoção da saúde e prevenção de doenças é muito importante para melhorar o conhecimento e autocuidado dos pacientes, erradicação e redução das doenças. O profissional de saúde na APS além do diagnóstico precoce e abordagem terapêutico tem como papel fundamental informar, educar e prevenir as doenças na comunidade, durante os primeiros meses de trabalho na Unidade Básica de Saúde Planalto, observei que a equipe desenvolvia poucas ações direcionadas à promoção e prevenção, tinha um baixo atendimento de crianças às consultas de puericultura, uma alta incidência de gravidez na adolescência, os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis tinham pouco conhecimento de suas patologias e crianças e grávidas que faltavam às consultas, comecei a trabalhar com o objetivo de encontrar uma solução para aqueles problemas, assumi a tarefa de conhecer o território, observar as pessoas, os costumes, os ambientes, conhecer os problemas da comunidade e planejar ações de prevenção de doenças e promoção à saúde para alcançar mudanças significativas na qualidade de vida das pessoas e melhora dos indicadores de saúde na minha área de atuação.

Realizamos visitas domiciliares para a busca ativa de pacientes dos programas de prioridades e conhecer a situação da área, fizemos a reunião dos membros da equipe de saúde da família para discutir os problemas, com a participação e opinião de todos, para ajudar na elaboração de estratégias, buscar soluções para os problemas, planejamento de ações, com apoio de outros profissionais do NASF, como Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social e Educador Físico, tudo isso com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, com o trabalho organizado da equipe consegui informações onde

identificamos que a nossa população tinha um importante número de pacientes com Hipertensão e Diabetes, e que tinham pouco conhecimento sobre sua doença para isso fizemos grupos de apoio aos hipertensos e diabéticos e com eles desenvolvemos atividades grupais que com apoio do NASF e outros profissionais fornecemos algumas orientações sobre as doenças, como prevenir complicações, a alimentação adequada, a prática de atividades físicas, e o aconselhamento sobre os danos do uso de álcool e cigarro, os grupos possibilitam o intercâmbio de experiência e conhecimentos, favorece a participação ativa de todos, além de fazer modificações e mudanças nos estilos de vida, ampliam e melhoram o conhecimento das doenças, possibilita seu controle, tratamento, reabilitação e melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Realizamos busca ativa das crianças que não eram levadas a consultas de puericultura e de gestante que não fazem o pré-natal. Foi criado o grupo de gestante onde realizamos atividades de promoção de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos de vida, palestras sobre importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, da saúde bucal, das vacinas, da realização do teste do pezinho após o nascimento do bebê e do controle do pré-natal. Iniciamos o acompanhamento das grávidas, das puerperais e das crianças, realizamos busca de crianças em situação de vulnerabilidade social para adequá-la ao tratamento, fizemos também um trabalho de intervenção com o grupo de adolescentes para promover o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, os riscos e complicações da gravidez na adolescência.

Felizmente na atualidade a equipe exibe melhor resultado de trabalho, garantimos o atendimento das crianças às consultas programadas de puericultura e manter sua vigilância, e que as mães tenham um grau de conhecimento maior sobre os cuidados de seus filhos e prevenção de doenças, realizar a vacinação conforme ao programa, fortalecimento das relações da equipe com a família, o atendimento adequado e agendado das grávidas, elevar a qualidade das consultas e desenvolver atividades de educação e orientação aos adolescentes sobre sexualidade responsável.

Na saúde mental ainda existe muita dificuldade, para nossa equipe é um grande desafio a abordagem de casos complexos, nós realizamos a identificação e acompanhamento dos pacientes com problemas de saúde mental, os problemas deles são discutidos na reunião da equipe para a busca de soluções com apoio do psicólogo do NASF, fazemos visitas domiciliares aos doentes mentais e seus familiares e estabelecemos vínculos com a família para melhor dar apoio e ajuda no tratamento, também temos um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que presta atenção em situações de crise e de reabilitação e ajuda no atendimento dos pacientes, em ocasiões realizamos atendimento de pacientes com problemas e quadros psiquiátricos que pela complexidade do caso necessita internação em hospitais psiquiátricos, esses casos são encaminhados para outro município de referência que tem profissionais de psiquiatria. No apoio matricial fica faltando capacitação para a abordagem integral de pacientes e famílias, importante para fornecer um atendimento de qualidade e dar resolutividade às necessidades e problemas de minha comunidade.

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO

As visitas domiciliares são atividades desenvolvidas na Atenção Primária de Saúde permitem o contato com a família, conhecer seu entorno, a aproximação e estabelecimento de vínculos com os pacientes e seus familiares que ajudará ao acompanhamento durante o processo de enfermidade e ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação do paciente.

Em minha unidade da “Estratégia de Saúde da Família”, a equipe costumava a realizar as visitas sem programação anterior que trouxe como consequência a diminuição da qualidade e efetividade do serviço prestado e que em muitas situações não tiveram solução. Já no segundo semestre de 2016 mudou esta situação, reorganizamos o trabalho da equipe e as visitas domiciliares são programadas pela equipe a fim de melhorar o atendimento, para isto selecionamos os pacientes e as famílias para visitar, priorizamos aos de maior risco, planejamos a periodicidade delas e realizamos avaliação conjunta na reunião de equipe onde participam todos os membros da equipe, utilizamos para os agendamentos todas as informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde, em visitas que realizam as famílias no dia a dia do seu trabalho, eles trazem as propostas e necessidades para o coletivo.

Realizamos atendimento a uma área extensa com ruas sem asfalto, e para a realização das visitas não temos transportes, o trabalho se torna cansativo já que temos muitas casas distantes que muitas vezes precisam de nossos serviços, além das condições climáticas adversas de muitas chuvas que também influencia as ocorrências de falhas nas visitas.

Temos casos que precisam ser avaliados pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), as visitas são planejadas e eles participam e se inserem no trabalho apesar das dificuldades com o transporte, todas as visitas são realizadas por prévio agendamento e combinação do horário com a família, para que tenham conhecimento da visita e para não ter dificuldades.

O NASF complementa o trabalho da equipe, enquanto ao atendimento fornece de apoio matricial, realiza práticas de cuidados para aumentar a resolução dos problemas, apoia nas discussões de casos e na elaboração de projeto terapêutico singular ou plano de cuidado.

Estudar a família, conhecer o seu funcionamento, as peculiaridades de cada uma, inserida num dado contexto social, econômico e cultural, constitui condição importante poder como profissional inserir-se no espaço das diferentes famílias (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

As visitas são programadas pela equipe de saúde da família, selecionamos o paciente e/ou as famílias de acordo com os critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Consideramos 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 de estrada, ausência de meios de transporte, etc.).

Entre os adultos são priorizadas as 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. (Borba; Oliveira; Sampaio, 2007).

Nas visitas conhecemos as características e o ambiente em que a família se desenvolve, identificamos os fatores de risco, prestamos atendimento aos

pacientes particularmente aos casos de pacientes acamados, idosos, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com deficiência mental, grávidas, crianças, pacientes em situação de vulnerabilidade, começamos com o caso prioritário abrangendo as ações à família, desta forma realizamos uma abordagem integral às famílias, sempre respeitando a complexidade das relações familiares trabalhamos e orientamos nos problemas que afetam a dinâmica familiar e que interferem no bem-estar físico e emocional dos membros da família garantindo um ambiente familiar favorável para o cumprimento de todas as ações de saúde, com uma linguagem clara e simples fazemos orientações precisas sobre os cuidados do paciente, sobre os riscos identificados, esclarecemos dúvidas, realizamos ações de promoção e prevenção de patologias, fortalecendo o vínculo com a família e ajudando à erradicação dos problemas que foram identificados na visita.

Algumas situações são desencorajadoras já que temos muitas famílias de baixa renda, pacientes que precisam ser encaminhados para a avaliação de profissionais e realização de exames em outro município e por falta de recursos monetários não são feitas, familiares que não cumprem as orientações médicas causando uma evolução insatisfatória do paciente.

Na visita também orientamos o cuidador do paciente e realizamos acompanhamento e treinamento para as atividades diárias do cuidado, realizamos capacitação durante o processo de assistência. (Brasil, 2008).

Os pacientes acamados e com deficiência física e mental exigem-se de cuidados adequados e cuidador constante, nós orientamos às famílias sobre ajuda a estas pessoas e em muitas situações junto com a psicóloga da equipe NASF prestamos a devida atenção do caso.

A visita domiciliar permite a integralidade do cuidado aos pacientes e familiares, as frequências delas podem ser semanais as de risco máximo, quinzenais as de risco médio ou mensais as de risco menor são planejadas pela equipe de acordo com a situação e risco de família e o indivíduo. (Oliveira R. 2004).

Minha equipe agenda a visita com consentimento e confirmação do horário à família, durante as visitas realizamos vários procedimentos como aferição da pressão arterial, glicose aos diabéticos, curativos para os pacientes que precisam deste proceder, solicitação de exames laboratorial que são realizados pelo técnico nas casas quando o paciente não consegue ir ao laboratório por sua condição de saúde, fazemos o registro da visita nos prontuários e das informações coletadas para o acompanhamento evolutivo do caso, estabelecemos os planos de cuidado e terapêutico que são elaborados em equipe baseados nos diagnósticos, assim como os outros problemas identificados na abordagem individual e familiar, indicamos as ações para cada problema, fornecemos à família de ações de promoção e prevenção de risco e agravo à saúde, ao final programamos a próxima visita.

Minha equipe realiza suas reuniões e nelas orientamos, planejamos a agenda de trabalho e discutimos os acertos e erros durante as visitas para assim melhorar cada dia mais o atendimento e o grau de satisfação da população.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Meu município está situado na parte norte do Brasil, estado do Amapá, muito distante do município de referência, tem dificuldades quanto à estrutura das Unidades Básicas, temos falta de recursos materiais para o trabalho, falta de profissionais especializados e falta de tecnologias para o diagnóstico das patologias, mas apesar das dificuldades meu trabalho na estratégia de saúde da família é muito gratificante e o Curso de Especialização permitiu ampliar meus conhecimentos, ganhar na atualização de protocolos e desenvolver minhas habilidades como profissional.

A realização do mesmo foi difícil já que meu município tem dificuldades com internet, apresentamos problemas para acessar as atividades e tarefas da plataforma algumas foram feitas com demora por esta causa, mas não impediu sua realização, permitindo obter resultados positivos na aquisição e enriquecimento de meus conhecimentos na prática diária de minha profissão. Conhecer sobre a evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil e o processo de implantação do SUS, ajudou ampliar meus conhecimentos médico e cultural, adquirir as habilidades necessárias para a elaboração dos prontuários médicos, como realizar um correto registro clínico as informações referentes à saúde e tratamento do paciente o uso do registro clínico orientado por problemas que ajudam a ter um arquivo do histórico médico e garantir a continuidade do problema de saúde, também aprendi como construir a agenda compartilhada com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde e outros membros da equipe.

Na reunião de equipe planejamos e organizamos o trabalho, atender todas as pessoas que procuram nosso serviço sem organização foi algo que mudou na minha unidade, a equipe tinha falta de organização nos agendamentos das consultas e os pacientes portadores de doenças crônicas que necessitavam de um controle regular eram atendidos quando eles procuravam atendimento, organizar o agendamento destes pacientes fez que tivéssemos um melhor controle, avaliação na adesão do tratamento, realizar com eles atividades de educação permanente permitiu obter mudanças no

estilo de vida, atualmente trabalhamos com uma agenda onde temos organizada a demanda de consultas programadas para a atenção do pré-natal, puericultura, hiperdia e o restante das atividades, deixando um espaço em todos os turnos para a demanda espontânea e atendimento as urgências.

Durante o trabalho com outros profissionais da equipe NASF, enriqueceu meus conhecimentos de trabalho, trocar experiências, discutir casos no coletivo, realizar as visitas domiciliares em conjunto, ajudarmos no trabalho de educação em saúde e na realização das práticas educativas grupais foi muito importante, aprendi que nas atividades grupais as pessoas que compõem o grupo trocam experiências e informações, participam ativamente e são estimuladas as discussões de temas geralmente comuns, e os pacientes refletem e se tornam conscientes de seu papel na resolução dos problemas de saúde.

O curso permitiu-me conhecer sobre a legislação, a lei para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, onde estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres, também a lei de proteção contra qualquer tipo de violência ao idoso, sobre as redes de atenção e como manejar as situações de violência às crianças, à mulher e ao idoso, ajudou-me aprofundar sobre os princípios da ética médica profissional e de como atuar corretamente diante de várias situações.

Em relação às adolescentes de minha unidade desenvolvi uma intervenção educativa para diminuir a incidência da gravidez neste grupo, melhorar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e sobre os riscos e consequências da gravidez na adolescência, ajudando a diminuir esse indicador.

No atendimento as puericulturas, também tivemos mudanças na minha área de saúde, antigamente as mães apenas levavam as crianças a consulta quando estavam doentes, com o trabalho educacional e atividade dos ACS e da equipe as consultas são agendadas, mantemos vigilância de desenvolvimento psicomotor, estado nutricional, vacinas, saúde bucal e vigilância da alimentação para a idade, realizamos atividades grupais e de

orientações sobre a prevenção de acidentes, higiene e a importância das puericulturas, nós ganhamos no controle e atendimento adequado a este grupo de pacientes.

Com o que foi aprendido no curso meu trabalho melhorou muito no confronto dos casos complexos e aplicação dos protocolos de atendimento às doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus, Hipertensão, Asma Bronquial, as doenças transmissíveis, nos sistemas de informação aprendi sobre o manejo e terapêutica mais adequada nos casos de saúde mental, climatério e afecções ginecológicas.

Os conteúdos do Curso de Especialização foi uma experiência interessante consegui a ampliação de meus conhecimentos, me ajudou ao desenvolvimento profissional, a como administrar o tempo e planejar as atividades da equipe, a estar preparada para lidar com situações que surgem na comunidade e o confronto com casos complexos, obter mudanças positivas na minha atuação como profissional de saúde e poder prestar uma atenção à saúde integral e mais qualificada à população.

REFERÊNCIAS

Borba PC, Oliveira RC, Sampaio YPCC.O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ,2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Guia prático do cuidador. Brasília 2008(Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde ,2014. (Cadernos de Atenção Básica, n.38).

Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004.Rio de Janeiro: SBMFC,2004

Puschel, V.A. A; IDE, C.A.C; Chaves, E.C. Modelos Clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. Rev. Esc.Enferm.USP, São Paulo,2006

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PLANALTO.OIAPOQUE-AP**

Rosa Paz Prades

AMAPÁ - 2017

ROSA PAZ PRADES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE
PLANALTO.OIAPOQUE-AP**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito para obtenção do Certificado do Curso de Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos para o Brasil da Universidade Federal de Porto Alegre.

Orientadora: Prof.^a Suyane de Souza Lemos

AMAPÁ -2017

Resumo

A adolescência trata-se de uma fase em que o indivíduo está descobrindo coisas novas, formando sua própria identidade, conhecendo novas tendências, compartilhando novas ideias e deixando de lado a fase da infância para se preparar para a fase adulta. Quando ocorre a gravidez na adolescência, as consequências são bastantes perturbadoras, tanto como para a adolescente quanto para a família. A gravidez nesta fase cria uma série de conflitos e crises, já que a adolescente não está totalmente preparada, seja física ou emocionalmente, para assumir a responsabilidade por um filho, por tanto, na maior parte das vezes é um problema social bastante grave. O objetivo do presente projeto de intervenção é realizar ações educativas para fornecer o conhecimento da prevenção da gravidez na adolescência para os jovens pertencentes à Unidade de Saúde da Família Planalto do município de Oiapoque, estado Amapá. Em nossa área abrangência observamos uma alta incidência das adolescentes, que engravidam precocemente e não tem conhecimento dos métodos anticoncepcionais, dos riscos e complicações da gestação precoce, sendo este problema o motivo do trabalho. Para o estudo realizaremos dois grupos de 50 adolescentes, executaremos três exposições, a respeito dos seguintes temas: métodos anticoncepcionais, principais riscos e complicações da gravidez na adolescência, e planejamento familiar. As atividades serão feitas em períodos agendados fora do horário escolar na unidade básica de saúde, durante o período de agosto a dezembro 2017, com participação da equipe básica de saúde. Antes das ações propostas aplicaremos um questionário para os adolescentes a respeito do tema da sessão. Dessa forma, identificaremos os conhecimentos que tem os adolescentes sobre o assunto e avaliaremos os resultados ao final do estudo. A nosso ver, este trabalho pode contribuir para promoção de atitudes de prevenção à gravidez na adolescência, maior sensibilização dos adolescentes para os riscos e consequências de uma gravidez precoce e redução do índice de grávidas adolescentes na comunidade.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Atenção Primária em Saúde. Educação em Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução	5
1.1. Justificativa.....	8
1.2 Objetivos.....	9
2. Revisão da literatura.....	10
3. Metodo.....	16
3.1 Cenário de intervenção.....	16
3.2 Estratégias e Ações.....	16
3.3 Recursos Necessários.....	17
3.4 Cronograma.....	17
3.5 Resultados Esperados.....	19
4. Referências.....	20
5. Anexos.....	22

1 INTRODUÇÃO

Biologicamente a gravidez pode ser definida como o período que vai da concepção ao nascimento de um indivíduo. Entre os animais irracionais trata-se de um processo puro e simples de reprodução da espécie. (Rocha ,2008) Entre os seres humanos essa experiência adquire um caráter social, ou seja, pode possuir significados diferenciados para cada povo, cada cultura, cada faixa etária.

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.

Denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens de até 21 anos que encontram -se, por tanto, em pleno desenvolvimento dessa fase da vida a adolescência.

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (UNICEF, 2011).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade, porém o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (UNICEF, 2011).

O Centro de Informação sobre Fecundidade Adolescente em Washington, afirma que os dados mundiais, anuais, chegam a 1.300.000 adolescentes em período gestacional. Todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos passam pelo trabalho de parto. Do total anual

de 7,3 milhões de novas mães são adolescentes e 2 milhões têm menos de 15 anos.

Os Estados da região Norte possuem a maior porcentagem de adolescentes grávidas do país. Amapá registra uma taxa de 28% de partos em meninas com idade entre 10 e 19 anos no ano 2014. (Carreiro,2015).

A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade do adolescente, pelas implicações advindas desse evento, como o aborto, a morbidade e a mortalidade materna. Em Fortaleza, o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna detectou o fato de que no ano de 2006, dos 16 óbitos maternos, 5 eram de adolescentes, correspondendo a 31% da mortalidade materna. (Vieira,2006)

De acordo com os dados da UNFPA, a taxa de fecundidade adolescente no Brasil é quase o dobro da taxa de outras regiões do mundo. Ainda segundo o levantamento, a maior incidência de gravidez na adolescência está entre os jovens de classes mais pobres

Estudos mostram que o risco de morte materna nas jovens de menor de 20 anos, é maior que o em outras faixas etárias. Outras consequências da gestação em adolescentes são a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade do feto, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros) (Dacal ,2012)

É importante ressaltar que as jovens em gestação têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

Na Unidade Saúde Planalto do município de Oiapoque, atualmente há registrado 210 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. Consta no sistema sete usuárias na faixa etária entre 14 e 19 anos em período de gestação, e dez que recentemente tiveram seu bebê índices que são altos, e muitas vezes estão associadas ao planejamento familiar inadequado.

É importante a prevenção e o desenvolvimento de habilidades pessoais de cada um da equipe para aumentar o poder de decisão e negociação do adolescente, praticando o autocuidado, e as atitudes positivas para lidar com a sexualidade e prática de sexo seguro.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde, devido à alta incidência e a elevada morbimortalidade que ocorre nesta etapa da vida, pôr o que a razão do presente estudo é realizar ações de prevenção e de conhecimento do uso de métodos contraceptivos, na população da faixa etária de 14 a 19 anos da população na UBS Planalto.

1.1 Justificativa

A gravidez na adolescência continua sendo um fenômeno mundial, onde no Brasil teve uma pequena diminuição nesta década, porém nos Estados da região norte e principalmente no Amapá, esses números continuam bem acima da média nacional, levando graves problemas sociais e de saúde pública. Desta forma, essa faixa etária precisa ser trabalhada para o uso da sexualidade com responsabilidade mesmo porque além da gravidez, uma relação sexual desprotegida também pode levar a graves doenças sexualmente transmissíveis. Na Unidade Básica de Saúde, chamou-nos atenção a alta incidência de adolescentes grávidas, pouca percepção do risco e baixo conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, razão de intervenção a essa população, para fornecer educação, orientação e experiência de a sexualidade completo e responsável.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

Desenvolver uma intervenção educativa para diminuir a incidência da gravidez nas adolescentes na Unidade Básica de Saúde Planalto, Oiapoque.

Objetivo Específicos

- 1.-Melhorar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais nas adolescentes da Unidade Básica de Saúde Planalto.
- 2.- Promover o conhecimento sobre os riscos e complicações da gravidez na adolescência.
- 3.-Alcançar a organização da consulta de planejamento familiar.

2 REVIÇÃO DA LITERATURA

Gravidez na Adolescência

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes

Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informações e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras (Brasil, 2009)

As adolescentes, pelas próprias características associadas à faixa etária, ainda não são capazes de avaliar, e principalmente assumir, o ônus da vida sexual ativa. Estima-se que cerca de 15-20% de todos os nascimentos ocorram em mulheres adolescentes e, embora a frequência de partos em adolescentes esteja em declínio nos países desenvolvidos, há somente modesto declínio ou até ascensão nestas taxas nos países em desenvolvimento. Portanto, a gestação na adolescência persiste como importante problema de saúde pública nestes países (Agudelo, 2005)

Métodos Anticoncepcionais

Os métodos anticoncepcionais são diferentes formas de se evitar uma gravidez, impedindo que a fecundação aconteça.

Não existe um método anticoncepcional que seja o melhor para todas as pessoas. Cada método tem suas próprias características que podem ser mais atrativas para algumas pessoas e não para outras, por exemplo, como se usa (tomar todos os dias, injeção uma vez por mês, colocar no pênis antes da

penetração). Também a eficácia do método pode ser um fator muito importante para a escolha fazendo com que algumas pessoas escolhem um método que não parece muito atrativo como injeções porque são percebidas como muito eficazes. Além disso, alguns podem ter efeitos colaterais que se manifestam em uma porcentagem, habitualmente pequena, das pessoas.

O melhor método é aquele que a mulher e/ou parceiro escolhe, confia e se sente confortável ao utilizá-lo, desde que atenda aos critérios médicos de elegibilidade, ou seja, não haja uma condição médica que faça o seu uso desaconselhável.

Os métodos anticoncepcionais ajudam na prevenção da gravidez e doenças de transmissão sexual. É importante conhecer o uso correto dos métodos anticoncepcionais pois em algum uso inadequado se pode transmitir alguma doença e pode ter uma gestação não desejada. O problema é que muitos dos adolescentes não conhecem os métodos, nas escolas e nas casas não falam sobre o tema. (Castro ,2012)

Existe uma grande variedade de métodos e cada um funciona de uma maneira, uns são mais seguros, outros menos. Uns são mais fáceis de serem utilizados outros menos. Eles se dividem em quatro tipos:

Métodos de Barreira: utilizam produtos ou instrumentos para impedir a passagem dos espermatozoides através da vagina. São eles: camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma e espermicidas.

Métodos Comportamentais: são práticas que dependem basicamente do comportamento da mulher e exigem um conhecimento prévio do corpo feminino para poder ser aplicado. São eles: tabelinha, muco e temperatura.

Métodos Hormonais: são comprimidos ou injeções feitas com hormônios não

naturais. Este tipo de método interfere no equilíbrio hormonal do corpo, alterando o desenvolvimento do endométrio, o movimento das tubas uterinas, a produção do muco cervical e também impedindo que a ovulação ocorra. São eles: pílulas, injeções e implantes. Dispositivo Intrauterino - DIU: é um objeto colocado no interior da vagina para evitar a concepção.

Métodos Cirúrgicos ou Esterilização: não é exatamente um método anticoncepcional, mas uma cirurgia que se realiza no homem ou na mulher com a finalidade de evitar definitivamente a concepção. A esterilização feminina é chamada de laqueadura e a esterilização masculina, vasectomia. (Brasil, 2015)

Importância do uso da camisinha:

A camisinha oferece dupla proteção: protege contra as doenças sexualmente transmissíveis e aids e também evita uma gravidez não planejada. (Brasil, 2015)

De maneira geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. No entanto, alguns métodos são mais adequados que outros nessa fase da vida.

A camisinha masculina ou feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único método que oferece dupla proteção, ou seja, protege ao mesmo tempo das doenças sexualmente transmissíveis, aids e da gravidez não desejada.

As pílulas combinadas e a injeção mensal podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação.

O DIU pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo.

Não são indicados:

- O DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha

em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

- A ligadura das trompas e a vasectomia.
- Os métodos da tabela, do muco cervical e da temperatura basal são pouco recomendados, porque exigem da adolescente disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.
- A minipílula e a injeção trimestral não devem ser usadas antes dos 16 anos. (Brasil, 2014)

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das infecções sexualmente transmitidas/aids, além de ser um direito que possibilita cada vez mais ao ser humano o exercício da sexualidade desvinculado da procriação. (Ribeiro, 2013)

Consequências da gravidez na adolescência

Causas da gravidez na adolescência são diversos. É um problema crescente na América. As mães adolescentes, muitas vezes abandonam a escola e acabam em programas do governo, mal capaz de sustentar seu filho. Às vezes, os adolescentes que dão à luz não vivem com o calvário, porque seus corpos não estão prontos para lidar com o estresse do parto. A resposta é, há muitas causas da gravidez na adolescência. A falta de educação sobre sexo seguro, seja de pais, escolas, ou não, é uma causa de gravidez na adolescência. Muitos adolescentes não são ensinados sobre os métodos de controle de natalidade e de como lidar com colegas que pressionam a ter relações sexuais antes de estar prontas. De acordo com o artigo "A falta de orientação dos pais contribui para a gravidez adolescente", muitas adolescentes grávidas não têm qualquer conhecimento dos fatos centrais da sexualidade.

Não é nenhum segredo que a gravidez na adolescência é uma coisa dos dias atuais. Existem muitas causas da gravidez na adolescência, vão desde a falta de orientação dos pais, para ser educada sobre sexo seguro, à pressão dos casais, ao abuso sexual e estupro. O fato é que, com um pouco de comunicação e educação, o número de adolescentes que se tornam mães pode ser drasticamente reduzido.

Riscos da Gravidez na Adolescência:

A pré-eclâmpsia (também chamada toxemia ou hipertensão associada à gravidez) é o desenvolvimento de inchaço, pressão alta e proteína na urina durante a gravidez. Adolescentes grávidas têm uma maior chance de desenvolver pré-eclâmpsia durante a gravidez.

As mães adolescentes têm maior probabilidade de ter bebês com baixo peso, o que pode resultar em sérios problemas médicos, incluindo órgãos subdesenvolvidos como o pulmão, visão, intestino e outros problemas.

Consequências da gravidez na adolescência no Brasil são diversas. Além das provações e tribulações experimentadas durante toda a gravidez, há muitas consequências em se tornar grávida sendo uma adolescente, incluindo a confusão moral, social e econômica e os riscos à saúde.

Diversos outros problemas afora os sociais têm sido apontados como influenciadores da gravidez na adolescência. A adolescente grávida tem apresentado uma maior probabilidade de complicações na gravidez e no parto do que as grávidas maiores de 20 anos, sendo mais frequente a prematuridade do bebê, seu baixo-peso ao nascer, o que aumenta também o risco de mortalidade perinatal e o traumatismo obstétrico. Esses riscos se devem, em grande parte, a fatores biológicos, tais como imaturidade fisiológica e desenvolvimento incompleto da ossatura da pelve feminina e do útero. (Magalhães, 2006)

Planejamento reprodutivo

Planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade.

Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o (a) parceiro (a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos. A partir dessa nova perspectiva.

As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades. (Brasil,2009)

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem: garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica. (Brasil, 2009)

3 Método

Trata-se de um projeto de intervenção com o objetivo de realizar ações educativas para propiciar o conhecimento na prevenção da gravidez na adolescência para os jovens pertencentes à Unidade de Saúde da Família Planalto, do município Oiapoque. O universo está constituído por 100 adolescentes de 14 -19 anos. Antes das ações propostas aplicaremos um questionário para os adolescentes a respeito do tema da sessão e aspectos ligados a gravidez na adolescência. Com este estudo pretendemos aumentar conhecimentos sobre a gravidez na adolescência e fazer mudanças de comportamento dos adolescentes.

3.1 Cenário de intervenção

A intervenção será realizada na UBS Planalto, município Oiapoque, estado Amapá.

3.2 Estratégias e Ações

A primeira etapa será constituída dois grupos com 50 adolescentes entre as idades de 14 -19 anos, aplica-se um questionário para avaliar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre gravidez na adolescência e uso de métodos anticoncepcionais.

A segunda etapa organizaremos uma palestra sobre os métodos anticoncepcionais.

A terceira etapa uma exposição dialogada sobre os riscos e complicações da gravidez nessas idades.

A quarta etapa explicaremos a importância do planejamento familiar e saúde reprodutiva.

Imediatamente será realizada uma avaliação sobre os temas oferecidos.

Uma reunião será realizada com o gestor de saúde para gestão dos equipamentos necessários para fazer a consulta de planejamento reprodutivo, como por exemplo: Folhetos informando sobre os métodos anticoncepcionais,

materiais de consumo como luvas, espéculo, lâminas para coleta de preventivos, assim como programar capacitação do pessoal para o atendimento desta consulta.

3.3 Recursos Necessários

Recursos humanos

Professional Médico, Enfermeira, técnico de enfermagem, ACS, adolescentes

Recursos Materiais

Sala da Unidade Básica de Saúde, papel, canetas, computador, impressora, livros pen drives, grampeador

3.4 Cronograma

Atividades	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017
Ação 1: Criação dos grupos e apresentação do projeto aos adolescentes participantes.	X				
Ação 2: Aplicação do primeiro questionário aos adolescentes participantes	X				
Ação 3: Execução de atividade de palestra sobre os métodos anticoncepcionais		X			
Ação 4: Exposição sobre os riscos e complicações da gravidez na			X		

adolescência					
Ação 5: Importância do planejamento familiar e saúde reprodutiva.				X	
Ação 6: Aplicação do segundo questionário aos adolescentes participantes e avaliação dos resultados				X	
Ação 7: Reunião com gestor de saúde para providenciar equipamentos e materiais para a consulta de planejamento reprodutivo					X

3.5 Resultados Esperados

Estratégia educativa elaborada para diminuir a incidência da gravidez na adolescência na UBS Planalto.

Desenvolvimento da estratégia educativa.

Melhor conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais por parte dos adolescentes.

Aquisição de conhecimento por parte dos adolescentes sobre os riscos e consequências da gravidez na adolescência.

Alcançar a implementação da consulta de planejamento familiar.

4 Referências

Albuquerque C. dos Santos, Telles K. Gravidez na adolescência: Falta de informação. Artigo. Rev. Oficial do Núcleo de Estudos da saúde do adolescente. Vol.6, no 1, Jan/mar.2009

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: M. S., 2009. Caderno de Atenção Básica, n. 26. Série A.2009

Brasil, Ministério de Saúde, Saúde do adolescente e do jovem, Métodos anticoncepcionais Disponível em:< [http://index.php/o-ministerio-portal, saude, gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretariasas/saude-do-adolescente-e-do-jovem](http://index.php/o-ministerio-portal-saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretariasas/saude-do-adolescente-e-do-jovem)>. Acesso em :14 março 2014.

Brasil, Ministério de saúde, Gravidez na adolescência. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2073-gravidez-na-adolescencia/gravidez na adolescência](http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2073-gravidez-na-adolescencia/gravidez-na-adolescencia) >. Acesso em:10 setembro de 2015.

Carreteiro Pantoja F. A Gravidez na adolescência no estado de Amapá um grave problema de saúde pública, IX Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstetrícia e Neonatal. Dezembro 2015

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005

Diniz E. Cerqueira-S.E. Paludo S. Silvia H. Koller SH. Gravidez e aborto na adolescência. Análise contextual de risco e proteção. Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Artigo. 2006.

Hislara Castro, Métodos anticoncepcionais, disponível em:<<http://metodosanticonceptiblesislara.blogspot.com.br/2012/03/importancia-dos-metodos.htm>>. Acesso em: 28 March. 2012

Ibiapina MI, Santos Alves MD, Cunha Vieira NF, da Costa Pinheiro PN, Teixeira Barroso G. Nunez RM, Hernandez B, Garcia C, Gonzales D, Walker D.

Gravidez não desejável nas adolescentes e utilização dos métodos anticoncepcional pós-parto. Saúde Pública Mex.2008

Magalhães, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V. 28, n. 8, p. 446-452, 2006

Ponte Junior GM, Rosemiro G F. Neto X: Gravidez na adolescência no Município de Santana do Acara  Ceara. Brasil. Uma análise das causas e riscos Rev.Electronica de Enfermagem, v.06, n.01,2004

Ribeiro de Assis M, Rangel da Silva L, Moreira P.AM, de Oliveira M.L, Lemos A. Gravidez na adolescência e sua rela o com a pratica de sexo seguro. Artigo. Rev.Enferm. UFPE on line, Recife 7(4):1073-80, abr,2013.

Routi M, Routi A. Sexualidade e gravidez na adolescência. Instituto de Investiga es de Ciências da Saúde. Paraguay: Universidade de Ciências da Saúde, Universidade de Assun o, 2012.

UNICEF (25-2-2011). Situa o mundial da Infância, 2011. Adolescência: Uma fase de oportunidades. Caderno Brasil, acesso em 25-2-2011.

UNICEF, 2011. O direito de ser adolescente. Oportunidade para reduzir vulnerabilidade e superar desigualdades. Brasília, UNICEF, 2011.

Vieira BZ. Gravidez na adolescência. SBPC. Universidade Federal do Ceara.Artigo.2006.

Valdez Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Gravidez na adolescência, incidência, riscos e complica es. Rev Cub Obstet. Ginecol. 2012,28(2).

5. Anexos

Anexo 1

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu _____, concordo em participar na investigação: Intervenção Educativa na prevenção da gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde Planalto, Oiapoque, Amapá, 2017

Assinatura do adolescente

Anexo 2Questionário

Olá você está convidado a participar de um questionário a respeito da gravidez na adolescência.

1). Quantos anos você tem? _____

2.) Quando começou sua primeira relação sexual _____

3). Você deixou de estudar? Se sim, por quê?

4). Você tem filhos? Se sim, quantos?

5). Você recebeu orientações sobre sexo seguro alguma vez? Se sim, quem te orientou? _____

6). Você sabe como evitar a gravidez? Sim _____. Não _____

7). No momento você utiliza métodos contraceptivos?

8). Que métodos contraceptivos você conhece?

9). Você conhece as complicações da gravidez na adolescência?

10). Você tem conhecimento sobre o planejamento familiar?
