

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

DRA. ANISLEIDYS CABALLERO VALDEMIRA
PROFESSOR ORIENTADOR: MÁRCIO DE SÁ ARAÚJO MARTINS
MARCOLINO

PORTFÓLIO FINAL

PORTO ALEGRE
2018

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Estudo De Caso Clínico.....	5
3. Promoção De Saúde e Prevenção De Doenças.....	10
4. Visita Domiciliar.....	13
5. Reflexão Conclusiva.....	15
6. Referências.....	16
ANEXO I – Projeto De Intervenção.....	18

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Anisleidys Caballero Valdemira, tenho 37 anos, de nacionalidade cubana. Tenho formação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas Doutor Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta da província Las Tunas, Cuba, ano 2003. Atuei na área da Atenção Básica desde a minha graduação na Policlínica Mario Pozo Ochoa, município Jesús Menéndez, Las Tunas.

Sou especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 2006. Trabalhei na República Bolivariana de Venezuela desde o ano 2009 até 2013 no Programa Bairro Adentro. Em julho de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e desde então atuo no município de Boa Vista do Buricá, RS há cerca de um ano e dois meses.

O município de Boa Vista do Buricá se estende por 108,732 Km² e conta com 6.822 habitantes (IBGE/2016), tendo no setor da agricultura, suinocultura, lácteo, têxtil, metal mecânica de pequeno porte e no comércio de pneus seus setores predominantes.

Exerço minha função como médica da Atenção Primária da Saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) João de Barro, localizada na Rua João de Barro, cuja área de abrangência atende uma população estimada de 2300 habitantes. O território adscrito à UBS compreende cinco micro áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico e ausência de saneamento básico adequado. Há quatro igrejas católicas, três igrejas evangélicas, duas escolas públicas, uma quadra de esporte e uma creche.

A minha equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um odontólogo, um pediatra, uma ginecologista e um NASF tipo três.

As doenças prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 (DM) descompensadas e suas complicações, dislipidemias, lombalgia, artrose primária generalizada, doenças de saúde mental e infecções respiratórias agudas.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre gravidez na adolescência com o título: “Gravidez na adolescência: como diminuir a prevalência de gravidez nas adolescentes numa Unidade Básica de Saúde, município Boa Vista do Buricá, RS”. (Vide Anexo 1).

Este projeto foi realizado com a proposta de proporcionar informações as adolescentes visando à prevenção da gravidez, discutir temáticas relacionadas com a sexualidade, conhecimento do corpo humano, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

A escolha desta temática foi relevante devido à elevada prevalência de gravidez nas adolescentes no território da equipe. A metodologia foi através da seleção das adolescentes nas consultas ou visitas domiciliares e as escolas que aceitarem participar e assinarem o modelo de consentimento informado expressando a disposição de participar na investigação.

2. CASO CLÍNICO

ESF João de Barro

Primeira consulta médica

Nome da paciente: CMR.

Idade: 42 anos.

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensino Médio.

Profissão: Doméstica.

Religião: Sem religião.

Estado Civil: Casada.

Número de filhos: 01.

Método anticonceptivo em uso: DIU.

Medicação em uso: Não refere.

Histórico pessoal de doenças: Não refere.

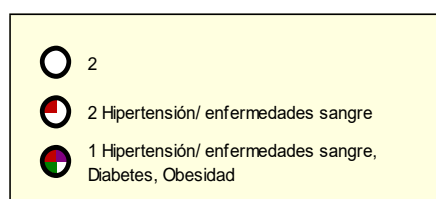
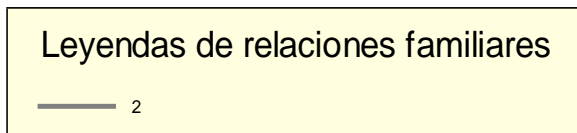
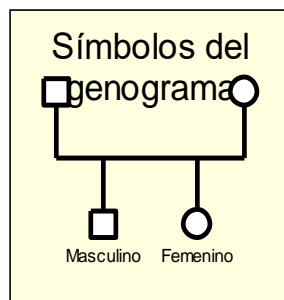
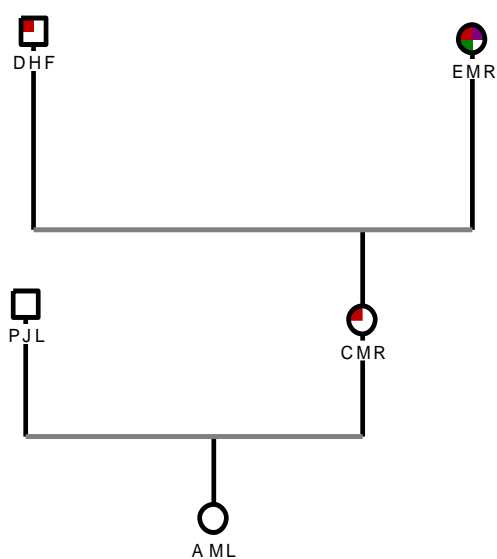
Histórico familiar de doenças: Mãe: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, obesidade.

Pai: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Alergia a medicamentos: Não refere.

Histórico pessoal de cirurgia: Não refere.

Histórico pessoal de traumatismos: Não refere.



Paciente feminino, 42 anos de idade, com histórico pessoal de doenças negativo, refere que faz alguns dias começou a apresentar tonturas, dor de cabeça, visão turva e palpitações, está um pouco nervosa, pois refere que seus pais sofrem de pressão alta e diabetes e ela está com medo de ter essas doenças; refere que ela quase nunca está doente, trabalha muito e não tem tempo de procurar o posto.

Exame físico

Peso: 70 kg

Altura: 1,60 cm

IMC: 27,34 (Sobrepeso)

Temperatura: 36,3 °C

Fácies: normal.

Mucosas: úmidas e coradas.

Pescoço: não turgência jugular, palpação e ausculta das carótidas normal, tireoide não visível nem palpável.

Tecido Celular Subcutâneo (TCS): não edemas.

Pele: normal.

Aparelho Respiratório: frequência respiratória (FR): 20 por minutos. Ausculta pulmonar normal. Saturação de oxigênio (SO₂): 98%.

Aparelho Cardiovascular (ACV): 96 batimentos por minuto. Ruídos cardíacos rítmicos, não sopros. PA: 150/100 mmhg. Pulsos periféricos presentes e normais.

Abdômen: globoso, sem cicatriz, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, não visceromegalia palpável, timpânico a percussão, ruídos hidroaéreos presentes e normais, não sopros abdominais. Circunferência abdominal: 98 cm.

Sistema nervoso central (SNC): consciente, linguagem coerente, orientado em tempo, espaço e pessoa. Força muscular conservada. Reflexos presentes e normais.

Ao final da primeira consulta faço prescrição de captopril (25mg) 01 comprimido via oral (agora). Recomendo esperar de 40 minutos à uma hora no posto de saúde para avaliar pressão arterial novamente.

- Indico exames complementares:
 - Hemograma completo
 - Glicemia de jejum
 - Perfil lipídico
 - Provas de função hepática e renal
 - TSH
 - Exame qualitativo de urina (EQU)
 - ECG
 - Raios-X de tórax
 - Ultrassom de abdômen total

- Exame de microalbuminúria
- Dosagem de potássio
- Indico acompanhamento da pressão arterial por uma semana.
- Orientações gerais sobre mudanças de estilos de vida (MEV):
 - Alimentação saudável (dieta baseada em frutas, leguminosas e cereais, redução de gorduras e sódio).
 - Prática de atividade física regular moderada (pelo menos 30 minutos na maioria dos dias).
 - Evitar o sedentarismo.
 - Evitar álcool e tabagismo.
 - Evitar o stress.

Depois de 40 minutos medida de PA: 130/80 mmhg.

Frequência Cardíaca: 89 batimentos por minuto.

Frequência respiratória: 20 por minuto.

Segunda consulta médica

Resultados dos exames:

- Hemoglobina: 13 g/dl
- Plaquetas: 207 mil/mm³
- Glicemia de jejum: 86 mg/dl
- Colesterol total: 165 mg/dl
- Colesterol HDL: 40 mg/dl
- Colesterol LDL: 96 mg/dl
- Triglicerídeos: 136 mg/dl
- Ácido Úrico: 3,77 mg/dl
- Creatinina: 0,75 mg/dl
- Potássio: 4,0 mEq/L
- TGO: 21 U/L
- TGP: 14 U/L
- TSH: 2,3 micro UI/mL

- ECG: normal
- Raios-X de tórax: normal
- Ultrassom de abdômen total: normal
- Exame de microalbuminúria: não realizado

Resultado do acompanhamento da PA:

- Primeiro dia: 150/100 mmhg
- Segundo dia 155/100 mmhg
- Terceiro dia 150/100 mmhg
- Quarto dia 140/95 mmhg
- Quinto dia 140/90 mmhg
- Sexto dia 130/90 mmhg
- Sétimo dia 130/80 mmhg

Depois do acompanhamento da medida de PA durante uma semana, a avaliação dos exames, os sintomas referidos pela paciente e tendo em vista o histórico familiar faço diagnóstico de:

- Hipertensão Arterial Sistêmica Essencial.
- Sobrepeso.

Conduta:

- Manutenção do tratamento não medicamentoso orientado na primeira consulta.
- Tratamento medicamentoso:
 - Captopril (25mg) tomar um comprimido via oral de 12/12 horas. Contínuo.
 - Ácido Acetilsalicílico (100mg) tomar um comprimido via oral ao dia. Contínuo.
- Continuar acompanhando a medida da pressão arterial durante mais umas semanas para verificar efeito da medicação.
- Encaminhamento a oftalmologista para realização de fundo de olho.
- Incorporação ao grupo de hipertensos.
- Reavaliação aos quatro meses.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

Os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada, o tratamento adequado dos doentes. Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados. A saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Em síntese, promover a saúde é promover a qualidade de vida. <https://agenciafiocruz.br/>.

Há mais de um ano atuo na Unidade Básica de Saúde João de Barro, município Boa Vista Do Buricá, RS. Depois de fazer um análise da situação de saúde da população cheguei a conclusão junto com a equipe de que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença crônica não transmissível que predomina nos pacientes da minha comunidade, e a falta de adesão ao tratamento junto as más práticas alimentares e estilos de vida não saudáveis, as causas mais frequentes de descompensação da doença.

Um das medidas adotadas na UBS é a aferição da pressão arterial para todos os indivíduos a partir de 18 anos de idade de ambos os sexos. A pressão arterial é aferida pela técnica de enfermagem ou pela médica a cada consulta ou visita domiciliar; de esta forma fazemos pesquisa de casos novos precocemente e evitamos possíveis complicações, além de melhorar sua qualidade de vida.

Ao se falar de promoção de saúde na UBS João de Barro, outra das medidas tomadas é o incentivo às boas práticas alimentares e a mudanças de estilos de vida. Orientamos os pacientes para que diminuíssem a quantidade de sal, açúcares e gorduras nas comidas, utilizarem os mesmos em pequenas quantidades ao temperar ou cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Incorporar frutas e verduras nas refeições, acarretando assim uma melhora significativa em suas vidas. Incentivamos também a prática de exercícios físicos de forma regular para a diminuição do sedentarismo, estresse e melhoria dos sistemas musculoesquelético e cardiorrespiratório.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente. Participando do programa, a gestante terá aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>.

Nas ações realizadas em conjunto com a minha equipe incluem atividades de promoção e prevenção, assim como educação em saúde:

1. Importância do pré-natal.
2. Desenvolvimento da gestação.
3. Modificações corporais e emocionais.
4. Orientações higiênico-dietéticas.
5. Sexualidade.
6. Sinais e sintomas do parto.
7. Importância da participação do pai durante a gestação.
8. Importância do planejamento familiar.
9. Informações acerca dos benefícios legais que a mãe tem direito.
10. Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério.
11. Importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança.
12. Aleitamento materno.

A puericultura é a arte de promover e proteger à saúde das crianças. Tem como objetivo, acolher a todas as crianças, dando assistência de forma integrada. Acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento, monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivo, garantindo um atendimento de qualidade. www.ebc.com.br/infantil/para pais.

Ações realizadas na Unidade Básica de Saúde em relação à puericultura incluem atividades como:

1. Garantimos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na Atenção Básica.
2. Busca ativa de puérperas e recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade.
3. Realizar visitas domiciliares a puérperas e crianças como estabelecido pelo Ministério de Saúde.
4. Promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê, assim como, introdução da alimentação complementar saudável.
5. Garantimos esquema de vacinação completo.
6. Orientamos sobre métodos contraceptivos.

4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma ferramenta importante no processo de conhecimento dos principais aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, saneamento, entre outros, da população adscrita. A visita é um método de avaliação e que contribui na melhoria do nosso atendimento e favorece o desenvolvimento de ações pautadas nos anseios e realidade da nossa população atendida. O planejamento das ações, embasado nas demandas e levantamentos pelo ACS e por outros membros da equipe, refletindo em melhorias nos serviços e atendimento, diminuindo assim gastos desnecessários de materiais e recursos, evitando desperdício e otimizando o tempo. Nesse sentido, há reflexos de melhorias no processo de trabalho, na atuação e assistência dos profissionais da saúde, oferecendo à população um atendimento e um serviço de qualidade, organizado e bem estruturado. A visita domiciliar torna-se um importante instrumento de levantamento de dados e de observação da vivência cotidiana dessa população, possibilitando, principalmente, que ações educativas, efetivas e eficazes se concretizem apoiadas na vida e nas crenças das pessoas e da própria comunidade.

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4524.pdf>.

Na Unidade Básica de Saúde João De Barro, as visitas domiciliares são feitas semanalmente, todas as quintas feiras de manhã. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem um levantamento dos pacientes que necessitam de visita domiciliar, tendo em conta essa informação, a equipe faz o planejamento mensal e determina quais pacientes serão visitados cada semana, segundo a prioridade de atendimento. Geralmente são realizadas de cinco a seis visitas por período.

As visitas são realizadas pela médica, enfermeira e o ACS responsável pela micro área. Em nossa UBS contamos com o apoio do NASF (Nutricionista, Psicóloga, Fonoaudióloga, Educadora Física), as quais nos acompanham em ocasiões quando se apresentam casos que precisam de uma avaliação especializada por estes profissionais.

O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, é um desafio para

todos. A não adesão ao tratamento ou a não aceitação do acompanhamento se faz presente em alguns casos, dificultando a melhoria da própria saúde. Nestes casos, o acompanhamento dos integrantes do NASF também é de grande importância.

As visitas em casos de doenças agudas não são frequentes, pois os familiares ou cuidadores podem levar os pacientes até a Unidade de Saúde ou ao hospital, só nos casos de pacientes acamados ou com dificuldade para locomover-se a consulta é realizada no domicílio.

Em cada visita há uma conversa com o paciente e/ou os familiares sobre as dificuldades ou avanços no tratamento. São realizadas as orientações gerais e terapêuticas pertinentes segundo o caso.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição de pressão arterial e da glicemia capilar em pacientes diabéticos.

Quando há necessidade, são pedidos exames laboratoriais, e nos casos de pessoas com problemas de locomoção é solicitado que a coleta seja realizada na moradia do paciente, pelo técnico do laboratório. Os exames são entregados na próxima visita e são dadas as instruções e recomendações de acordo ao resultado dos mesmos.

Muitas vezes os pacientes, mesmo sendo acompanhados em seu domicílio, não realizam o tratamento de forma adequada, mas em geral, as visitas tem um efeito positivo nas pessoas, que sentem-se mais confiantes, dispostas a continuar os tratamentos e a mudar alguns hábitos melhorando sua qualidade de vida.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A especialização em Saúde da Família ajudou-me em meu crescimento profissional, nos atendimentos com meus pacientes, na toma de decisões e de condutas adequadas.

Os conteúdos foram de grande importância e o auxílio de um tutor em cada etapa do curso foi fundamental para o aprendizado e para o manejo das ferramentas e recursos da plataforma.

Os documentos, as vídeo aulas, artigos e publicações disponibilizados pelo curso me auxiliaram durante todo este período em meus estudos e também em meu trabalho, assim pude-me atualizar sobre condutas terapêuticas, aperfeiçoar minhas habilidades e colocar em prática todo esse conhecimento.

Sou grata e sinto-me feliz pela oportunidade de ver a Atenção Básica através deste ponto de vista, com orientação e aprendizado, e de ter participado do programa, especialmente nesta terra querida de tradição gaúcha, Rio Grande Do Sul.

REFERÊNCIAS:

A importância do pré-natal na Atenção Básica. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/...Importancia-pre-natal-atencao-basica.pdf>. Revisado em 12 de outubro 2017.

A VISITA DOMICILIAR NA PROMOÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MORADORES DA ZONA RURAL. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4524.pdf>. Revisado em novembro 2017.

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

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos da Atenção Básica, n 35 e n 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Ministério da Saúde, 2010, cap. 11(Cadernos da Atenção Básica, n 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 90 p.147 p (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança, Nutrição Infantil, Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos da Atenção Básica, n 23).

O conceito de promoção de saúde e os determinantes sociais. Disponível em: <http://agencia.fiocruz.br/>. Revisado em outubro 2017.

Puericultura: a atenção integral à saúde das crianças. Disponível em: www.ebc.com.br/infantil/para-pais/. Revisado em outubro 2017.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Volume 17, número 1, pag,53-55.

ANEXO-1 PROJETO DE INTERVENÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

DRA. ANISLEIDYS CABALLERO VALDEMIRA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: COMO DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
GRAVIDEZ NAS ADOLESCENTES NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MUNICÍPIO BOA VISTA DO BURICÁ, RS.

PORTO ALEGRE

2017

RESUMO

Estudo realizado mediante uma prévia revisão da literatura, visando aportar conhecimentos para desenvolvimento de um projeto de intervenção de gestação na adolescência, com objetivo de aumentar o nível de conhecimentos ao respeito das adolescentes, realizando múltiplas atividades de promoção de saúde com este grupo etário. A gestação na adolescência traz risco para o binômio materno fetal tanto durante a gravidez quanto no desenvolvimento psicossocial. 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, voluntária 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. Cabe a equipe de saúde da família criar meios de interagir com a comunidade para elaborar planos de ação com a finalidade de minimizar os males que atingem a população.

Palavras chaves: Gestação na adolescência, promoção de saúde, estratégias de saúde de família, educação e saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução	21
2. Objetivos	24
2.1 Geral	24
2.2 Específicos	24
3. Revisão da literatura	25
4. Metodologia	28
5. Cronograma	30
6. Recursos necessários	30
7. Resultados esperados	31
8. Referências	32

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, adolescente é todo o indivíduo que se encontra na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, compreendendo o período de transição entre a infância e a idade adulta. (Mehta S, Groenen R, Roque F. 1998).

Constitui um processo onde ocorrem muitas mudanças e que apresenta características muito peculiares, que envolvem aspectos biológicos, sociais e psicológicos. A transformação biológica sofrida pelos adolescentes, caracterizada como puberdade, é vivenciada de modo individual, na qual ocorrem transformações importantes corporais devido a ações de hormônios gonadais e adrenais dependentes do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal. Dessa forma, as mudanças corporais são inevitáveis e fará parte do processo de formação de autoimagem pelo adolescente, que segundo a psicologia, esta etapa é vivenciada pelo adolescente como luto. O mesmo é ocasionado por perdas do seu corpo infantil e idealizações da infância, o que envolve os pais, a visão de mundo e suas expectativas, sendo considerada como uma fase da vida humana, marcada pelas transformações, com períodos de mudanças físicas, somáticas, alterações emocionais, sociais e mentais complexas que levam o indivíduo na direção da maturidade adulta. (Grillo, C.F. C et al. 2011) (Rev. Cubana ObstetGynecol 2004)

Na adolescência, a atividade sexual vem iniciando-se cada vez mais cedo, gerando consequências imediatas e em longo prazo, havendo, em paralelo, o aumento da gravidez indesejada nessa faixa etária. A gravidez durante a adolescência é um tema complexo e de nível mundial, pois é considerado um problema de grande relevância na saúde pública. (Rev. Cubana Obstetgynecol 2004).

Riscos biopsicossociais, tanto para a mãe quanto para seus filhos, são salientados na gravidez precoce, constituindo como problema social, gerando, assim, esforços das políticas públicas para prevenir ou coibir este tipo de gravidez. As grávidas adolescentes tem um risco maior de complicações para a saúde do bebê, além de poder causar complicações incapacitantes

permanentes em níveis orgânicos, sociais e psicológicos (Costa, Evalo Lima da Sena... 2011).

A jovem mãe geralmente está despreparada para a nova função, e adicionalmente encontra maiores dificuldades para continuar os estudos e inserir-se no mercado do trabalho, o fato é que a gravidez precoce desencadeia uma série de mudanças na vida dos jovens e na estrutura familiar (Grillo, C.F. C et al. 2011) (Relatório anual do UNFPA, 2013).

Mundialmente, a gravidez na adolescência é um evento observado com variações importantes entre as nações; nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência das complicações da gravidez ou parto. No mundo, 7.3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos, número que pode aumentar para 3 milhões até 2030, se as tendências atuais forem mantidas (Louredo, Paula. 2015).

A gestação na adolescência constituiu um problema de saúde pública na década de 70 agravando-se devido às recorrências. De 1,1 milhões de gestantes adolescentes, 25% tiveram um filho. A taxa de fecundidade das mulheres, na faixa etária de 15 a 19, teve um declínio a partir de 2012. As reduções da fecundidade entre os jovens foram influenciadas pelo maior uso de anticoncepcionais, escolaridade crescente das jovens e as campanhas de conscientização, levando ao autocuidado à saúde e nas escolhas reprodutivas em acordo com os direitos sexuais e com os direitos reprodutivos (Relatório anual do UNFPA, 2013).

No Brasil a população de adolescentes representa 21% da população total, número expressivo que requer uma atenção especial. Este dado acompanha os índices nacionais, os quais se estimam que 20 a 25% do total de gestantes sejam adolescentes, o que significa que, em média, em cada cinco mulheres grávidas uma é adolescente. Há grande preocupação com as consequências que a maternidade precoce pode gerar a saúde, à educação e ao desenvolvimento social e econômico, sendo assim observa-se uma alta taxa de evasão escolar e problemas familiares (OMS, 2012)

Na UBS João de Barro no município de Boa Vista Do Buricá, onde se realizará a nossa intervenção, temos um total de 92 adolescentes, delas 31 grávidas de um total de 53 gestantes o que representa um problema importante de saúde na comunidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Planejar ações para diminuir os casos de gravidez na adolescência na UBS João De Barro, município Boa Vista Do Buricá, RS.

2.2 Específicos:

- Realizar ações educativas junto aos adolescentes visando à prevenção da gravidez.
- Discutir temáticas como sexualidade, conhecimento do corpo humano, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, etc.
- Implantar um grupo de educação em saúde voltada para os adolescentes para discutir a gravidez nesta fase.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência é a fase da vida em que ocorrem intensas transformações em todas as áreas do desenvolvimento humano. Essas mudanças são muito influenciadas pelos contextos socioeconômicos e culturais em que estão inseridos os jovens, revelando uma heterogeneidade muito grande do que é ser adolescente. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse é um período da vida que se inicia aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, caracterizado, dentre outros aspectos, como uma passagem de um estado de total dependência para o de relativa independência, além de uma evolução dos padrões psicológicos e de maturação sexual. Para muitos jovens, é nessa fase que ocorre a iniciação da atividade sexual, que, em alguns casos, resulta na “gravidez adolescente”, gestação ocorrida entre mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos). (Organização Pan-Americana da Saúde, 2002).

A gravidez na adolescência é destacada como um evento precoce, sobretudo na área da saúde pública, com implicações nas questões relativas à saúde da mulher grávida. Os fatores que levam à gestação nos anos iniciais da vida reprodutiva são de natureza objetiva ou subjetiva, sendo os mais elencados: o desconhecimento dos métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso do adolescente a tais métodos, a dificuldade das garotas em negociar o uso do preservativo, ingenuidade, violência, submissão, desejo de estabelecer uma relação mais estável com o parceiro, forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de status social e de obtenção de autonomia permanecendo, ainda nos dias de hoje, a valorização social da mulher por meio da maternidade, e outros.

Existem seis complicações possíveis para a saúde da mãe e do bebê em uma gravidez na adolescência: imaturidade anátomo-fisiológica (levando à maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade); toxemia gravídica (principalmente na primeira gestação, podendo causar pré-eclâmpsia e eclâmpsia); problemas no parto (prematuro ou demorado); infecções urogenitais; anemia (por a gestante estar em fase de crescimento) e retardo do desenvolvimento uterino. Isto poderia ser minimizado, caso as adolescentes procurassem assistência pré-natal, o que só acontece (quando ocorre) tardiamente, quando a jovem não pode mais esconder a gestação. Por vezes,

a mãe adolescente não atingiu um amadurecimento suficiente para assumir esse papel, o que pode ser demonstrando pelo maior índice de mortalidade infantil entre seus filhos. (Gravidez na adolescência, Brasil escola, 2014).

Todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais dois milhões são menores de 15 anos – número que podem aumentar para três milhões até 2030, se a tendência atual for mantida. A gravidez indesejada na adolescência traz consequências para a saúde, educação, emprego e direitos de milhões de meninas em todo o mundo, e pode se tornar um obstáculo ao desenvolvimento de seu pleno potencial. (www.unfpa.org.br, 2013).

A taxa de gravidez na adolescência da América Latina é uma das mais altas do mundo, perdendo apenas para a África subsaariana e o sul da Ásia. (ONUBR. 2013). A maioria dos países latino-americanos está entre os 50 primeiros do mundo em fecundidade adolescente, um índice que em outras regiões está caindo. Entre 1997 e 2010, a taxa mundial reduziu 1,6%, enquanto na América Latina a queda foi de 1,25%. (ONUBR. 2013). (UNICEF, 2011)

O índice de gravidez na adolescência diminuiu ao longo dos anos no Brasil e, em contradição, subiu 14 posições, em 20 anos, na lista de 213 países com fecundidade precoce. Hoje, o país está na 49ª colocação: são 70 a cada mil meninas entre 15 e 19 anos que deram à luz em 2013, de acordo com a última pesquisa do Banco Mundial. De acordo com o Ministério da Saúde, a gravidez precoce caiu 26% nos últimos 13 anos. Em 2000, foram 750.537 bebês nascidos vivos por partos de adolescentes de 10 a 19 anos. Nesse mesmo ano, o Brasil estava em 54ª lugar no ranking mundial com índice de fecundidade em meninas entre 15 e 19. Com a ajuda de políticas de prevenção, em 2013, foram 555.159 bebês. Mesmo com uma diminuição significativa no número dos nascidos, proporcionalmente, o país piorou em relação a outras nações. (BRASIL.2015).

A gravidez na adolescência é realidade para muitas famílias no Brasil, mas no estado do Rio Grande Do Sul os números chamam a atenção por serem maiores que a média nacional. No estado cada 100 bebês que nascem 22 são filhos de mães que tem entre 12 e 19 anos de idade. Esse índice é superior a média nacional. A pesquisa do DATASUS aponta que as condições sociais de essas jovens são parecidas, filhas de mães também adolescentes, na maioria sem a figura paterna e que grávidas abandonam a escola. (BRASIL 2015).

No município de Boa Vista Do Buricá são muitos os casos de adolescentes grávidas. Nos últimos anos a tendência é aumentar, de 5,71% em 2014 a 10,53% até o ano em 2017, segundo dados do município. Na área de abrangência da UBS João De Barro, encontra-se 31 grávidas entre 12 e 19 anos de idade, de um total de 53 gestantes, motivo pelo qual, a equipe decidiu realizar o projeto de intervenção com o objetivo de diminuir a prevalência dos mesmos.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de intervenção educativa, que se realizará na Unidade Básica De Saúde João De Barro, do município Boa Vista Do Buricá, estado Rio Grande Do Sul. O município de Boa Vista Do Buricá se estende por 108,732 km² e conta com 6576 habitantes segundo o ultimo censo. (www.cidade-brasil.com.br/municipio -boa vista- do -burica). A área de abrangência pertencente à UBS João De Barro conta com uma população total de 2300 habitantes.

Segundo a obtenção das informações, a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), relatórios dos agentes comunitários de saúde, observação ativa da equipe e arquivos existentes na unidade de saúde, têm no período estudado um total de 53 grávidas e delas 31 são adolescentes, o qual constitui um problema de saúde pelos riscos que isto pode representar tanto para a futura mãe como para o produto da concepção. Devido à gravidade do problema será necessária à realização de ações educativas relacionadas com a adolescência e a prevenção da gravidez nesta faixa etária, com a participação de toda a equipe de saúde.

O estudo contemplará como população alvo as adolescentes da comunidade que são um total de 92 e se selecionará uma amostra de 20 adolescentes, realizando as intervenções propostas em lugares programados (sala de reunião do consultório médico, consulta médica, aula nas escolas), eles serão escolhidos levando-se em consideração a privacidade e ambiente adequado para realizar as ações propostas, dando confiabilidade para as adolescentes, para receberem as informações, explicar dúvidas que se apresentem durante o desenvolvimento das atividades.

O trabalho de intervenção será realizado em três etapas que consistiram em:

Etapa 1. Diagnóstico. Será realizada a seleção da amostra nas consultas ou visitas domiciliares e as escolas, com 20 adolescentes que aceitarem participar e assinarem o modelo de consentimento informado, onde poderão expressar a disposição de participar na investigação. Serão explicados, brevemente, os objetivos e a finalidade da mesma e será aplicado um questionário inicial, para buscar informações básicas sobre os conhecimentos e atitudes que tem sobre a gravidez na adolescência.

Etapa 2. Desenvolvimento/intervenção. Uma vez analisados os resultados, traçar-se a estratégia educacional de um projeto desenvolvido para implantar grupos de educação em saúde voltados para os adolescentes, abordando a gravidez nesta idade, o qual será cumprido mediante encontros semanais que serão realizados usando as técnicas de ensino como: realização de palestras sobre a importância do uso da anticoncepção nesta idade, sobre riscos de engravidar jovem, entrega de materiais educativos como panfletos, apresentação de vídeos, que acontecerá às quartas feiras, às 14h00minh durante o período de execução do projeto, contando com a participação da equipe de saúde, o NASF, professores e familiares.

Etapa 3. Avaliação. Será aplicado novamente o questionário inicial a todas as adolescentes em estudo depois de culminadas as capacitações, para determinar as mudanças ocorridas no nível de conhecimentos e atitudes das participantes, desta forma serão avaliadas os resultados em: positivo–negativo e interessante (PNI).

As adolescentes deverão marcar a opção que considerarem corretas em cada questão. Os valores das questões serão avaliados pelo número de respostas certas. O resultado da pesquisa será avaliado da seguinte forma:

- Menor de 50% de respostas certas: avaliação será considerada má.
- Entre 50% e 70% de respostas certas: avaliação será considerada regular.
- Maior de 70 % de respostas certas: avaliação será considerada boa.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	x	x				
Segundo momento		x	x	x	x	
Terceiro momento						x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos Humanos:

Equipe de saúde da família:

Médica.

Enfermeira.

Técnica de enfermagem.

Agentes comunitários de saúde.

Psicóloga.

Nutricionista.

Educadora física.

Recursos materiais:

Computadores.

Impressora.

Panfletos.

Folhas.

Canetas.

Modelo de consentimento.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização desde projeto de intervenção, espera-se melhorar o conhecimento das adolescentes em relação à sexualidade; reduzir o número de gestantes adolescentes, melhorar o acesso das adolescentes às ofertas da UBS em relação à sexualidade; como a garantia as adolescentes de anticoncepcionais orais de baixa dosagem e outros métodos contraceptivos, além da referência para pré-natal de alto risco e atenção ao parto de risco habitual ou não; mesmo assim contribuir a melhora da saúde materna infantil.

8. REFERÊNCIAS

Brasil, 2015. Nascidos vivos [Internet]. [Brasil: DATASUS: cite 2013 fev. 06]. [acesso março de 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

Costa, Evalo Lima da Sena, Maria Cristina Ferreira; Dias Adriano. Gravidez na adolescência- determinantes para prematuridade e baixo peso. In: Com. Ciências saúde. Brasília, 2011.

Gravidez na adolescência. [Internet]. [Cite 27 de março 2014]. [acesso 15 de março 2017]. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/biologia/gravidez-adolescencia.htm>.

Grillo, C.F.C et al. Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 80p.

Louredo, Paula. A gravidez e seus acontecimentos. [Acesso em 16 de março de 2017]. Disponível em <<http://www.brasil.escola.com/biologia/gravidez.htm>>.

Maternidade na adolescência. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>. Revisado 20 de março 2017.

Mehta S, Groenen R, Roque F. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in the ESCAP Region. 1998 [consultado Janeiro 2010]. Available from: <http://www.unescap.org>.

OMS. Estadísticas sanitárias Mundiais 2012. Descarregado 19.06.12. URL: <http://www.who.int/gho/indicatorregistry>.

ONUBR. 2013. [lin. oea.org/pdf-iin/RH/obra-avanços-do-marco-legal-da-primeira-infância.pdf](http://oea.org/pdf-iin/RH/obra-avanços-do-marco-legal-da-primeira-infância.pdf). Revisado março 2017.

Organização Pan-Americana da Saúde. A pesquisa psicológica em saúde reprodutiva. Relatório da Organização Pan-americana da Saúde: OPS 2002:

Relatório anual do UNFPA. Gravidez na adolescência é tema do relatório anual do UNFPA. Lançamento mundial do relatório “Situação da População Mundial 2013” acontece 30 de Outubro de 2013 ·

UNICEF: Estado Mundial da Infância 2011. A adolescência: uma época de oportunidades. Fevereiro 2011.

ANEXO 1

Consentimento informado

Título: Gravidez na adolescência: como diminuir a prevalência de gravidez nas adolescentes numa Unidade Básica de Saúde, município Boa Vista Do Buricá, RS.

Realizara-se este projeto que tem como objetivo planejar ações para diminuir os casos de gravidez na adolescência na Unidade Básica de Saúde João De Barro, município Boa Vista Do Buricá, RS.

Está de acordo a participar no projeto? Sim _____ Não _____

Assinatura:

ANEXO 2

Questionário:

Titulo do trabalho: Gravidez na adolescência: como diminuir a prevalência de gravidez nas adolescentes numa Unidade Básica De Saúde, município Boa Vista Do Buricá, RS.

O objetivo do questionário é identificar o nível de conhecimento ao respeito da gravidez na adolescência, os riscos que pode representar tanto para a mãe como para o produto da concepção, conhecimento do corpo humano, sexualidade, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. O mesmo tem caráter anônimo.

Consecutivo _____

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Escolaridade:

3.1 Sim _____ 3.2 Não _____

4. Você sabe o que é gravidez na adolescência?

4.1 Sim _____ 4.2 Não _____

5. Das seguintes informações assinale quais consideram verdadeiras(V) e quais consideram falsas(F):

5.1 _____ a gravidez na adolescência não tem riscos para a mãe nem para o bebê.

5.2 _____ a idade é um fator importante no momento de decidir engravidar.

5.3 _____ o peso e a altura numa mulher não tem nenhum valor na gravidez.

5.4 _____ os bebês baixo peso e com diferentes complicações são produtos mais frequentes de gravidez em adolescentes.

5.5_____ se considera adolescência a idade compreendida entre os 12 e 15 anos.

6. O corpo humano sofre transformações durante a etapa de adolescência?

6.1 Sim_____ 6.2 Não_____

7. Você sabe que são os métodos contraceptivos?

7.1 Sim_____ 7.2 Não_____

8. Dos seguintes assinale quais consideram métodos contraceptivos:

8.1_____ camisinha

8.2_____ paracetamol comprimidos

8.3_____ T de cobre

8.4_____ hormônios orais e injetáveis

8.5_____ amoxicilina

9. Você sabe que são as doenças sexualmente transmissíveis?

9.1 Sim_____ 9.2 Não_____

10. Das seguintes doenças quais vocês considera que são de transmissão sexual?

10.1_____ hepatite B

10.2_____ gripe

10.3_____ HIV, AIDS

10.4_____ infecções vaginais

10.5_____ sífilis

10.6_____ herpes simples genital

