

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
MAIRELYS SANTIESTEBAN LEYVA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TITULO: Gravidez na adolescência. Intervenção educativa. PSF Pimental.
Município Tucuruí

TUCURUI-PA

2017

MAIRELYS SANTIESTEBAN LEYVA

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Saúde da Família.
Professor Dr. Fabio Franchi Quagliato.**

TUCURUÍ-PA

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	20
4 VISITA DOMICILIAR	24
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	27
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
7 ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO	32

1 INTRODUÇÃO

Sou a Dra. Mairelys Santiesteban Leyva, de nacionalidade cubana, graduada em Medicina no ano de 2011 na Universidade de Ciências Médicas de La Havana, nesse mesmo ano comecei a Especialização em Medicina Geral, finalizando a mesma no ano de 2013. Tenho seis anos de experiência na Atenção Primária de Saúde, trabalhando como especialista em posto de saúde da família. Desde Julho 2016 integro o programa Mais Médico para o Brasil, no estado do Pará, município de Tucuruí, onde atuo como médica geral há 1ano.

Tucuruí é um município brasileiro do estado do Pará, localizado na microrregião de Tucuruí e na [mesorregião do Sudeste Paraense](#). O município tem uma estimativa populacional de 108.885 habitantes em 2.086 km² de área. 54.257 habitantes são homens e 54.628 habitantes são mulheres. O município conta com uma usina hidrelétrica, a quarta maior e famosa no mundo, (Brasil 2016).

A Rede municipal de saúde está formada por 08 (oito) Centros de Saúde, 01 (um) Pronto Socorro localizado no Hospital Regional de Tucuruí, uma UPA, 01 (um) Hospital Municipal Materno Infantil, 01 (um) Hospital Regional, 01 (um) Centro de Testagem Anônima (CTA), 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 (um) Departamento de Vigilância Sanitária, um Departamento de Vigilância Epidemiológica, um Departamento de Endemias, 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas, 01 (um) Laboratório de Citologia. 07 (sete) laboratórios de análises clínicos, 26 (vinte e seis) estratégias de saúdes, 01 (um) NASF tipo 01 e 01 (um) NASF tipo 02, uma clínica odontológica, 05 (cinco) consultórios odontológicos particulares. Também se encontra integrado na rede, clínicas e laboratórios privados que possuem convênios com: UNIMED, SUS, ASERT, entre outros

O PSF Pimental localizado no mesmo bairro Pimental, atende um total de 900 famílias para uma população de 4.631 habitantes, sendo um total de 2.390 mulheres (51.63%) para 2.241 homens (49.37%) da população. Na área de abrangência tem aproximadamente 787 adolescentes, o que equivale aos 17% da população.

A equipe de saúde esta composta por 01 medica, 03 técnicas de enfermagem, 01 enfermeira, 06 agentes comunitários de saúde, 01 farmacêutica e 01 administrativo.

No território existem 03 escolas, uma funerária, 12 igrejas e um poliesportivo. A população é pobre, com baixo nível sociocultural e econômico. As atividades fundamentais são a agricultura, a pesca e os serviços gerais, as fontes de emprego são baixas e existem muitas pessoas desempregadas e aposentadas.

As maiorias das casas são construídas de madeira e em menor quantidade de tijolo, ainda sem terminar. As estradas são asfaltadas, mas tem ruas que são de terra, perto do rio e as casas ficam em cima do mesmo, em péssimas condições e no período das chuvas ficam quase sem condições de tráfego.

As principais doenças apresentadas na população são as doenças crônicas não transmissíveis como: hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, doenças transmissíveis como: dengue, Zika e parasitismo intestinal, além disso, existe uma alta incidência de outras doenças nutricionais como anemias e dislipidemias

A gravidez na adolescência é um dos principais problemas de saúde que existe em minha área de atuação, e no município, com um total de 335 grávidas adolescentes, porém decidimos fazer um projeto sobre Gravidez na adolescência, (ANNA CUNHA 2016), intitulado de Gravidez na Adolescência, Intervenção educativa - PSF Pimental, Município de Tucuruí, tendo como objetivo programar estratégias educativas na prevenção da gravidez na adolescência, sendo um problema de saúde em todo Brasil, considerando-se um dos fatores de risco para o aparecimento de outras doenças como: Hipertensão associada á gravidez, Diabetes gestacional, parto pré-termino, baixo peso, má formações entre outras. (BRASIL 2013) Sendo uma entidade com possibilidade de prevenção, podendo reduzir as complicações nas adolescentes permitindo fazer uma melhor programação de ações de saúde para abordagem desse problema acerca do assunto, justifica-se o estudo.

2 Estudo de Caso Clínico

ANAMNESE

Identificação

Nome: M.D.F. D

Idade: 16

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio incompleto

Religião: Sem religião

Estado civil: Solteira

Naturalidade: Tucuruí/Pará

Residência Atual: Bairro Pimental

Renda familiar: Baixa

Condições de moradias: Regular

Condições de saneamento: água de poço, coleta de lixo adequada.

Alergia a medicamentos: Sem alergia.

Antecedentes cirúrgicos: Sem Antecedentes.

Unidade de referência: UBS Pimental

QUEIXA PRINCIPAL: Suspeita de gravidez

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (03/03/2017) Paciente adolescente que compareceu ao posto de saúde por suspeita de gravidez, refere que leva três meses sem descer a menstruação, acompanhado de náuseas, vômitos, enjôo a cheiros fortes, sono constante e dor baixo ventre, porém uma amiga lhe aconselha fazer um teste de gravidez que resultou positivo. Inicia-se a atenção pré-natal, seguindo o preconizado nos Cadernos de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco (CAB N° 32, 2013).

ANTECEDENTES PESSOAIS:**Fisiológicos:**

Nascida de parto normal é a terceira filha de 05 filhos;

Telarca 12 anos

Menarca 13 anos

Sexarca 14 anos

História Obstétrica: G1P0 A0.

Ciclo menstrual. Duração 07 dias cada 28 dias.

Uso de anticoncepcional. Ciclo 21 por um ano relata abandono do tratamento porque esquece os comprimidos.

Uso de preservativos: Não

Número de parceiros: 04

Patológicos:

Doenças da infância: Varicela.

Antecedente Cirúrgico: Não

Nega alergia, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e outras doenças.

Medicamentos em uso: Nenhum

Antecedentes Familiares:

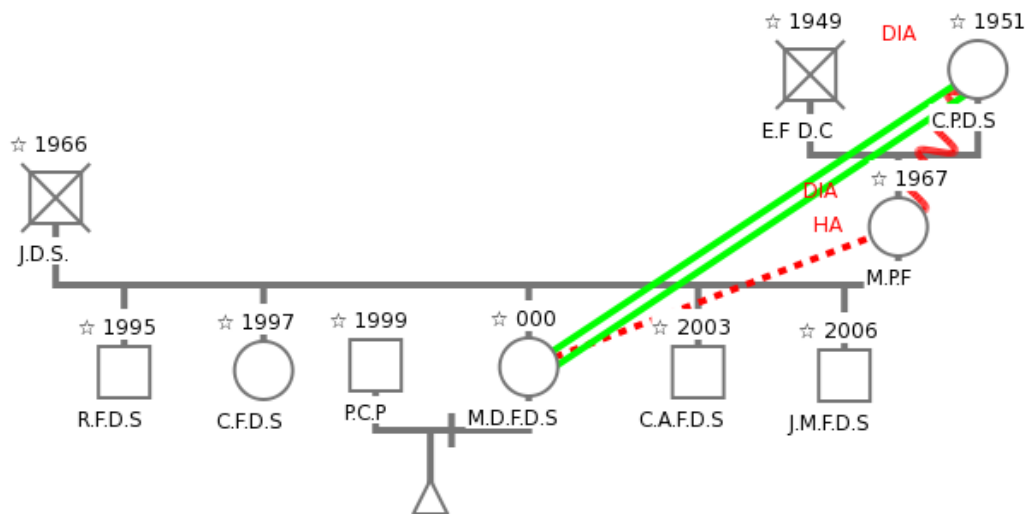
Aos três anos foi morar com a avó materna em Tucuruí

Pai falecido: não sabe causa.

Mãe: HAS e Diabetes Mellitus tipo II;

Avó materna: HAS

GENOGRAMA



Gestação atual:

Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação. 14/11/16

Peso: 58 kg Altura: 160 cm

Sinais e sintomas na gestação em curso. Náusea, enjôo a cheiros fortes, vômitos, fraqueza e tontura

Hábitos alimentares. Excessivo consumo de alimentos não saudáveis

Medicamentos utilizados na gestação. Não refere

Internação durante a gestação atual. Não refere

Hábitos tóxicos. Não refere

Gravidez planejada: Não

Aceitação ou não da gravidez. Ela e a família aceitam a gravidez, mas foi abandonada pelo parceiro.

Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

DUM. 14/11/16

DPP. 21/08/17

IG. 16 sem e 02 dias

Exame Físico.

Avaliação nutricional. Peso: 58 kg Altura: 160 cm IMC. 23.2 (Adequado)

Ganância durante a gestação. 0,4kg/sem

PA. 100/60 mmHg

Temperatura. 36 °C

Pele e Mucosas. Coradas e úmida

TCS. Não infiltrado

Tiróides. Sim alterações

Mamas. Simétricas, sem alterações visíveis nem palpáveis.

Aparelho Respiratório. Ausculta pulmonar normal FR 20 irpm

Aparelho Cardiovascular. Ausculta cardíaca normal FC 76 bpm

Abdome. AU 15 cm. BCF presente DU: 0/10

Extremidades. Sem alteração.

Avaliação Diagnóstica: Gravidez de 16 sem e 02 dias

Adolescente

Plano:

Plano Diagnóstico

Solicito exames complementares:

Hemograma

Tipagem sanguínea e fator Rh

Glicemia de jejum

Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR

Teste rápido diagnóstico anti-HIV

Anti-HIV

Toxoplasmose IgM e IgG

Sorologia para hepatite B (HbsAg)

Exame de urina e urocultura

Ultrassonografia obstétrica

Citopatológico de colo de útero

Exame da secreção vaginal

Parasitológico de fezes

Plano Terapêutico

Orientações gerais

Reeducação alimentar; deve ter não menos de 03 refeições ao dia

Ácido fólico 5mg tomar 01 comp. ao dia até as 20 semanas.

Encaminhamento ao nutricionista

Encaminhamento ao psicólogo

Encaminhamento ao dentista

Encaminhamento á sala de vacina

Voltar para consulta de avaliação

Consulta de avaliação. (11/04/17)

Grávida de 21sem e 02 dias, comparece ao posto para consulta de avaliação. Encontra-se bem, a diminuído os vômitos, nega dor baixo ventre e sangramento vaginal, necessidade fisiológicas normais. Relata que compareceu na consulta com o nutricionista e o dentista. Ficou agendada para a próxima semana a consulta com o psicólogo

Exame físico.

Peso 59 kg PA 90/60 mmHg Altura. 160 cm

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – Não

Ausculta pulmonar – sem alterações

Ausculta cardiovascular- sem alterações

Abdome- AU 20 cm dinâmica uterina 0/10, foco fetal e movimentos fetais apresentem

SNC- sensório livre

Exames.

Hemograma. Hb 10.5 g/dl

Tipagem sanguínea e fator Rh. O positivo

Glicemia de jejum. 75 mg/dl

Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR. Não reativo

Teste rápido diagnóstico anti-HIV. Negativo

Anti-HIV. Negativo

Toxoplasmose. IgM- não reagente IgG- reagente.

Sorologia para hepatite B (HbsAg). Negativo

Exame de urina – Negativo

Urocultura. – não feito porque refere que não tem dinheiro (exame não feito pelo SUS com grandes dificuldade no município, tendo que ser feito particular.)

Exame da secreção vaginal - Negativo

Parasitológico de fezes – Não coletou amostra

Ultrassonografia – foi marcada para o mês próximo

Avaliação Diagnóstica. Grávida de 21sem e 02 dias

Adolescente

Anemia leve

Plano:

Orientações gerais

Fazer ultrassonografia e exames pendentes

Alimentação saudável (abundantes frutas, saladas, carnes vermelhas, ovo de codorna fervida, vísceras, tomar café da manhã, almoço, janta e dois lanches por dia)

Sulfato ferroso tomar 03 comp. ao dia, seguindo o preconizado nos Cadernos de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco (CAB N° 32, 2013), com relação ao tratamento da anemia leve a moderada (Hb 8 g/dl – 11 g/dl) que estabelece a terapia feita com Sulfato Ferroso de 120 MG a 240 MG de ferro Elemental ao dia. Fazer dosagem de Hb entre 30 e 60 dias.

Agendar retorno para 30 dias.

Consulta 03. (16/05/17)

Grávida de 26 sem e 02 dias que compareceu ao posto para acompanhamento pré-natal refere que esta bem, afebril, com bom estado geral, necessidade fisiológicas normais, nega dor em baixo ventre e perda vaginal. Relata que compareceu á consulta com o Psicólogo há aproximadamente 03 semanas atrás e foi ótimo.

Exame físico

Peso 60,2 kg PA 100/60 mmHg Altura 160 cm

Mucosa. Coradas e úmida

Ausculta pulmonar – sem alterações FR 17 irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC 72 bpm

Abdome- AU 25 cm dinâmica uterina 0/10, BCF: 148 bpm, Apresentação cefálica, dorso direito, movimentos fetais presentes.

Edema – Não

SNC- sensório livre

Exames.

Fezes – negativas

Urocultura- negativa

Ultrassonografia. 24/04/17 Feto único, posição longitudinal, dorso direito, Apresentação cefálica, movimentos respiratórios e fetais presentes

Placenta de inserção fundia grau I

LF: 2.7cm DBP: 4.7cm CC: 17 cm CA: 18 cm

Líquido amniótico normal ILA: 10

IG 22 sem e 01dias com variação de mais menos 02 semanas, peso aproximado 500g.

Batimentos cardíacos fetais 152bpm

Avaliação Diagnóstica: Gravidez de 26 sem e 02 dias por DUM.

Gravidez de 25 sem e 02 dias por ultrassonografia

Adolescente

Anemia leve

Plano:

Orientações gerais

Alimentação saudável (abundantes frutas, saladas, carnes vermelhas, ovo de codorna fervida, vísceras, tomar café de manhã, almoço, janta e dois lanches por dia)

Sulfato ferroso tomar 03 comp. ao dia

Indico Hb, teste de tolerância da glicose, VDRL, Anti HIV, Sorologia para hepatite B, EAS e Urocultura, seguindo o preconizado nos Cadernos de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco (CAB N° 32, 2013), para o exame do III trimestre da gestação.

Agendar retorno em 30 dias

Consulta 04 (13/06/17)

Grávida de 30sem e 02 dias que compareceu ao posto para acompanhamento pré-natal refere que esta bem, afebril, com bom estado geral, necessidades fisiológicas normais, nega dor e perda vaginal.

Exame físico.

Peso 62.5 kg PA 110/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – Não

Ausculta pulmonar – sem alterações FR: 18 irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC: 76 bpm

Abdômen- AU 31 cm, dinâmica uterina 0/10, foco fetal presente 150 bpm, cefálico, longitudinal, dorso esquerdo, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Exames complementares

Hb: 11.5 g/dl

TOTG: glicose de jejum: 78mg/dl glicose 2h: 156 mg/dl

VDRL- Não Reagente

Anti HIV- Negativo

Sorologia para hepatite B- foi marcada para a próxima semana

EAS- Negativo

Urocultura- não feita.

Avaliação Diagnostica. Grávida de 30 sem e 02 dias

Adolescente

Plano:

Orientações gerais

Repouso relativo decúbito lateral esquerdo

Alimentação saudável (abundantes frutas, saladas, carnes vermelhas, ovo de codorna fervida, vísceras, tomar café de manhã, almoço, janta e dois merendas por dia)

Sulfato ferroso tomar 01 comp. ao dia

Fazer urocultura indicada

Retorno em 15 dias.

Consulta 05. (27/06/17)

Grávida de 32.2 sem, que compareceu ao posto para acompanhamento pré-natal refere que esta bem, nega corrimento vaginal, dor em baixo ventre e perda de sangue e liquido pela vagina.

Exame físico. Peso 63.3kg PA 90/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – Não

Ausculta pulmonar – sem alterações FR: 17 irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC: 72 bpm

Abdome- AU 31 cm, dinâmica uterina 0/10, foco fetal presente 150bpm, cefálico, dorso esquerdo, longitudinal, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Avaliação Diagnostica: Grávida de 32sem e 02 dias

Adolescente

Exame complementares:

Serologia para hepatites B_ Negativa

Plano:

Orientações gerais

Repouso em decúbito lateral esquerdo

Fazer urocultura indicada

Sulfato ferroso 01 comp. ao dia

Retorno em 15 dias

Consulta 06 18 /07/17

Grávida de 35 sem e 02 dias, compareceu a consulta para continuar acompanhamento pré-natal, nega dor baixo ventre, sangramento e corrimento vaginal. Necessidades fisiológicas normais.

Exame físico.

Peso 64 kg PA 90/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – Não

Ausulta pulmonar – sem alterações FR: 19 irpm

Ausulta cardiovascular- sem alterações FC: 76bpm

Abdome- AU 36 cm, dinâmica uterina 0/10, foco fetal presente 152bcp, cefálico, dorso esquerdo, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Exame complementares pendente:

Urocultura – Negativa

Avaliação Diagnostica: Grávida de 35sem e 02dia

Adolescente

Plano:

Orientações gerais

Repouso em decúbito lateral esquerdo

Sulfato ferroso 01 comp. ao dia

Alimentação saudável

Palestra sobre movimentos fetais e dinâmica uterina

Retorno em 15 dias.

Consulta 07 (01/08/17)

Grávida de 37 sem e 02 dias, compareceu a consulta para continuar acompanhamento pré-natal, nega dor baixo ventre, sangramento e corrimento vaginal. Necessidades fisiológicas normais.

Exame físico:

Peso 64.5 kg PA 110/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – Não

Ausculta pulmonar – sem alterações FR: 18irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC: 76bpm

Abdome- AU 38 cm, dinâmica uterina 0/10, foco fetal presente 150bcp, longitudinal, cefálico, dorso esquerdo, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Avaliação Diagnóstica: Grávida de 37 semanas e 02 dias.

Adolescente

Plano:

Orientações gerais

Repouso decúbito lateral esquerdo

Alimentação saudável

Palestra sobre movimentos fetais e dinâmica uterina

Sulfato ferroso 200mg tomar 01 comp. Dia

Indico exame de Bacterioscopia de secreção vaginal, seguindo o preconizado nos Cadernos de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco (CAB N°32, 2013) estabelece que a partir das 37 semanas deva ser feito.

Minha paciente não tem queixas, mas tendo em conta as evidências científicas disponíveis, o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal.

Retorno semanal

Consulta 08(08/08/17)

Grávida de 38 sem e 02 dias, compareceu a consulta para continuar acompanhamento pré-natal, nega dor baixo ventre, sangramento e corrimento vaginal. Necessidades fisiológicas normais.

Exame físico:

Peso 65.2 kg PA 100/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – infiltrado maleolar leve

Ausculta pulmonar – sem alterações FR19 irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC79 bpm

Abdome- AU 36 cm, dinâmica uterina 0/10, foco fetal presente 154bcp, longitudinal, cefálico, dorso esquerdo, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Exame Complementares:

Bacterioscopia da secreção vaginal – Negativo

Avaliação Diagnóstica: Grávida de 38 sem e 02 dias.

Adolescente.

Plano:

Orientações gerais

Repouso em decúbito lateral esquerdo

Alimentação saudável

Palestra sobre trabalho de parto.

Sulfato ferroso 200mg tomar 01 comp. Dia

Retorno semanal

Consulta 09 17/08/17

Grávida de 39 sem e 04 dias, compareceu ao posto para continuação da consulta pré-natal refere que desde ontem encontra se com muito dor baixo ventre, perda de liquido, nega sangramento, sim outro sintoma.

Exame físico.

Peso 66 kg PA 110/60 mmHg Altura 160

Mucosa. Coradas e úmida

Edema – infiltrado maleolar leve

Ausculta pulmonar – sem alterações FR: 20 irpm

Ausculta cardiovascular- sem alterações FC: 80bpm

Abdome- AU 37 cm, dinâmica uterina 3/10, foco fetal presente 148bcp, cefálico, longitudinal, dorso esquerdo, movimentos fetais presentes.

SNC- sensório livre

Avaliação Diagnostica: Grávida de 39 sem e 04 dias

Adolescente

Plano:

Faço encaminhamento ao hospital materno.

O dia 21 de agosto de 2017 o ACS da área de abrangência informa a equipe de saúde que a paciente encontra-se em casa com seu bebê, que tudo ocorreu bem. Agendo visita domiciliar para o dia 23 de agosto para fazer captação de puerpera e recém nascido e inicio do acompanhamento de Puericultura.

3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O cenário de intervenção é o PSF Pimental, situa-se no bairro Pimental onde se trabalha uma equipe multidisciplinar composta por uma médica, uma enfermeira, 06 agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, três técnicas de enfermagem, uma administradora, uma seladora, os quais trabalharam em conjunto, não possuímos equipe odontológica pelo qual os pacientes precisam ser encaminhados para outros postos com esse tipo de atendimento.

A equipe tem que fazer um trabalho interdisciplinar onde se planeja ações de promoção á saúde, prevenção de agravos, vigilância, tratamento e reabilitação no território através da visita domiciliar, assim como no posto por meio de palestras feitas semanalmente com grupos distintos na sala de espera onde os pacientes ficam aguardando para a consulta.

Darei ênfase no pré- natal programa priorizado na atenção básica que inicia seu atendimento desde o risco pré concepcional, com o objetivo de evitar embarços não desejados fundamentalmente nas adolescentes, com o uso de métodos contraceptivos tendo uma saúde sexual e reprodutiva adequada, com atividades de planejamento familiar. (FEBRASGO. 2009)

É um problema de saúde muito frequente em minha área de abrangência, por esse motivo trabalhamos realizando um conjunto de práticas para promover estratégias de cuidados preventivos e curativos, visando à redução de riscos e patologias gestacionais que podem prejudicar à binômia mãe- filho e colaborando para o nascimento de um feto saudável. (GUIMARÃES 2006)

“Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes.” (23CAP32- pré-natal 2012)

Na prática médica durante minhas consultas de pré-natal, me deparei com muitas mulheres informando que a gravidez não foi planejada e outras que querem engravidar, mas não possuem preparo físico, emocional ou econômico para enfrentar a mesma, pois se tratam de adolescentes. A grande maioria delas precisa de aconselhamento por parte de equipe especializada, que além de programar práticas de planejamento familiar abordando temas como saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos. (FEBRASGO. 2009), possui também uma avaliação pré-concepcional adequada, capaz de evitar embarços não desejados assim como as complicações.

Na atenção pré-natal o mais importante é a continuidade da consulta, assim a equipe trabalha em conjunto para dar orientações à grávida sobre alimentação saudável, importância dos exames, cuidado bucal, prevenção de doenças gestacionais, também é importante a troca de experiências entre elas, sobretudo na sala de espera, para fazer ameno o tempo que aguardam até a consulta. É importante também orientar sobre os riscos da gravidez e suas complicações que impactam na saúde tanto da mãe quanto na saúde do seu bebê, porém todo cuidado é pouco a ser feito.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar que a gravidez tenha um desenvolvimento adequado, permitindo o nascimento de um recém nascido saudável e a mãe não tenha problemas durante o parto, isto se consegue abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. (GUIMARÃES, 2006)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 06 (seis), As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. (BRASIL 2012)

Além da consulta pré-natal e do problema de planejamento familiar identificado na área, é importante abordar sobre o puerpério imediato, mediato e tardio, a importância do aleitamento materno e a consulta de puericultura, orientar e dar palestra sobre o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade, que traz benefícios tanto para a mãe como para o filho e precisa de muita orientação e apoio

familiar, para assim evitar o desmame precoce, sendo este tema abordado desde o início do pré-natal nas consultas e nas visitas domiciliares, sendo importante a integração da família em grupos durante as conversas feitas na UBS. (REA, 2004)

O acolhimento da gestante por parte da equipe da unidade básica de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso, permitindo que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, estabelecendo um âmbito de confiança, os quais geram mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação.

O papel da equipe de atenção básica durante o pré-natal é muito importante, os profissionais devem realizar ações de atenção integral e promoção à saúde, prevenção de agravos e escuta das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e estabelecendo um vínculo. A participação da comunidade é importante para um controle social assim como a participação nas atividades de educação permanente de todos os profissionais da equipe.

Em minha opinião todas as equipes devem estar preparadas para fazer promoção de saúde e prevenção de doenças em especial as de atenção básica que tem um maior contato com a população, pois exercem um importante papel no processo de educação em saúde e traçando estratégias para melhorá-la, cada um tem sua responsabilidade dentro da unidade e atribuições a cumprir, todos com um mesmo objetivo, são muitos as ações a serem feitas pela equipe, em geral para melhorar o atendimento, 03 itens importantes são: Pré-natal, puericultura e saúde mental.

- Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12^a semana de gestação (captação precoce) Quanto mais cedo for iniciado o pré-natal, maiores são as vantagens e a segurança oferecida para a mãe e o filho. (BRASIL 2005)
- Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;

- Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Ampliação dos exames durante o pré-natal;
- Vincular a gestante desde o pré-natal ao hospital onde será realizado o parto;
- Promoção do aleitamento materno até os 06 meses e suplementar até 2 anos de idade;
- Acompanhamento da puerpera e recém nascido após 7 dias de saída do hospital por meio da visita domiciliar;
- Busca ativa de recém nascido e criança com risco e em situação vulnerável;
- Busca ativa de puerpera em situação de risco o em situação vulnerável;
- Garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- Garantir o acesso as vacinas pela gestante e a criança;
- Orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, assim como métodos contraceptivos, realizando atividades educativas individuais e em grupos;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
- Dar apoio á mulher vigiando a saúde mental devido aos transtornos mentais pós-parto
- Encaminhar á mulher a consulta com psicologia;

O atendimento medica em minha unidade de saúde a pacientes com doenças mentais são pouco devido a que são acompanhados no centro de saúde mental de meu município, os mesmo só são consultados para troca de receitas, e aqueles

casos novos são encaminhados, tendo um alto numero de pacientes com síndromes ansioso e estresse, que com uma adequada intervenção às vezes não precisam de medicação nem encaminhamento e são acompanhados por a equipe de saúde.

4 VISITA DOMICILIAR

A visita Domiciliar na atenção primaria de saúde vem evoluindo desde a implantação da Estratégia Saúde da Família feita desde o começo pelos agentes comunitários de saúde principal instrumento de contato com a população, a quantidade de visita varia dependendo das condições de saúde de seus moradores. (Guia de visitas domiciliares 2013)

No PSF Pimental onde atuo a visita domiciliar foi feita aleatória dependendo da demanda dos familiares e dos ACS. Desde há um ano que eu comecei a trabalhar pedi para os Agentes Comunitários de Saúde que são os que maior vinculo têm com a população, fazer um levantamento de todos os pacientes necessitados de visitas domiciliares, com o objetivo de ampliar o acesso de toda a população, fundamentalmente pacientes encamados, idosos com limitações para o acesso ao posto, crianças de riscos, grávidas de risco, puerpera e recém nascido, pacientes faltosos ás consultas e doenças crônicas que precisem de avaliação na casa, (Brasil 2014).

Tendo em conta a data da ultima visita e a prioridade do paciente, fiz um planejamento mensal das visitas, com uma programação de quatro visitas semanais que são feitas em conjunto com o agente comunitário de saúde que atende a área, deixando sempre vagas para alguma incidência e para os pacientes das áreas descobertas que precisem do atendimento.

Existem grupos priorizados como são as grávidas sob todo aquelas faltosas á consultas, indisciplinadas e com risco, as quais têm que ser acompanhadas por médio da visita domiciliar durante todo o pré-natal, realizando atividades de

prevenção e promoção de saúde, com o objetivo de identificar os riscos e fazer as mudanças pertinentes, velando pelo bem estar do binômio mãe-filho.

A visita domiciliar é uma ferramenta muito importante no processo de educação em saúde (SOSSAI; PINTO, 2010), que aumenta o vínculo com o paciente e a família, fortalecendo-se a relação médica - paciente, possibilitando que os profissionais da equipe conheçam as dificuldades e problemas que existem a nível familiar, tendo um maior contato com os cuidadores, permitindo que eles tenham seu espaço para esclarecimento e sanar dúvidas em relação a doenças e conduta.

Durante a visita a equipe realiza um conjunto de ações interdisciplinar no domicílio do usuário/família com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando restabelecer e manter a autonomia do paciente, explicando á família a responsabilidade de cada um, assim como a responsabilidade que tem a equipe de saúde e o cuidador para o doente, além do cuidado básico que a família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário. Também resulta importante orientar ao cuidador que deve compartilhar a responsabilidade do cuidado do doente com a família tanto no ponto financeiro quanto afetivo, pois este labor demanda muito tempo e o cuidador vai deixando sua vida e seus próprios cuidados podendo ficar doente, devido a que é a pessoa com mais responsabilidade dentro de casa, que vela pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, administra medicamentos, ajuda na locomoção e comunica á equipem de saúde as intercorrências. (Drulla, 2009)

A equipe presta atenção também aos cuidadores através da criação de grupos onde se desenvolvem um conjunto de ações com o objetivo de apoiá-los, orientá-los em quanto aos cuidados do paciente, promover o espaço para o compartilhamento de experiências e alívio da sobrecarga desta atividade, assim como tratar o estresse e depressão muito frequentes no cuidador.

Uma dificuldade muito frequente é no caso de paciente acamado que precisam de exames laboratoriais, pois não contamos com os recursos humanos e materiais para a coleta da mostra no domicílio. Outra dificuldade são os usuários que precisam de atendimento com especialistas fora do município, pois geralmente não contam com os recursos financeiros para o deslocamento, e fica muito tempo aguardando pela

ajuda do município. Nestes casos resulta benéfico à Telessaúde com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica e ampliar a capacidade resolutiva evitando encaminhamentos desnecessários. (Programa Nacional de Telessaúde, 2015, p.7).

Muitas vezes as visitas domiciliares se tornam desgastantes para os profissionais quando percebemos que os pacientes e seus familiares não seguem as orientações de forma adequada tentando transferir a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais e negligenciando sua própria responsabilidade (Brasil, 2012), constituindo um logro em minha equipe de saúde que os usuários e seus familiares fizeram corretamente o indicado pela médica, outro logro foi à diminuição da visita domiciliar desnecessária e assim evitar as queixas dos pacientes por a demora no atendimento.

De modo geral as visitas são gratificantes quando percebo que as orientações e intervenções surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida desta população que exige uma atenção diferenciada.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante minha trajetória no curso de especialização em saúde posso dizer que tive um bom aproveitamento dos conteúdos e com eles aperfeiçoei minhas habilidades, através das aulas, artigos e atividades dos módulos, atualizei meus conhecimentos sobre os protocolos permitindo-me colocar em prática durante meu trabalho no PSF.

Este curso foi muito importante para fazer mudanças na minha vida profissional, fundamentalmente nas questões de organização e planejamento de ações, participação nas reuniões da equipe (Barros Marize, 2007), ajudo-me a melhorar a conduta e seguimento de pacientes com doenças crônicas (CAB No. 35, Brasília, 2014) e ter um maior controle com as grávidas (CAB No. 32, Brasília, 2012) e crianças (CAB No. 33, Brasília, 2012)

Tendo em conta que a estratégia de saúde da família é a porta de entrada do sistema de saúde, o primordial é fazer medicina preventiva através de atividades de prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação, eu realizei uma mudança muito importante com relação ao acesso dos pacientes aos serviços da UBS (PMAQ, BRASIL, 2011), estabelecendo um atendimento programado para as consultas de criança, pré-natal, saúde da mulher, Hipertensão e visita domiciliar (CAB No 28, 2013) e de agendamento através do sistema de acesso avançado para a demanda espontânea, com o objetivo de melhorar o acesso das pessoas aos cuidados em saúde, aumentar o número de atendimentos médicos da população, diminuir o número de faltas às consultas e o tempo de espera por uma consulta médica (BARROS, 2014). Esta organização facilitou meu trabalho, pois agora a população sabe o dia de cada grupo e não se limita à demanda espontânea.

Quando comecei a trabalhar no PSF faz um ano, percebo que os prontuários não registravam muitas informações dos pacientes, pois os médicos só refletiram as queixas principais e a conduta de forma simplificada, agora seguindo o modelo SOAP logrei coletar mais informações, relatei uma lista de problemas e conduta para cada problema e assim ter um seguimento longitudinal do caso. (QUEIROZ, 2009)

Com relação ao atendimento dos adolescentes, fiz um projeto de intervenção educativa com o tema gravidez na adolescência com o objetivo de diminuir a mesma nesta faixa etária, através da criação de grupos de adolescentes e a articulação de ações de promoção e educação de saúde, que ajudaram a elevar o nível de conhecimento em quanto a métodos anticonceptivos e os riscos da concepção em idades precoces. (Outros Anexos)

A pós-graduação em Especialização em Saúde da família que estou cursando está me ajudando no meu crescimento profissional no dia a dia, nas minhas condutas, nos meus atendimentos com meus pacientes e formando vínculos com a equipe de saúde e a população da área de abrangência. Foram etapas muito interessantes e bem colocadas de situações vivenciadas nas unidades de saúde.

Nesse sentido minha mudança foi evidente e reflito que este curso é importante no crescimento profissional, pois, a capacitação dos profissionais da saúde deve ser uma prioridade dentre das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANNA CUNHA. Programa para juventude do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)2016.

BRASIL. Tucuruí Wikipédia, a enciclopédia livre. Brasil 2016. Disponível em: <
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Tucuruí>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á saúde, Departamento de atenção básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**, Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília DF 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA**. Queixas mais comuns na Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, Volume II. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília – DF. 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. Cadernos de Atenção Básica, n.321ª edição revista. Brasília – DF. 2013.

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 – DF. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de

Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos da Atenção Básica, n 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Diabetes Mellitus**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos da Atenção Básica, n 36. Brasil DF 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e Humanizada / Manual técnico/Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Atenção Básica, **Captção Precoce** de Gestantes/comunidades de práticas. 2010. Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/.../captacao-precoce-de-gestante>>

BRASIL. Diretrizes da Assistência, **Pré-natal de baixo risco**. Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura Municipal de Tucuruí, 2015.

BARROS de Souza Araújo Marize, Paulo de Medeiros Rocha et al. Trabalho em equipe: **um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família Ciência e saúde Coletiva**, vol.12, No2, março-abril, 2007, associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva Brasil.Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/630/63012219.pdf>.>

BARROS Vidal TIAGO, **Acesso Avançado**, Uma nova maneira de organizar a Agenda e o Atendimento da Demanda Espontânea, Brasil 2014.

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I; MAZZA, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare 2009.

FEBRASGO, Manual de anticoncepção, **Métodos Anticonceptivos**. Criticare-saúde. Disponível em: <<https://criticare.saude.com.br/> de MEH Poli - 2009.

GUIMARÃES, F. S.; PRATES, C. S. Consulta ao binômio mãe-filho. Revista Logos, Canoas, 2006.

[Guia de visitas domiciliares - Ministério de Salud Publica y Bienestar...
www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/.../Guia DE VISITA DOMICILIARIAS.pdf](http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/.../Guia DE VISITA DOMICILIARIAS.pdf)

PROGRAMA NACIONAL *TELESSAÚDE* BRASIL REDES. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde**. Brasília MANUAL INSTRUTIVO –Brasília-DF. 2015.

PROGRAMA NACIONAL. Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ (BRASIL, 2011b)

QUEIROZ João Maria. SOAP Revisitado. Rev. Port. Clin Geral 2009; 25(2): 221-7.

REA, MF Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Ministério da Saúde, Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº5(Supl.), 2004.

SEDICIAS Sheila, Como tratar a anemia na gravidez/ Tua Saúde /**Anemia Na Gravidez**. Brasil 20016. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/anemia-na-gravidez>>.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A **visita domiciliária**: fragilidades x potencialidades. Ciências & Cuidados da Saúde, 2010.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL RIO GRANDE DO SUL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**TITULO: Gravidez na adolescência. Intervenção educativa. PSF Pimental.
Município Tucuruí**

Dra. Mairelys Santiesteban Leyva.

TUCURUI-PA

2017

Mirelys Santiesteban Leyva

**Gravidez na adolescência. Intervenção educativa. PSF Pimental. Município
Tucuruí**

**Projeto de intervenção apresentado ao curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.**

Universidade Federal Rio Grande Do Sul.

Orientadora: Prof. Daniel Demetrio

PARÀ

2017

RESUMO

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública que deve ser abordado de forma abrangente e na cidade de Tucuruí requer a tomada de medidas preventivas. Já que existe uma prevalência e incidência de gravidez na adolescência o universo foi de 335 adolescentes, o objetivo deste trabalho é identificar e modificar o conhecimento dos adolescentes sobre o risco de gravidez na adolescência, de relações sexuais iniciadas precocemente e avaliar o conhecimento de uso de métodos de planejamento familiar, Na área de abrangência onde atuo temos cadastradas um total de 45 grávidas delas 17 são adolescente, muitas com uma gravidez não planejada, sendo uns dos principais problemas devidos que a gravidez na adolescência é considerada uma gravidez de risco, pois o corpo da menina ainda não está completamente formado para a maternidade e seu sistema emocional fica muito abalado, esta intervenção foi feita com o objetivo de diminuir a gravidez na adolescência e aumentar o conhecimentos dos adolescentes sob sexualidade protegida e o risco de gravidez esperado como resultado, vamos trabalhar com uma mostra de 196 adolescente do sexo feminina de um total 1086.

Palavras-chave: Adolescente; Gravidez..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. PROBLEMA	10
3. JUSTIFICATIVA	10
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVOS GERAIS.....	11
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
5. REVISÃO DA LITERATURA	12
5.1. ADOLESCÊNCIA.....	12
5.2. GRAVIDEZ.....	12
5.3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	12
5.4. CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	13
6. METODOLOGIA	14
7. CRONOGRAMA	15
8. RECURSOS NECESSÁRIOS	15
9. RESULTADOS ESPERADOS	16
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
11. Anexo	19

1. INTRODUÇÃO

Tucuruí é um município brasileiro do estado do Pará. Localiza-se na microrregião de Tucuruí e na [Mesorregião do Sudeste Paraense](#).

O município tem uma estimativa populacional de 108885 habitantes em 2086 km² de área. 54257 habitantes são homens e 54628 habitantes são mulheres. Da população total em 2010, 21496 habitantes (19,7%) tinham idades compreendidas entre 10 e 19 anos, sendo que a esperança de vida ao nascer era de 76,9 anos e a taxa de fecundidade total 27576 por mulher era de 1,9. A Rede municipal está formada por: 08 (oito) Centros de Saúde, 02 Prontos Socorros; 10 (dez) Postos de Saúde da Família, 01 (um) Hospital Municipal, 01 (um) Centro de Testagem Anônima – CTA, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 01 (um) Departamento de Vigilância Sanitária, 01 (um) Departamento de Vigilância Epidemiológica, 01 (um) Departamento de Endemias, 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas, 01 (um) Laboratório de Citologia. 07 (sete) laboratórios de análises clínicas, 16 (dezesesseis) estratégias de saúde, 01 núcleo do NASF, 01 (uma) clínica odontológica, 05 (cinco) consultórios odontológicos particulares. Alguns dos hospitais e laboratórios privados possuem convênios com: UNIMED, SUS, ASERT, entre outros. No total Tucuruí possui 49 estabelecimentos de saúde entre públicos e particulares, destes 29 atendem pelo SUS. Possui 307 leitos, sendo 237 públicos e 70 particulares, destes 20 atendem também pelo SUS.

A adolescência é uma fase confusa, caracterizada por incertezas, modificações corporais e psicológicas intensas e maior exposição de idéias contrárias àquelas impostas pela sociedade, ou até mesmo pelos pais. (CURRIE et al., 2012).

A busca pela liberdade e independência do autoritarismo familiar, rebeldia, conflitos na própria aceitação e no círculo de amigos, descobertas, criação de uma identidade ao se unir e se inserir a um grupo social, tudo isso contribui para o amadurecimento do ser humano.

A adolescência compreende as seguintes faixas etárias: 15 a 24 de acordo com a **ONU** (Organização das Nações Unidas), 10 a 20 para a **OMS** (Organização Mundial da Saúde) e 11 aos 18 para o **ECA** (Estatuto da Criança e do Adolescente).

A transição da infância para a fase adulta é desencadeada por meio de algumas transformações, inclusive as fisiológicas. O desenvolvimento desenfreado de hormônios, característico dessa etapa da vida, marca o início da puberdade, que implica em alterações tanto no corpo feminino, quanto no masculino. (Patta MC 2000)

A gravidez na adolescência tem sido considerada um grave problema de saúde pública, (Oliveira-Monteiro2010) sendo mais evidente no resultado negativo nos países em desenvolvimento com sistemas de saúde que não têm cobertura universal para a prestação de serviços de saúde, especialmente em populações pobres e rurais, adicionados a baixa escolaridade, falta de emprego, entre outros, onde a primeira relação sexual ocorre em idade precoce. Sendo decisiva para a deterioração da saúde pública e, conseqüentemente, uma maior incidência de gravidez na adolescência.

De acordo com dados oficiais: (IBGE RIO 2001).

- O 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil.
- Cerca de 20% das crianças nascidas vivas em 2010 no Brasil são filhas e filhas de mulheres de 19 anos ou menos.
- Em 2009, 2,8% das adolescentes de 12 a 17 anos possuíam 1 filho ou mais.
- Em 2010, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho (em 2000, o índice para essa faixa etária era de 15%)

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta dada às características do contexto de desenvolvimento brasileiro, (Yazlle MEHD 2002), sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes). Muitas gravidezes de adolescentes e jovens não foram planejadas e são

indesejadas; inúmeros casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntaria ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

Dados de BRASIL 2011 mostram que o país teve 2.913.160 nascimentos, sendo 533.103 nascidos de meninas com idade entre 15 e 19 anos e 27.785 nascidos de meninas de 10 e 14 anos. **Vale salientar ainda que cerca de 30% das meninas que engravidam na adolescência acabam tendo outro filho no primeiro ano pós-parto.**

Apesar do que muitos pensam, os adolescentes dos dias atuais possuem, sim, conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivos (Carmen Barroso 2016), uma vez que informações são fornecidas nas escolas, televisão e até mesmo pela internet. Entretanto, **a maioria não sabe prevenir-se de forma adequada**, não compreendendo o funcionamento de cada método, utilizando-o de maneira errônea ou, simplesmente, abandonando seu uso por questões pessoais. Além disso, entre os adolescentes, é comum o pensamento de que uma gestação nunca aconteceria com eles. Esse **pensamento imaturo** também contribui para a não adesão de métodos contraceptivos.

Muitas pessoas acreditam que o problema da gravidez na adolescência está exclusivamente no fato de muitas mães e pais nessa idade **não apresentarem maturidade e renda suficiente** para criar uma nova vida. Entretanto, **o problema vai além dos fatores psicológicos e econômicos.**

Cerca de 1,1 milhões de adolescentes engravidam por ano no Brasil e esse número continua crescendo. Hoje, 65% das mulheres grávidas têm menos de 20 anos, segundo dados fornecidos pelo Hospital São Paulo, em estudo realizado entre 1996 e 1998.

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, (UNFPA 2010) com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. A

maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade. Por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos.

Entre as jovens que optam por ter o bebê, 84% têm de 16 a 17 anos, como mostram dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de TUCURUI. Um número importante delas (68%) teve parto normal.

Dados do Ministério da Saúde mostraram um total de 274 mortes relacionadas com a gravidez em adolescentes em 2004. **Essas mortes, além das causas obstétricas, podem estar relacionadas com a tentativa de aborto, comum em adolescentes grávidas.** Além da morte das mães, observa-se que a morte infantil é maior em crianças nascidas de adolescentes com menos de 15 anos, quando comparadas com as mulheres com idade entre 25 e 29 anos.

A mulher grávida precocemente pode apresentar sérios problemas durante a gestação, inclusive risco de morte. (MAGALHÃES 2006), Entre os fatores biológicos que merecem destaque, podemos citar os riscos de prematuridade do bebê e baixo peso, morte pré-natal, anemia, aborto natural, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, risco de ruptura do colo do útero e depressão pós-parto.

Apesar de todos os riscos, é fundamental informar que a maioria dos problemas decorrentes da gestação em mulheres muito jovens **poderia ser evitada com um pré-natal eficiente.** Entretanto, pesquisas descrevem que mulheres que engravidam muito novas geralmente tentam esconder a gravidez e simplesmente não realizam o pré-natal no momento adequado

E ainda existe o risco e a dificuldade durante o parto, por se tratar de uma **estrutura óssea infantil** e ainda não desenvolvida completamente, pode impossibilitar a passagem do bebê no canal vaginal, tendo que apelar para uma cesárea de emergência.

No geral os principais fatores que serão prejudicados na vida dos adolescentes seguem estudos realizados em município de TUCURUI é que quando ocorre à gravidez na adolescência, **alguns deixam de estudar**, outros acabam sendo

forçados a ter um relacionamento mais serio devido à responsabilidade, outros já optam em abortar e alguns casos até em abandonar o bebê, mas 90% dos casos **sobram para os avôs cuidarem e assumirem** uma responsabilidade que não é deles, enquanto os pais adolescentes ainda querem curtir a vida e viver normalmente como se nada tivesse ocorrido.

As complicações psicossociais relacionadas à gravidez na adolescência são, em geral, mais importantes que as complicações físicas. Entre os fatos que devem ser levados em consideração, inclusive pela equipe que faz o pré-natal, estão: o abandono do lar dos pais pelas adolescentes, o abandono pelo pai da criança, a opressão e a discriminação social, empregos menos remunerados, a dependência financeira dos pais por mais tempo.

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.

Na área de abrangência onde atuo temos cadastradas um total de 45 grávidas delas 17 são adolescente, muitas com uma gravidez não planejada, sendo uns dos principais problemas devidos que a gravidez na adolescência é considerada uma gravidez de risco, pois o corpo da menina ainda não está completamente formado para a maternidade e o seu sistema emocional fica muito abalado.

As causas mais prováveis para a gravidez em adolescentes são:

- Início sexual precoce
- Falta de comunicação em casa
- Estrutura familiar
- Questões psicológicas
- Maior exposição à banalização sexual
- Influência de amigos e conteúdos midiáticos
- Falta de informação a respeito dos métodos contraceptivos
- Inconseqüência e violência sexual

2. PROBLEMA

Á gravidez na adolescência constitui um problema de saúde no Brasil, considerando-se um dos fatores de risco para o aparecimento de outras doenças como é Hipertensão associada á gravidez, Diabetes gestacional, parto pré-termino, baixo peso, malformações entre outras. Sendo seu controle muito importante para evitar complicações. No município Tucuruí existe uma alta incidência de gravidez na adolescência, tendo aproximadamente um total de 335.

3. JUSTIFICATIVA:

Através das consultas pode ser observar a quantidade de grávidas adolescentes e avaliar os fatores que incidem em sua aparição, para fazer ações de saúde para lograr uma diminuição da gravidez na adolescência e evitar complicações para a mãe, filho e a família.

Sendo uma entidade com possibilidade de prevenção e que pode reduzir as complicações nas adolescentes permitindo fazer uma melhor programação de ações de saúde para abordagem desse problema acerca do assunto justifica se o estúdio.

É necessário realizar uma intervenção de educação em saúde pela equipe de saúde, e que as ações não fiquem limitadas ao âmbito da unidade de saúde, mas também expandam os esforços de prevenção da gravidez na adolescência e planejamento familiar com conhecimento de métodos contraceptivos para a comunidade com os pais e adolescentes.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral:

Implementar estratégia educativa na prevenção da gravidez na adolescência no PSF Pimental do município Tucuruí.

4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os adolescentes participantes sociodemograficamente.
- Identificar os pontos de vista dos adolescentes em relação à gravidez e suas complicações.
- Determinar o conhecimento de métodos contraceptivos antes e depois da intervenção educativa.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Adolescência.

A adolescência é uma fase da vida que tem características próprias, marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com mudanças físicas e emocionais, ampliação no campo da socialização, uma evolução não linear de experiências e autonomia, inclusive no campo da sexualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), os limites etários que definem esta fase são 10 e 19 anos (CURRIE et al., 2012). A adolescência compreende as seguintes faixas etárias: 15 a 24 de acordo com a ONU (Organização das Nações Unidas), 10 a 20 para a OMS (Organização Mundial da Saúde) e 11 aos 18 para a ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Embora a adolescência tenha características específicas e marcas que a distinguem, ela é vivenciada de formas diferenciadas por cada sujeito, (Moreira 2013) em cada sociedade, num determinado tempo histórico, em cada grupo social e cultural. Portanto, a adolescência exige um olhar específico para as suas particularidades (CAMPOS, 2013).

5.2. Gravidez.

A gravidez é o período que começa na concepção e vai até o nascimento, sendo um fato comum para a proliferação das espécies no planeta Terra. Entre os animais, o processo nada mais é do que a reprodução da espécie, mas, entre os seres humanos, trata-se de uma condição que envolve muito mais o lado social, podendo ser um momento mágico para quem deseja ter um filho ou um desafio para quem se arrisca a engravidar em períodos mais críticos da vida.

5.3. Gravidez na adolescência

Gravidez na adolescência, quando ocorrem juntas, pode ter conseqüências graves para todas as famílias, mas especialmente para os adolescentes que participam porque envolvem crises e conflitos. (MAGALHÃES 2006). O que acontece é que esses jovens não estão preparados emocionalmente e financeiramente para assumir esta responsabilidade, mesmo fazendo com que muitos adolescentes saiam de

casa, fazem abortos e deixam a escola ou deixam as crianças sem saber o que fazer ou tentam fugir da realidade. (Malta D C, 2011)

Para Silva e Ponte Junior o início da atividade sexual está relacionado ao contexto familiar, adolescentes que iniciam a atividade sexual precoce e engravidam na maioria dos casos, tem a mesma história dos pais.

Érico Tavares, em pesquisa, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (Brasil 2010) divulgou dados sobre gravidez na adolescência e comentou fatores que contribuem para estes números expressivos. O alto índice está na faixa etária entre 15 e 19 anos, com mais de 400 mil casos registrados.

Nas duas últimas décadas, a incidência de casos tem aumentado significativamente e ao mesmo tempo, tem diminuído a média de idade das adolescentes grávidas. Quando uma adolescente engravida, geralmente ela se vê numa situação não planejada e até mesmo indesejada. Na maioria das vezes, a gravidez na adolescência ocorre entre a primeira e a quinta relação sexual (UNFPA 2010)

5.4. Causa de gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência pode ter diversas causas. Algumas meninas relatam, inclusive, que a gravidez foi desejada. Entretanto, independentemente das causas e desejos de cada adolescente, fato é que a gravidez precoce é um problema de saúde pública (Oliveira-Monteiro2010), uma vez que **causa riscos à saúde da mãe do bebê e tem impacto socioeconômico**, pois muitas das grávidas abandonam os estudos e apresentam maior dificuldade para conseguir emprego, **não** possuem conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivo (Carmen Barroso 2016), não tem uma adequada relação com os pais, ocorre com maior frequência em pessoas com baixa escolaridade, **e pouca perspectiva de futuro**. Diversos estudos comprovam essa relação, inclusive dados governamentais. (UNFPA), Anna Cunha.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto Intervenção, dirigida aos adolescentes da área de abrangência do ESF Pimental com o objetivo de diminuir a incidência de gravidez nesta idade.

O trabalho será desenvolvido no ano 2017 com a participação de um medico do programa Mais Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais convidados.

A capacitação aos adolescentes tratará sobre temas de educação sexual, uso de métodos anticoncepcionais e as complicações que a gestação pode trazer para a criança e para a mãe e quais são os fatores que levam a que a gestação em adolescentes seja uma problemática cada vez mais freqüente, prevenção de gestação e as dificuldades pelas quais as adolescentes passam quando tem uma gravidez, sexualidade na adolescência.

A ESF facilitará a participação das adolescentes em consultas de grupo. Para isto será feito um grupo de adolescentes onde serão feitas reuniões sobre educação sexual e também será prescrita anticoncepcional e desenvolvida abordagem familiar.

Será necessária a identificação de adolescentes e gestantes, presentes e cadastrados na ESF, para assim, direcionar as ações preventivas. Isto será feito através da abordagem no momento da visita domiciliar, atendimento em consulta ou acolhimento na unidade de saúde.

As adolescentes identificadas serão convocadas para uma consulta na ESF para descrição rápida do objetivo e da importância do projeto de intervenção sendo convidadas para comporem o grupo. Agendando consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica e monitoramento dos fatores de risco.

Serão realizadas reuniões mensais na ESF, nas quais será discutido um tema relacionado à gravidez na adolescência, de acordo com o profissional selecionado para a data.

7. CRONOGRAMA

Procedimentos	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17
Revisão da literatura e busca da informação no SIAB	X					
Reunião da equipe mensal	X	X	X	X	X	X
Realizar consultas individuais		X				
Criação de grupos de adolescente		X				
Monitorar o nível de informação sob sexualidade e métodos anticoncepcionais		X				X
Execução do plano de intervenção			X	X	X	
Análise dos resultados						X
Avaliação do projeto pela equipe						X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- ❖ UBS Pimental
- ❖ Prontuários dos pacientes
- ❖ Equipamento de multimídia
- ❖ Computador
- ❖ Preservativos, anticoncepcionais e outros métodos anticoncepcionais
- ❖ Panfletagem
- ❖ Canetas
- ❖ Folhas
- ❖ Pasta de arquivo do planejamento das atividades
- ❖ Profissionais da equipe

9. RESULTADOS ESPERADOS

- ❖ Melhorar o nível de conhecimentos dos adolescentes em relação à sexualidade
- ❖ Reduzir o número de gestantes adolescentes e suas conseqüências
- ❖ Atuar sobre os fatores que levam a sua repetição.
- ❖ Monitorar o nível de informações relacionadas com sexualidade e métodos anticoncepcionais por parte dos adolescentes.
- ❖ Melhorar as informações fornecidas e sanar duvida dos adolescentes
- ❖ Compartilhar experiências vivencia e conhecimento através das atividades educativas
- ❖ Estimular a responsabilidade de cada adolescente sobre o uso de métodos contraceptivos
- ❖ Sensibilizar aos adolescentes sob os riscos e conseqüências de uma gravidez precoce.
- ❖ Melhorar a oferta de contraceptivos por parte da gestão da saúde
- ❖ Sensibilizar aos Paes e família em relação á importância da comunicação com seus filhos.
- ❖ Estimular o trabalho multidisciplinar da equipe

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANNA CUNHA. Programa para juventude do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO e UNICEF. Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/visao.Sem?Id>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação de atenção básica: SIAB. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação de atenção básica: SIAB. Brasília, DF, 2009b.

CAMPOS, M. ET al. Contextual fatos associated with sexual behavioramong Brazilian adolescents. Annals of Epidemiology, Amsterdam: Elsevier; Raleigh [Estados Unidos]: American College of Epidemiology - ACE, 2013.

CURRIE, C. et al. (Ed.). Social determinants of health and well-beingamong Young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international reportfromthe 2009/2010 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO; Edinburg: University of Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit - CAHRU, 2012.

GUIJARRO S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blum RW. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and the irfamilies in Ecuador. J Adolesc Health. 1999; 25(2): 166-72.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro; 2001.

MOREIRA RM, Teixeira SCR, Teixeira JRB, Camargo CL, Boery RNSO. Adolescência e sexualidade: uma reflexão com enfoque bioético. Adolesc Saúde. 2013.

MALTA DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a pesquisa nacional de saúde dos escolares. Rev. Bras Epidemiol. 2011.

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.

OLIVEIRA MONTEIRO NR. Percursos da Gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação. Psicol. Reflex. Crít. 2010; 23(2): 278-88
Patta MC, Borsatto PL. Características do comportamento sexual de adolescentes grávidas. In: Gir E, Yazlle MEHD, Cassiani SHB, Caliri MHL, organizadores. Sexualidade em temas. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2000.

PINTO MB, Santos NCCB, Albuquerque AM, Ramalho MNA, Torquato IMB. Educação em saúde para adolescentes de uma escola municipal: a sexualidade em questão. Cienc Cuid Saude. 2013.

PORTELA NLC, Albuquerque LPA. Adolescência: fontes de informações sobre métodos contraceptivos. Ver Enferm UFPI. 2014; 3(1): 93-9.

SILVA ACS, Moreira RM, Teixeira JRB, Sales ZN, Boery EN, Nery VAS. Assistência integral à saúde do adolescente no Brasil: uma revisão de literatura. Ver Bras Cien Saúde. 2013; 11(38): 57-63.

SILVA JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. Rev. Bras Ginecol. Obstet. 2012; 34(8): 347-50.

Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Azevedo GD, Marcolin AC. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002

11. ANEXOS

Tabela 1. Procedência dos adolescentes

Procedência	Masculino		Feminina		Total	
	No	%	No	%	No	%
Urbana						
Rural						
Total						

Tabela 2. Faixas etárias.

Faixa etária	Masculino		Feminina		Total	
	No	%	No	%	No	%
11 a 14						
15 a 19						
Total						

Tabela 3. Início da vida sexual na adolescência

Início da vida sexual na adolescência	Masculino		Feminina		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sim						
Não						
Total						

Tabela 4. Idade de início das relações sexuais

Idade de início das relações sexuais	Masculino		Feminina		Total	
	No	%	No	%	No	%

11 a 14						
15 a 19						
Ainda não						
Total						

Tabela 5. A História da gravidez das adolescentes

Faixa etária	A história da gravidez			
	Primeira	Segunda	Terceira	Nenhum
11 a 14				
15 a 19				
Total				

Tabela 6. Conhecimento dos adolescentes sobre riscos da gravidez precoce.

Conhecimento sobre risco da gravidez precoce	Anterior da Intervenção				Após da intervenção			
	Masculino		Feminina		Masculino		Feminina	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sim								
Não								
Total								

Tabela 7 Conhecimentos dos adolescentes sobre métodos contraceptivos.

Contracepção conhecido	Antes á intervenção		Após da intervenção	
	Masculino		Feminina	
	No	%	No	%
Pílulas mensais				
Injetável mensal				
Injetável x3mes				

Preservativo (camisinha)				
DIU (T de Cobre)				
Método de emergência				
Total				