



Ministério da
Saúde

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

***UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DE PORTO ALEGRE***

PORTFÓLIO FINAL

YAMISEL FEBLES RODRIGUEZ

TEFE – AMAZONAS

2018

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Luís Farias de Lima Neto.

**TEFE – AMAZONAS
2018**

SUMARIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 6 |
| PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 12 |
| VISITA DOMICILIAR | 19 |
| REFLEXÃO CONCLUSIVA | 22 |
| REFERÊNCIAS | 24 |
| ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO | 26 |
| OUTROS ANEXOS | 44 |

1)INTRODUÇÃO

Meu nome é Yamisel Febles Rodriguez, tenho 35 anos, sou natural de CUBA, Província de PINAR DEL RIO, onde cresci e terminei minha educação pré-universitária. Iniciei os estudos de Medicina no ano 1999, na Universidade das Ciências Médicas da Habana. Graduei-me com título de Doutora em Medicina em Julho do ano 2005.

Iniciei minha carreira profissional como médica nas Forças Armadas Revolucionaria Cubanas por um período de dois anos passando a trabalhar como médica da família no município de `` Consolacion Del. Sur `` , Pinar Del Rio onde comecei a Especialização em Medicina Geral Integral no ano 2007. Em Janeiro de 2009 viajei a cumprir Missão Internacionalista na República Bolivariana de Venezuela, onde trabalhei durante cinco anos como médica da família, ali conclui a Especialização, obtendo o título de Especialista em Medicina Geral Integral no ano 2011.

Em Maio do ano 2013 retornei para meu país, incorporando-me a trabalhar num consultório médico, como médica da comunidade além de dar aulas de Medicina na Universidade das Ciências Médica.

Em Julho do ano 2016 me aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), e desde então, atuo no município Tefé, estado Amazonas há um ano.

Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dra. Maira Fachini localizada na Rua Travesso São Bento, Bairro Santa Luzia, cuja área de abrangência atende aos bairros de Vila Nova, Nossa Senhora de Fatima, Vila Buriti, Boa Sorte e Monte Castelo.

A maior parte do território adscrito á UBS corresponde a três áreas que são consideradas de risco devido á presença de famílias de baixo nível sócio econômico, além que elas estão situadas nas margens do lago Tefé o qual inunda toda a área no período de enchentes, além da ausência de saneamento básico adequado e vivendas em péssimas condições estruturais, sendo uma das áreas mais carente da cidade.

A área consta com a existência de uma igreja evangélica (Assembleia de Deus); três escolas públicas e pequenos comércios. Não existem áreas para atividades recreativas ou esportivas. As vias de acesso da área são pontes de

madeira também em condições construtivas desfavoráveis e as ruas não contam com pavimentação.

A população atendida abrange um total de 6387 habitantes. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM), lombalgias, micoses cutâneas, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas superiores e infecções do trato urinário inferior, assim como a gravidez.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre gravidez na adolescência com o título: (Gravidez na adolescência). Este projeto foi direcionado para as adolescentes principalmente do sexo feminino, devido à alta incidência de gravidez em pacientes adolescentes e fundamentalmente em adolescentes extremas (entre 14 e 16 anos). O objetivo do projeto foi elevar o nível de conhecimento das adolescentes sobre os riscos da gravidez nessa idade, assim como os métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados.

A metodologia do mesmo foi a traves de uma intervenção educativa com uma durabilidade de seis semanas com uma serie de temas a abordar em cada encontro, realizado em conjunto com as agentes comunitárias de saúde, seguindo o cronograma determinado.

2-) ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente MCDSF de 13 anos de idade vem à consulta de atenção pré-natal no dia 10 /07/2017 com os dados da triagem:

PA: 120/80 mm Hg

Peso: 78 kg

Altura: 162 cm

Ela vem para cumprimento de seu atendimento pré-natal. Quando questiono sobre queixas, a mesma refere dor de cabeça e muita tontura. Refere apresentar também secreção vaginal abundante, de cor branca, espessa que lhe provoca muita coceira vaginal.

DUM: 28/11/2016

DPP: 4/09/2017

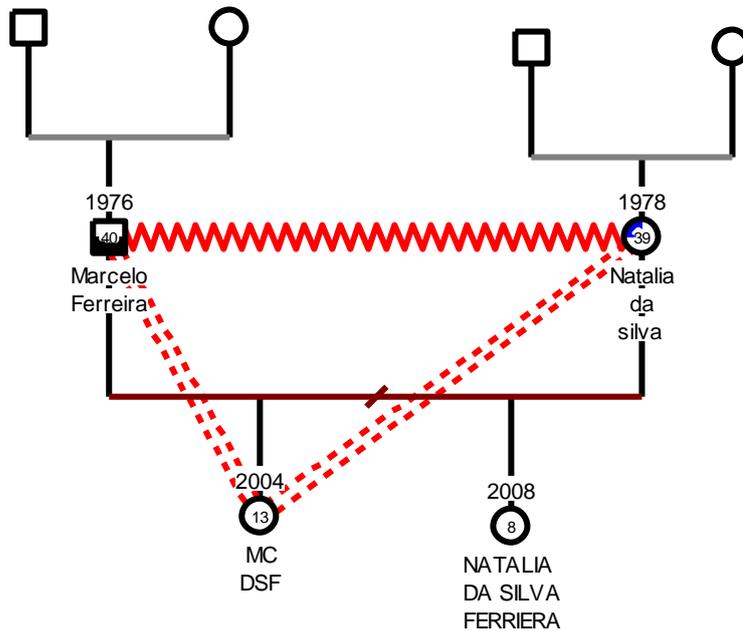
TG pela DUM: 31.1 semanas

Ao fazer revisão da caderneta pré-natal da paciente, a mesma só apresenta a primeira consulta de início do atendimento pré-natal realizado pela enfermeira da equipe básico de saúde as 19.2 semanas de gravidez. Não apareciam mais consultas de atendimento nem os resultados dos exames complementários solicitados.

Ao questionar a paciente sobre esta situação, ela refere que por problemas familiares teve que ir a morar para o interior do estado e lá não procurou mais atendimento nem fez nenhum dos exames solicitados na consulta de início.

A paciente mora com seus pais, não assiste a escola e refere que a gravidez foi produto de uma relação sexual casual, pois não mantém relacionamento estável.

GENOGRAMA DA PACIENTE



No exame físico apresenta:

Mucosas: ligeiramente pálidas

Signos vitais: Pressão Arterial: 120/80 mmhg

Frequência cardíaca: 88 x minuto

Frequência respiratória: 20 resp. x minuto

Edema em membros inferiores x x

Exame obstétrico:

AU: 36 cm Apresentação: Cefálico

Dorso: Direita Frequência cardíaca fetal: 148 bpm

Movimentos fetais referidos

Dinâmica uterina: 0 x 10

Realiza-se a avaliação do peso corporal:

Peso Inicial: 61 kg IMC: 30.0 OBESIDADE TIPO 1

Peso atual: 78 kg

GGP 18 KG (EXCESSIVA)

Classifica-se a gravidez como Alto Risco Obstétrico pela idade da paciente (adolescente de 13 anos)

Indico-lhe vitaminas (Acido Fólico e Sulfato Ferroso), se indica Nistatina (creme vaginal) para a infecção vaginal, se solicitam os exames complementário (Hemograma Completo, Glicemia, Grupo e Fator, Urina, Fezes Fecais, VDRL, HIV, Test de Hepatite B e C, Toxoplasmoses e USG obstétrica). Orienta-se nutricional mente e se brinda labor educativa sobre as questões da gravides e os riscos da mesma.

A paciente retorna na consulta no dia 18/07/2017 com os dados da triagem:

Pressão Arterial: 140/90 mmhg

Peso: 81 kg

Altura: 162 cm

Refere continua com tontura, dor de cabeça intenso e falta de ar em ocasiões.

TG pela DUM: 33.1 semanas

Avaliam-se os exames complementários:

Hemograma: Hb10. 2g/dl, Hto34 % (Anemia moderada); Grupo e fator: A positivo; Glicemia: 87 mg/dl; HIV: Não reagente ;Sífilis: Não reagente; Test de Hepatite B e C :Não reagente; EAS: (Células frequentes , Piocitos: 30 a 35 leucócitos /campo Bacteriuria Intensa e levaduras)(Bacteriuria assintomática);Fezes Fecais :Ovos de Ascaris e Entoameba Histolytica(Parasitismo intestinal). USG Obstétrico (TG X USG 33,2 SEMANAS; PRESENTAÇÃO CEFALICA; PESO FETAL 1973 Gr; PLACENTA GRAU 2 ; INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO 31 CM)

Avaliação do USG obstétrico: A paciente apresenta peso fetal entre o 50 e 90 percentil considerando-se adequado para sua idade gestacional. Apresenta amadures placentária grau 2 considerando-se precoce para sua idade gestacional .

O índice de líquido amniótico se encontra por acima de seu limite normal (25 cm) pelo qual se diagnostica **polidrâmnio** .

O **polidrâmnio** é o aumento do volume do líquido amniótico durante a gestação. O diagnostico se estabelece no exame ultrassonográfico, quando se faz o cálculo do Índice de Líquido Amniótico (ILA) .Nele são feitas medições dos "bolsões" de líquido em alguns quadrantes determinados no útero, sobretudo o maior bolsão. A soma dos valores determina os padrões que definem o ILA. Assim, os possíveis resultados são:

- ILA Normal: de 8 a 25 cm
- ILA diminuído: menos de 8 cm
- ILA aumentado (polidrâmnio): acima de 25 cm.

O líquido amniótico até a 18^o semana é um composto de plasma materno e plasma fetal e que se difundem pela pele do feto. Progressivamente, o líquido amniótico é deglutido pelo feto, absorvido por seu intestino é filtrado pelos rins e esta urina eliminada pelo feto dentro da bolsa das águas que compõe grande parte do líquido amniótico. Mas outras fontes como trato gastrointestinal, cordão umbilical e sistema respiratório fetal tem importante participação na sua produção e, portanto, em seu volume. No último trimestre, os fatores que mais atuam são a deglutição e a formação de urina fetal. (1)

Não foram realizados perfil renal, proteinuria 24 horas, nem Test de Toxoplasmose. Realiza-se o exame físico onde mantem o edema em membros inferiores. No exame obstétrico não apresenta novas alterações. Na avaliação do peso a paciente mantem a ganância excessiva de peso.

Tendo em conta as condições físicas e os riscos apresentados pela paciente (Adolescente de 13 anos; anemia moderada; Bacteriuria assintomática; amadures placentária precoce e polidrâmnio) se determina realizar encaminhamento médico para avaliação obstétrica no hospital regional.

A paciente foi internada na sala da maternidade do Hospital Regional nesse mesmo dia, onde lhe foi realizada novamente USG obstétrico corroborando-se o diagnóstico de polidrâmnio. Foi-lhe tratada a anemia e a Bacteriuria

assintomática, se lhe realizou vigilância obstétrica pelo polidrâmnio ,mais por não apresentar complicações lhe foi dada de alta do hospital após 5 dias .

A conduta que estabelecem os protocolos de obstetrícia é o esvaziamento quando surgirem sinais de desconforto materno. O esvaziamento é feito pela amniocentese e através de agulha calibrosa e inserção de cateter ligado a frasco a vácuo. Recomenda-se a retirada lenta e gradual do líquido amniótico, para evitar a descompressão brusca, podendo levar a riscos maternos e fetais (descolamento prematuro da placenta, choque materno, óbito fetal, etc.). Sugere-se a retirada de cerca de 200 ml/hora (ou cerca de 3 ml/minuto) até a melhora da sintomatologia respiratória materna ou até atingir um total máximo de 500 a 1000 ml. No sentido de diminuir a formação de líquido amniótico pode-se empregar a indometacina, cuja função é diminuir a função renal fetal. Recomenda-se dosagem de 25 mg VO a cada 6 horas, por até 3 dias, não devendo ultrapassar a 34^a semana. Tais cuidados são necessários para evitar uma das complicações temidas do uso da indometacina na gestação, que é o fechamento precoce do duto arterioso. (2)

Neste caso não se realizou o procedimento estabelecido pelos protocolos, pois a paciente não apresentou sinais de grande desconforto materno e o hospital não apresenta as condições de equipamento médico nem especializado requeridas para este tipo de procedimento.

O dia 24 / 07 /2017 lhe foi realizada visita domiciliar pela enfermeira da equipe básico de saúde, onde não apresentou queixa alguma e foi citada para consulta médica para o dia 27 /07/2017 na UBS.

O dia 26/07/2017 a paciente assiste a consulta com os dados da triagem:

PA: 120/70 MMHG

PESO: 82 Kg

ALTURA: 162 cm

A paciente refere ter mal-estar geral e refere não sentir movimentos fetais desde a noite anterior. Ao realizar exame físico obstétrico se constata ausência de latido cardíaco fetal nem movimentos fetais. A paciente é encaminhada de urgência

para avaliação obstétrica no hospital com o diagnóstico de possível óbito fetal. Ao chegar ao hospital lhe foi realizada USG de urgência corroborando-se o diagnóstico de óbito fetal. A paciente foi internada para posterior conduta médica protocolizada.

No exame necrológico do feto lhe foi diagnosticada uma malformação congênita cardíaca incompatível com a vida.

A paciente após receber alta do hospital se mantém em seguimento médico na Unidade Básica de Saúde, foi encaminhada para atendimento pela psicóloga da equipe NASF do município e para a consulta de risco pre-concepcional e planejamento familiar da UBS.

A principal falha apresentada neste caso foi o fato de não ter evitado a gravidez na paciente, uma adolescente em idade extrema 13 anos, pois são reconhecidas as malformações congênitas fetais como uns dos riscos que se apresentam na gravidez nesta idade, pelo qual todas as ações devem-se encaminhar para diminuir a incidência da gravidez na adolescência.

3-) PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há mais de um ano que atuo na Unidade Básica de Saúde do bairro Vila Nova no município Tefé, estado Amazonas e desde meu começo tenho notado a alta incidência de gravidez na adolescência o qual acho como um problema social de difícil solução até agora, pois a pesar das labores desenvolvidas pela equipe básica de saúde nos não temos logrado diminuir essa incidência ainda de adolescentes grávidas. Nestes momentos quase o 50 % das grávidas cadastradas se encontram entre os 14 e 18 anos de idade, onde a incidência de partos prematuros é cada dia maior.

A gravidez na adolescência é um problema social o qual não pode ser preocupação somente do sistema de saúde, se necessita a integração de outros setores como a educação e principalmente a ajuda dos pais. Na maioria dos casos os pais não brindam devida atenção as meninas, são pessoas de muito baixo nível socioeconômico, pelo qual o ambiente social em que se desenvolvem as pacientes é muito desfavorável.

Uma intrincada rede de fatores confere à gravidez na adolescência um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente as de classes populares. As consequências perversas de uma gravidez na adolescência se fazem sentir tanto na morbidade/mortalidade de mãe e bebê, quanto nos impactos econômico, educacional-escolar e social. Agir educacionalmente é uma forma de enfrentar esse problema. No entanto, ações educacionais que enfatizam a abordagem apenas biológica do planejamento familiar não têm sido eficazes se consideramos as estadísticas referentes à saúde reprodutiva das adolescentes. Para que a educação possa efetivamente contribuir para a redução desse tipo de gravidez, todas as dimensões devem ser consideradas, com especial destaque para a dimensão sociocultural na qual encontramos fortes determinantes da gravidez indesejada. Abordar educacionalmente essas dimensões significa abrir espaço dentro e fora das escolas para o debate sobre a identidade feminina num processo que abranja a totalidade do ser humano.

Centrando-se no aspecto biológico, de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de apresentar baixo peso ao nascer, e, conseqüentemente, maior probabilidade de morte, do que os filhos de mães com 20 anos ou mais. (3). A taxa de prematuridade também é mais alta nesse grupo, aumentando o risco de mortalidade perinatal. Esses riscos se devem, em grande parte, aos fatores biológicos, tais como imaturidade fisiológica e desenvolvimento incompleto da ossatura da pelve feminina e do útero (4)

Algumas complicações, mesmo não sendo específicas da gravidez precoce, são agravadas nesse tipo de gravidez. Examinando alguns trabalhos na área, podemos identificar pelo menos seis complicações para a saúde da adolescente e do bebê. Uma delas, decorrente da imaturidade anátomo-fisiológica, é o baixo peso ao nascer e a prematuridade do bebê. A segunda é a toxemia gravídica, que aparece nos últimos três meses de gestação e principalmente na primeira gravidez das jovens podendo ocorrer desde pré-eclâmpsia, eclâmpsia, convulsão até coma e alto risco de morte da mãe e do bebê. Uma terceira complicação pode ocorrer no momento do parto, o qual pode ser prematuro, demorado, com necessidade de cesárea e com risco de ruptura do colo do útero. A quarta complicação são as infecções urogenitais especialmente decorrentes de parto feito em más condições. Risco de anemia seria a quinta complicação, já que naturalmente a adolescente, em fase de crescimento, necessita de boa alimentação. Na gravidez, essa necessidade se intensifica e o seu não atendimento pode ocasionar anemia, prematuridade no parto e baixo peso do bebê. Finalmente, a gravidez pode ocasionar retardo do desenvolvimento uterino. (4;5;6;7).

Essa intrincada rede de causalidades que configura a gravidez precoce como situação de risco à saúde (e à vida) da mãe e do bebê poderia ser menos impactante se as adolescentes procurassem os serviços de saúde para um adequado acompanhamento pré-natal e do parto/puerpério. No entanto, somente após o segundo ou terceiro mês de atraso da menstruação, a adolescente percebe ou reconhece que está grávida (7) (SOF 1997). Posterga a procura pelo serviço de saúde até, pelo menos, o momento em que não possa esconder mais seu estado chegando, em alguns casos, a procurar o Serviço somente por ocasião do nascimento do seu filho. Esse acompanhamento poderia auxiliar o enfrentamento

por parte da mãe de outro fator de risco - para ela e o bebê - igualmente ou mais importante que o biológico: o risco socioeconômico. Acrescenta-se que a decisão por procurar o serviço de saúde pode acrescenta outras características ao problema, pois, "a consulta inicial gera grandes expectativas para a adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpas, vergonhas, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional" (5).

O impacto adverso da gravidez precoce emerge de forma mais clara quando se examina a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce. Henriques, Silva, Singh e Wulf (1989) apresentam alguns dados na direção do exame dessa relação. Adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres ($\frac{1}{4}$ de salário mínimo) quase não têm nenhuma chance de completar o 2º grau após o nascimento de um filho. Vinte e quatro por cento dessas adolescentes tiveram de cinco a oito anos de escolaridade, mas somente 2% prosseguiram sua educação após o nascimento do filho. Entre as que tiveram um filho antes dos 20 anos, apenas 23% haviam estudado além da 8ª série, enquanto as que não deram à luz, 44% estudaram além da 8ª série. (8)

Após o nascimento, o abandono da escola é a saída que se impõe às mães jovens, sejam as que necessitam pagar com o seu trabalho doméstico a família que a abriga e ao seu filho, sejam as que necessitam ganhar o sustento para ambos. Neste último caso, diante das dificuldades em encontrar vaga em uma creche gratuita próxima ou sequer em qualquer creche gratuita, a adolescente busca o apoio da sua família para a guarda do bebê durante sua jornada de trabalho, o que torna ainda mais frágil sua já complicada relação com o filho. O apoio da família, em especial nos estratos de baixa renda, significa uma diluição, ou atenuação, da legitimidade da autoridade da mãe adolescente sobre o filho/filha (na classe média, a interferência da família é vivida como crise e questionada pela adolescente)(9). Quando não conseguem esse apoio familiar, não raro destinam parte de seus poucos vencimentos a outra mulher que cuidará de seu filho durante essa jornada. No fim do dia, ir à escola diante desse contexto torna-se uma tarefa impossível de ser cumprida. Jovens oriundas de famílias com maior poder econômico e que aceitam a gravidez podem vislumbrar a possibilidade de completar seus estudos e retomar seu projeto de vida.

A não continuidade dos estudos significará menor qualificação, portanto, menos chances de competir num mercado cada vez mais exigente e com menos ofertas, além a situação torna-se ainda mais perversa ao examinarmos o padrão de fertilidade. Os dados apontam que é provável que ele seja estabelecido na adolescência, pois mulheres que começam a ter filhos mais cedo, geralmente, têm mais filhos. Levantamento Mundial de Fertilidade realizado no final da década de 1980 encontrou que, em 27 dos 29 países abrangidos, mulheres que se casavam com 22 anos ou mais tinham em média 0,5 filho a menos do que mulheres que se casavam aos 18 ou 19 anos (6). Para quatro entre dez mães adolescentes, o segundo filho virá antes de o primeiro fazer três anos (7). Estabelece-se o moto-contínuo e as jovens, especialmente as pobres, não conseguem rompê-lo acentuando sua condição de dependente e subordinada.

Outra faceta da relação entre escolaridade e gravidez na adolescência é a que aponta significativas influências do nível de escolaridade na ocorrência desse tipo de gravidez. Henriques e colaboradores (1989) apresentam evidências de que a menor escolaridade é uma característica geral das adolescentes que tiveram filho, independentemente de seu nível de renda ou sua residência (áreas urbanas ou rurais). Fertilidade, em geral, apresenta uma relação inversa com nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade (6). Boletim da SOF (1997) aponta que entre as meninas que ficam mais de cinco anos na escola, 5 em cada 100 engravidam antes de fazer 19 anos. Entre as meninas sem instrução, a proporção sobe para 17 em cada 100.

O uso inadequado dos métodos anticoncepcionais e/ou de métodos pouco eficazes e a falta de informação sobre anticoncepção constituem algumas das causas da ocorrência da gravidez na adolescência. Vivendo uma vida sexual não autorizada, as dificuldades em se obter informação cercam a adolescente, dificuldades estas que vão desde quais seriam os meios para evitar a gravidez até como conseguir acesso a eles. Há também o medo de a família descobrir o uso do método e a vergonha de se submeter ao exame ginecológico.

Falta informação também sobre seu próprio ciclo reprodutivo, o que, somado aos resquícios do pensamento mágico infantil, leva a adolescente a concluir pela pouca (ou nenhuma) possibilidade de engravidar. Esse pensamento é uma das

causas da demora da decisão sobre a continuidade ou não da gravidez. O receio, muitas vezes fundamentado, da reação dos pais e o não atendimento de suas necessidades específicas pelo Serviço de Saúde, decorrentes das grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais pelas quais está passando, seriam outros motivos que levariam a adolescente a "esconder" o maior tempo possível sua gravidez.

A falta de informação agrava-se nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas, somando-se ao fato de que, para muitas dessas mulheres com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada "natural".

O contexto familiar pode influenciar na ocorrência da gravidez também de outras formas. A ausência de laços afetivos fortes na família e da atenção aos seus peculiares problemas e o sentimento de abandono pode levar a jovem a apoiar-se apenas no namorado. Com receio do abandono também por parte deste, caso não lhe dê a tão requisitada "prova de amor", a adolescente, já carente de afetividade, vai aceitando o curso que o namoro vai tomando sem aperceber-se dos riscos físicos e emocionais. Além disso, pode ver, na gravidez, a solução para agredir os pais punindo-os pela falta de afeto. A vida sexual ocasional é outro motivo da ocorrência da gravidez na adolescência. A ocasionalidade dificulta o planejamento em longo prazo do uso de um método eficaz, como por exemplo, a pílula. .

Uma das formas mais efetivas de assegurar a participação da comunidade é o emprego de promotores ou agentes comunitários, oriundos da própria população-alvo, treinados para um objetivo específico e que atuem em benefício dessa comunidade em particular. A participação desses promotores é definida pela OPS como um processo que gera um sentido de responsabilidade pelo próprio bem-estar das pessoas da comunidade, além da capacidade de atuar de forma consciente e construtiva em diversos programas, visando resolver problemas bem definidos. Uma forma de garantir a continuidade e a autonomia de um programa de saúde consiste em fazer com que a população local participe de atividades de capacitação, que visem formar promotores de saúde que possam manter e, inclusive, melhorar as atividades do programa. (10).

Os postos de saúde também podem contribuir com ações educativas voltadas as adolescentes de ambos os sexos e adolescentes grávidas. Estas últimas

representam entre 23% e 30% do total de gestantes atendidas pelos serviços de saúde. (11). Seria necessário, entre outras providências, estabelecer dias e/ou horários específicos; manter agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta; treinar e organizar o pessoal de tal modo que haja um atendimento adequado à especificidade da gravidez na adolescência e todo o tempo necessário a esse atendimento (11). Grande parte das ações preconizadas pelo Ministério de Saúde para o atendimento da adolescente grávida refere-se a processos educativos, como treinamento dos profissionais, esclarecimentos à família, fornecimento de informações sobre planejamento familiar, esclarecimentos sobre gravidez, parto, cuidados com o bebê e amamentação, entre outros, e à formação de uma "equipe multiprofissional, com disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para atender às necessidades dos adolescentes" (11).

Na escola, trazer a "fala sobre o corpo" para o discurso oficial não a deixando circunscrita apenas nos espaços de pátios, rua, televisão, discoteca etc. Antes, ou talvez, acima de tudo, admitir a existência do corpo do (a) educador (a), portanto de sua sexualidade, de sua identidade sexual, de sua história, de seus valores, de seus estereótipos.

A educação, seja em que espaço for e que forma tomar, não pode nem deve restringir-se apenas a esta ou àquela parcela da população. Todos envolvidos na problemática da gravidez na adolescência devem também ser envolvidos na sua solução. Solução esta que se tornará uma possibilidade concreta se partir da busca da dignidade - "móvel principal da estruturação da identidade" (Silva 1995, p. 120) (12) - e propiciar uma tomada de consciência de si mesmo como ser humano digno e merecedor de prazer e felicidade. E aí, não nos referimos apenas à mulher, mas a um processo que abranja "a totalidade do ser humano e, com ela, o homem, parceiro e cúmplice, gerando uma relação de igualdade, que é o compromisso ético mais desejado da relação a dois" (12).

A minha equipe básica de saúde realiza mensalmente atividades de promoção de saúde nas escolas da comunidade, se constituiu uma roda de adolescentes onde se tratam temas específicos para esta idade, e como tema fundamental a gravidez na adolescência, suas consequências e a forma de preveni-la, é de funcionamento mensal na própria UBS.

Desenvolvem-se outras atividades educativas como palestras educativas na população e ações sociais como a distribuição de camisinhas na comunidade e na UBS.

A ferramenta fundamental que nos apresentamos é a promoção de saúde, é de vital importância elevar o conhecimento tanto dos adolescentes como seus pais sobre as consequências que apresenta a gravidez na adolescência, os riscos que se apresentam tanto para a mãe como para os filhos tanto biológica como socialmente e principalmente as diferentes formas de evitar a mesma.

A abordagem educativa na prevenção da gravidez na adolescência tem intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa, pela correlação com os cinco campos de ação da promoção da saúde propostos, destacando-se três de maior atuação: a criação de ambientes favoráveis à saúde, os temas de saúde ambiente e desenvolvimento humano, os quais não podem estar separados. O desenvolvimento implica a melhoria da qualidade de vida e saúde (13).

Promover um ambiente saudável é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, econômico ou político, suas relações com as redes de suporte social. Trata-se de nova perspectiva acerca da prevenção da gravidez na adolescência dentro das quatro dimensões social, política, econômica e do potencial humano. Cumpre identificar as desigualdades sociais em que se encontram esses adolescentes e o acesso à educação, esporte e lazer, às redes de suporte social e a ações promotoras de saúde (14).

A prevenção de doenças e agravos, bem como a promoção da saúde em seus diversos aspectos: físico, psíquico e social é fundamental para que se tenha um sistema de saúde eficiente. Os adolescentes não encontram geralmente um ambiente propício a discussões relativas à saúde sexual e reprodutiva nos serviços de saúde. É notório que os jovens iniciam a vida sexual cada vez mais precocemente, na maioria das vezes, sem nenhuma orientação prévia. Sabendo que aumento do número de gravidezes indesejáveis na adolescência pode gerar danos à saúde, faz-se necessário a implantação de estratégias que visem a esclarecer os riscos e prevenir os agravos relativos ao tema.

4) VISITA DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar é uma das ferramentas utilizadas na Atenção Primária de Saúde para prestar assistência a pessoas cuja condição de saúde não lhe permite chegar até a Unidade Básica de Saúde para receber atendimento médico. É uma modalidade assistencial de caráter substitutivo ou complementar às intervenções hospitalares e/ou ambulatoriais que garante a continuidade do cuidado e integra às redes de atenção à saúde. Esse modelo assistencial consiste em um conjunto de ações que visa à promoção, a prevenção e o tratamento de patologias, assim como a reabilitação da saúde, sendo estes prestados no contexto do domicílio. (15).

Essa modalidade tem como objetivo garantir a continuidade da assistência no domicílio, consolidando-se como uma nova lógica de atuação dos profissionais da saúde, visando o restabelecimento e a manutenção da saúde do usuário, assim como sua autonomia por meio de adaptação de funções e participação social, possibilitando a redução de reinternações, facilitando a desospitalização e promovendo melhor qualidade de vida aos usuários, familiares e cuidadores (16; 17).

Na UBS Maira Fachini do município Tefé onde eu atuo por mais de um ano as visitas domiciliares são planejadas como as outras atividades na agenda profissional da equipe básico de saúde para serem realizadas pela enfermeira os dias quarta feiras no horário da manhã e por o médico os dias sexta feira também no horário da manhã. As visitas são realizadas em conjunto com as agentes comunitários de saúde e a técnica de enfermagem que atende a área de saúde. Elas são planejadas na reunião de equipe que se efetua na própria UBS na quinta feira no horário da tarde. Nesse caso as agentes comunitárias expõem os casos que acharem durante as visitas realizadas por elas durante a semana e que precisam do atendimento médico.

As visitas domiciliares não somente permite o atendimento médico do paciente acamado, idoso ou deficiente, sino permite também ao médico fazer uma avaliação integral de cada família visitada e de forma geral de toda a população,

tanto desde o ponto de vista biológico como os aspectos sociais e ambientais que na maioria das ocasiões são os desencadeantes de dissimiles doenças que se apresentam na população, permitindo desta forma planejar as ações preventivas ou educativas com o objetivo de diminuir ou eliminar os riscos apresentados.

Vale ressaltar que cabe a equipe da atenção domiciliar facilitar o entendimento e acolher a família, mesmo diante de algumas situações de desrespeito. Uma conduta diferenciada neste momento mostra o preparo desses profissionais, já que o prejudicado na produção do cuidado será o paciente, e indiretamente a família. Assistir no domicílio significa cuidar do paciente e da família. Simbolicamente, os conflitos e as interações fazem parte do universo familiar.

(15).

Especificamente na minha área de saúde a realização das visitas domiciliares em ocasiões estão afetadas, não podendo cumprir a programação estabelecida pelas péssimas condições das vias de acesso à população. Eu presto assistência a três bairros (Vila Nova, Vila Pescoço e Nossa Senhora de Fátima) os quais estão separados do resto da cidade por uma parte do lago Tefé , com um nível elevado de pobreza , sendo suas vias de acesso pontes de madeira em péssimo estado construtivo que pioram no período de enchente, ficando parte da população em ocasiões incomunicada. Outro aspecto que interfere na realização das visitas domiciliares é o alto nível de violência e usuários de drogas que existem em algumas partes da população, requerendo em ocasiões o acompanhamento da policia civil do município para nossa segurança.

A pesar de todo isso a equipe de saúde na sua totalidade procura realizar as visitas domiciliares com qualidade, encaminhadas a lograr a recuperação total tanto dos pacientes como de seus cuidadores.

O marco das visitas domiciliares é aproveitado para realizar labores de promoção e prevenção de saúde na população, abordando temas de inteires para os moradores tais como a gravidez na adolescência, as DST, as doenças transmitidas por vetores etc., se realiza a entrega de frascos de hipoclorito 1 % para o tratamento da agua de consumo, se realizam pesquisas ativas de doenças transmissíveis como Tuberculose, Hanseníase, Malária, Dengue etc.

Em algumas ocasiões se faz difícil lograr mudanças no estilo de vida dos pacientes, tendo em conta as características da população como é o baixo nível cultural que apresentam, seus costumes arraigadas e as difíceis condições econômicas que enfrentam dia a dia.

É a través das visitas domiciliares que se pode observar aos pacientes exatamente no seu médio como um ser biopsicossocial, fato importante para nos como médicos lograr tratar aos pacientes como um todo, planejar ações precisas e lograr uma melhora efetiva no estado de saúde da população.

A equipe de atenção domiciliar tem a missão de aproximar-se da família criando vínculo, considerando o cenário domiciliar como um ambiente de cuidado integrado que concentra saberes clínicos, ampliados e singulares ao paciente, aos cuidadores e seus familiares (18). Nesse caso, cabe aos profissionais da equipe de atenção domiciliar o enfrentamento de desafios assistenciais prévios na admissão do paciente, durante todo o processo diário do cuidado e principalmente na alta domiciliar.

5) REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante a minha vida profissional é a primeira vez que realizo um curso de especialização a distância, pois em meu país não se utiliza esta modalidade de curso. Eu acho muito interessante esta forma de especialização, pois, da oportunidade de superação aos profissionais onde a tecnologia permita que seja realizado e poder aumentar o conhecimento nas diferentes áreas da medicina e a atenção primária de saúde, as quais estão em constante avanço.

Comparando desde o começo do curso até agora eu me sinto mais preparada profissionalmente para desenvolver meu trabalho aqui no Brasil como médica de atenção primária. O curso me permitiu ter maior conhecimento sobre o sistema único de saúde de Brasil, o qual tem muita diferença com o sistema de saúde cubano no qual me formei e trabalhei até chegar a Brasil há mais de um ano.

Através da modalidade dos casos complexos que tive que desenvolver durante o curso, eu logrei obter um melhor manejo na conduta ante os pacientes que dia a dia procuram assistência médica na minha UBS, pois esses casos se basam na realidade das situações de saúde que se apresentam na população; como são o atendimento a pacientes com doenças crônicas, doenças infecciosas, o atendimento pré-natal, etc.

O curso também me serviu para desenvolver habilidades na investigação, pois para desenvolver cada caso foi necessária a procura de informações em diferentes referências bibliográficas, principalmente no momento de realizar os fóruns e outros envios de arquivos. Outra atividade onde foi totalmente necessária a busca de informação foi o projeto de intervenção que em meu caso foi sobre a gravidez na adolescência; situação de saúde que se apresenta com muita frequência na minha população.

Especificamente no caso do projeto de intervenção educativa o qual tinha como objetivo aumentar o nível de conhecimento sobre as consequências da gravidez na adolescência e os diferentes métodos anticoncepcionais, apesar de ter realizado todas as atividades planejadas para este fim, não teve resultados satisfatórios, pois na minha área a incidência de adolescentes grávidas vai cada dia em aumento.

O mais difícil para mim foi ao sentido de poder cumprir em tempo com todas as atividades planejadas na plataforma devido às condições do internet cá no município Tefé, estado de Amazonas, mais com muito esforço logrei cumprir com todas as atividades.

De forma geral o curso foi muito proveitoso para minha formação, tem ferramentas até agora não utilizadas na minha formação profissional e que levarei como experiência da minha estância e trabalho no Brasil.

REFERENCIAS

<http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/poliidramnio> Revisado 17/12/2017

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.htm Revisado 17/12/2017

OPS - Organização Panamericana da Saúde. **Salud reproductiva en las Américas**. Genebra: OMS, 1992. [[Links](#)]

BERETTA, M.I.R., "**Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência, na cidade de São Carlos**". Dissertação; Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, 1995. [[Links](#)]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde-Daps. Coordenação Materno-Infantil-COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente-Sasad. **Normas de atenção à saúde integral de adolescente**. Vol. III - **Assistência ao Pré-Natal, ao Parto e ao Puerpério - Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. [[Links](#)]

OMS - *Organização Mundial da Saúde*. **Saúde reproductiva de adolescentes: Uma estratégia para ação. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. [[Links](#)]

SOF - Sempreviva Organização Feminista. **Boletim Mulher e Saúde**. nºs 15 e 16. Maio/agosto 1997. [[Links](#)]

HENRIQUES, M.H.; SILVA, N.; SINGH, S.; WULF, D. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil**. Nova York: 1989. Alan Gutmacher Institute. [[Links](#)]

DESSER, N.A. **Adolescência, sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993. [[Links](#)]

]

MAGNUZ, M. "**Grado de adaptación de Programas de Educación Sanitaria de la comunidad en America Latina y el Caribe**." *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*. nº 5. 1986, v. 100, pp. 477-492. [[Links](#)]

_____. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília: Governo Federal/Unicef/Conasems/Opas/OMS, s/d. [[Links](#)]

SILVA, M.M. - "**Mulher, identidade fragmentada.**" *In*: ROMEIRO, E. (org.). *Corpo, mulher e sociedade*. Campinas: Papirus, 1995, pp. 109 -123

FIGUEIREDO, B. (2001) **Maternidade na adolescência: do risco à prevenção.** *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 3 (2): 221-237.

GURGEL M.G. (2008)I et al. **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem.** *Esc. Anna Nery Rev Enferm.*, 12 (4): 799-05

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.30, 2013.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.44, 2011.*

BRONDANI, C.M. et al. **Caregivers and strategies for home care patients.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Ministério da
Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DE PORTO ALEGRE

PROJETO DE INTERVENÇÃO
GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA



Dra. : YAMISEL FEBLES RODRIGUEZ

TEFÉ, AMAZONAS

2017

RESUMEN

O nível mundial se a plante que a gravides a qualquer idade constitui um fato biopsicossocial muito importante, pero na adolescência leva a situações que podem atentar contra a saúde da mãe e seu filho. A presente intervenção tem como objetivo melhorar o conhecimento das adolescentes sobre os riscos da gravidez nessa idade. Para elo se realizara uma intervenção educativa, a qual se dividira em três etapas: de preparação; de intervenção e de avaliação e conclusão. Ao finalizar a mesma se espera que as adolescentes tenham um maior conhecimento sobre os riscos da gravidez nessa etapa assim como os diferentes métodos anticoncepcionais que podem se utilizar.

Palavras claves: Adolescência; Gravides; Métodos Anticoncepcionais.

SUMARIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. Introdução..... | 4 |
| 2. Problema..... | 6 |
| 3. Justificativa..... | 6 |
| 4. Objetivos..... | 7 |
| 5. Marco teórico..... | 8 |
| 6. Metodologia..... | 12 |
| 7. Cronograma. | 14 |
| 8. Recursos necessários..... | 15 |
| 9. Resultados esperados..... | 15 |
| 10. Referências Bibliográficas..... | 16 |
| 11. Anexos..... | 18 |

INTRODUÇÃO

Á nível mundial se plante-a que a gravidez a qualquer idade constitui um fato biopsicossocial muito importante, pero na adolescência leva a situações que podem atentar contra a saúde da mãe e seu filho, que não deve ser consideradas somente em términos do presente sino também do futuro.

A população mundial de adolescentes á crescido em mais de 100 milhões e em os países em desenvolvimento 1 de cada 4 pessoas estão nesse período ,a diferencia dos países desenvolvidos .

O interesse que manifestam as adolescentes pelo outro sexo as conduza a tomar decisões, pela falta de experiência e informação não sempre são responsáveis, reconhecendo que neste período se formam os padrões condutais novos que pode durar a vida toda.

Muitas destas adolescentes gravidas por sua instabilidade nas relações e sua pouca responsabilidade para enfrentar uma gravides que não estava planejada nem também não desejada, a sua vez contraem doenças de transmissão sexual pela falta de comunicação e proteção. Isto em conjunto á amadures biológica, psicológica e social própria da sua idade põe em risco lá mãe e compromete de igual forma a saúde integral de o novo ser.

Nesta etapa da vida é fundamental o apoio e compreensão de seus pais, pois isto é parte fundamental no desenvolvimento de seus filhos que ao iniciar uma atividade sexual sem uma orientação adequada ou um conhecimento pleno de suas aplicações se expõem a uma serie de riscos associados com sua função e capacidade reprodutiva.

O médico de atenção básica joga um papel fundamental na atenção a estas pacientes.

A área de saúde Maira Fachini do município Tefé, estado Amazonas com um total de 6686 habitantes e com condições socioeconômicas muito comprometidas,

apresenta nos últimos anos quase o 52,4 % das gestantes cadastradas nas idades entre 14 e 18 anos de idade.

Motivados pelas razões expostas e ante a situação encontrada em nossa comunidade, decidimos realizar o presente trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar o conhecimento das adolescentes sobre os riscos da gravidez a essa idade e como preveni-la.

PROBLEMA

Elevado índice de adolescentes grávidas na Área de saúde Maira Fachini, município Tefé.

JUSTIFICATIVA

A gravidez na adolescência é uma condição que com muita frequência se observa na consulta de atenção pré-natal na área de saúde Maira Fachini do município Tefé, e em as visitas domiciliares; motivo pelo qual se torna necessário o desenvolvimento de ações educativas para adolescentes e pais, enfatizando na prevenção para adiar a primeira relação sexual nas adolescentes e se ela ocorre que conheçam os diferentes métodos anticoncepcionais para evitar tanto a gravidez nessa etapa como as doenças de transmissão sexual. 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 expandir até outros setores os esforços de prevenção da gravidez na adolescência e planejamento familiar com conhecimento de métodos contraceptivos para a comunidade com os pais e adolescentes.

OBJETIVOS

GENERAL

Melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre os riscos da gravidez na adolescência. Área de saúde Maira Fachini. Tefé

ESPECIFICOS

- 1- Identificar os fatores que influem na aparição da gravidez nas adolescentes.
- 2- Conhecer o nível de informação que possuem os adolescentes sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais.
- 3- Integrar aos sistemas educacionais as labores de saúde para elevar a promoção sobre a gravidez nas adolescentes.
- 4- Realizar talher de promoção de saúde com a participação comunitária sobre gravidez na adolescência.

REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência, faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), é um tempo de descobertas que se caracteriza por profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais. É um momento de descoberta do próprio corpo, de novos sentimentos e prazeres (1)

È um momento da vida onde aparecem muitas dúvidas relacionadas às mudanças corporais e psicológicas, bem como, com as primeiras experiências sexuais, tornando-se de fundamental importância a abordagem da sexualidade para os adolescentes. (2)

A gravidez na adolescência como a anticoncepção nesta fase são temas polêmicos e controversos. A gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado do trabalho é elemento desestructurador da vida das adolescentes. (2)

È considerado de alto risco o fenômeno da maternidade na adolescência, devido as complicações biológicas e sociais para binômio mãe filho, havendo probabilidade de ocorrer morte de 5 a 7 vezes maior durante a gravidez para as adolescentes com menos de 14 anos de idade, da que as mulheres que são mães com mais idade e com frequência seus filhos nascem com peso inferior a 2500 grs. e prematuros. (3).

No que concerne à gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude como também aos problemas que dela derivam. Dentre estes se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Além disso, tem importância os conflitos familiares que surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente. (4)

No Brasil tem sido referido aumento da incidência da gravidez nesta faixa etária, com cifras que vão de 14 a 22%. Alguns estudos têm sido realizados, sugerindo a necessidade de estratégias para a prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos. (5)

Se, para a adolescente, a gravidez significa reformulação dos planos de vida e necessidade de assumir papel para o qual, talvez, ainda não esteja preparada, para seus pais tal experiência é marcada por sentimentos de surpresa e pelo questionamento: "onde foi que eu errei?". O fato denuncia um fenômeno muitas vezes ignorado no ambiente familiar, que é a educação quanto à sexualidade na adolescência. (6) Portanto, existe uma grande preocupação do poder público com as consequências que a maternidade precoce pode acarretar à saúde da mãe, do recém-nascido, à educação e ao desenvolvimento econômico e social. Isso se deve ao fato de esta dificultar o desenvolvimento educacional e social da adolescente, assim como a sua capacidade de utilizar todo o seu potencial individual. Como resultado, observa-se uma taxa maior de evasão escolar, desajustes familiares e dificuldade de inserção no mercado de trabalho. (7) o que pode torná-los marginalizados, agravando o quadro de pobreza do país. Com isso, alguns autores consideram a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual precoce. Acredita-se que os riscos da gravidez durante a adolescência sejam mais determinados por fatores psicossociais relacionados à estrutura familiar, ao ciclo da pobreza e educação existente, e fundamentalmente, à falta de perspectivas na vida dessas jovens sem escola, saúde, cultura, lazer e emprego; para elas, a gravidez pode representar a única maneira de modificarem seu status na vida (8). O enfoque de risco aparece fortemente associado a esta faixa etária por meio das expressões como gravidez de risco, risco para DST e AIDS e por usar drogas ilícitas. Assim, o risco generalizado parece definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas em relação aos adolescentes. (9).

A reincidência na gravidez nesta etapa da vida é frequente. Segundo Bruno et al (2009) foi verificado que 61% das adolescentes engravidaram nos cinco anos seguintes ao primeiro parto. Não foram fatores protetores: idade, estudar, trabalhar ou morar com os pais. Entretanto, quando as adolescentes tinham oito anos ou

menos de escolaridade, o risco de engravidar quase duplicou. Novas gestações foram mais frequentes entre as solteiras sem companheiro estável que aquelas que mudaram de parceiro. A baixa escolaridade, a mudança de parceiros e uniões não estáveis foram fatores de risco para reincidência de gravidez. (10).

Dentre os fatores que têm contribuído para o aumento da gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual associado à ausência do uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar. Outro fator de risco é a idade da primeira gravidez da mãe da adolescente, uma vez que as adolescentes gestantes, geralmente, vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência. (11).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá a luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo mundo (12).

A gravidez prematura causa uma série de transtornos sociais e econômicos nos núcleos familiares onde ocorrem. É da maternidade não planejada de meninas tão jovens que vem o abandono da escola, o empobrecimento da família e a exclusão das adolescentes. (13).

A gravidez na adolescência exige mudanças complexas e marcantes, não apenas sob o ponto de vista fisiológico e psicológico, mas também na estruturação da vida pessoal e familiar. (14). Ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente a situação da maternidade . (15).

Como o sistema reprodutor das adolescentes não está totalmente amadurecido pode ocorrer maior incidência de doenças hipertensivas, partos prematuros, rupturas antecipadas de bolsas e desnutrição da mãe e filho, entre outras agravantes. (15)

METODOLOGIA

O presente estudo de intervenção educativa se realizará na área de saúde Maira Fachini do município Tefé. O mesmo se aplicará a 35 adolescentes da nossa área entre 14 e 18 anos de idade e de ambos os sexos, com prévio consentimento informado dos pais.

No estudo se incluíram os adolescentes que aceitem participar da investigação e com um nível intelectual normal. Vão ser excluídos os que não aceitem sua participação ou apresentem incapacidade mental ou sérios problemas de comportamento social.

A intervenção vai constar de três etapas:

1era Etapa: Preparação

Esta etapa vai estar referida á revisão da literatura do tema em questão e á recolecção dos dados.

Para coleccionar os dados se confeccionará uma planilha de recolecção de dados que responderá aos objetivos 1 e 2 da investigação .A mesma será aplicada antes e depois da intervenção educativa .

A idade, o sexo, conhecimento sobre sexualidade, primeira relação sexual serão algumas das variáveis a utilizar.

Depois de serem analisados os dados da planilha se procederá a desenhar a estratégia educativa e as ações a desenvolver.

2da etapa: |Desenvolvimento da intervenção educativa

As sessões de trabalho serão realizadas com uma frequência semanal e uma duração de 2 horas, durante seis semanas. Com a aplicação das diferentes técnicas participativas da educação para à saúde.

1ra. Semana Tema: A adolescência: Definição e características físicas e psicológicas dos adolescentes. Sexualidade.

2da. Semana Tema: A gravidez .Fatores de risco na adolescência .

3ra. Semana Tema: Primeiras relações sexuais .

4ta. Semana Tema: Métodos anticonceptivos.

5ta. Semana Tema: Repercussões biológicas, psicológicas e sociais da gravidez na adolescência.

6ta. Semana: Realização do talher com a participação dos pais e outros convidados.

3era Etapa Avaliação y cierre da intervenção.

Após concluir a intervenção se aplicará novamente a planilha aplicada no primer momento da investigação y posteriormente se vai fazer a comparação entre ambos dados obtidos y poder determinar si foi proveitosa a intervenção e se o nível de conhecimento do tema em questão aumentou. Os dados seriam expostos em números totais y por centos e levados a gráficos para melhor compreensão.

CRONOGRAMA

| AÇÕES | JUL/17 | AGOS/17 | SEPT/17 | OCT/17 | NOV/17 | DIC/17 |
|--|--------|---------|---------|--------|--------|--------|
| Apresentação do trabalho para a equipe de saúde # 13 UBS Maira Fachini | x | | | | | |
| Cumprimento da Primeira Etapa da Intervenção | | x | | | | |
| Cumprimento da Segunda Etapa da Intervenção | | | x | x | | |
| Cumprimento da Terceira Etapa da Intervenção | | | | | x | |
| Análise dos resultados | | | | | | x |
| Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho | | | | | | x |

RECURSOS NECESSARIOS

| RECURSOS HUMANOS | RECURSOS MATERIAS |
|--|--|
| Médico e enfermeira da Equipe Básico de Saúde. | Papelaria. Lápis, Canetas, cartolinas. |
| 10 Agentes comunitários de Saúde | Computadores |
| 1 Técnico de enfermagem | Impressoras |
| Adolescentes e pais que participam na intervenção. | |

RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção esperas se lograr que as adolescentes tenham um maior conhecimento sobre a gravidez nessa etapa da vida; assim como quais são os diferentes métodos anticoncepcionais e qual pode ser utilizado por cada uns deles .

Também se espera com esta intervenção em conjunto a outras ações de saúde sobre o tema de gravidez na adolescência que se desenvolverá posteriormente se logre diminuir o número de adolescentes grávidas em nossa área de saúde.

REFERÊNCIAS

1. LIRA, DEMENSTEIN. Sexualidade e Gravidez na Adolescência, Minas Gerais, 2004. .
2. BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica # 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília. 2010.
3. MELO M.C.P. Coelho, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. 2008
4. XIMENES, Neto; KOWAL; ARAÚJO, Gravidez na Adolescência: Motivos e Percepções do Adolescente, Revista Brasileira de Enfermagem, Ceará, n.3, v. 60, p. 279 – 285 2007.
5. Oliveira-Monteiro NR. Percursos da Gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação. Psicol. Reflex. Crít. 2010; 23 (2):278- 88.
6. FERNANDES, Santos; Rosa. Gravidez na adolescência na Percepção das Mães de Gestantes Jovens. Actua Paul Enferm. São Paulo, v. 25, n. 1, 2012.
7. MANFRÉ; QUEIROZ; MATTHES. Considerações Atuais sobre Gravidez na Adolescência. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Ribeirão Preto (SP) n.17, v.5, 2010, p. 48 – 54.
8. BUENO, G, M. Variáveis de risco para a gravidez na adolescência, dissertação de mestrado, 2003. Campinas, São Paulo, 2001.
9. . BUENDGENS, B, B; ZAMPIERI, M, A. A Adolescente Grávida na Percepção de Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica. Esc Anna Nery Ver de Enf. n. 16, n. 1, p. 64 – 72 jan - mar, 2012.
10. Bruno ZV, Feitosa FE, Silveira KP, Demorais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 oct; 31(10): 480-4.
11. AMORIM, LIMA. Fatores de Risco para Gravidez na Adolescência, em uma maternidade-escola, Paraíba: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. N.(31, v. 8, 2009, p.404-410009).

- 12.SILVA; TONETE, A Gravidez na Adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando Projetos de Vida e Cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) n.2 v.14, março, 2006.
- 13.SANTOS, M.M.J.F. Gravidez precoce: matéria da capa. Estado de Minas, Belo Horizonte, p4-5.2006.
- 14.BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. Revista Saúde Publica. São Pablo, v26, nº6,2004

Disponível em : http://www.scielo.php.script=sci_artteXt&Ing=pt&nrm=isso.
- 15.GOMES, Romeu; FONSECA Eliane M.G.O. VEIGA Álvaro J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. V10, nº3,2002.

ANEXOS

UBS MAIRA FACHINI

MPIO TEFÉ

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

PLANILHA DE RECOLEÇÃO DE DADOS

A presente enquete é de caráter anônimo. Os dados aqui preenchidos serão avaliados somente pelo investigador.

IDADE: _____

SEXO: () F () M

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

1) Conhece você o que é sexualidade? () Sim () Não
Em caso que conheça explique brevemente o que é para você o termino
SEXUALIDADE .

2). Seus pais falam no algum momento com você sobre sexualidade?

() Sim () Não

3) A que idade você teve sua primeira relação sexual? _____

4) Conhece você como evitar a gravidez nessa idade ? () Sim () Não

De responder SIM mencione as formas que você conhece

5) Conhece você as consequências da gravidez na adolescência ?

() Sim () Não

6) Recebe você informação sobre o tema de gravidez na adolescência na sua escola ?

() Sim () Não

8) Que representa para você ter um filho nesta idade ?

Gravidez na adolescência

A primeira relação

A adolescência é a fase em que ocorrem os primeiros beijos, toques e descobertas a dois, podendo acontecer uma primeira experiência com sexo. Para isso, você deve lembrar que cada um tem o seu momento e não é legal fazer sexo para ser igual ao amigo (a) que diz já ter passado pela primeira transa.

O sexo, se acontecer, deve ser num clima de confiança e respeito ao seu corpo e ao do seu parceiro (a)

Métodos contraceptivos

Existem vários métodos disponíveis para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a gravidez indesejada. Escolha, junto com o médico e o farmacêutico, o melhor método para o seu corpo e para as suas necessidades!

Garotos

Para eles existe a **camisinha**, que deve ser usada em todas as relações sexuais, pois além de evitar a gravidez, é o único método masculino disponível para prevenção de DSTs e AIDS.



Garotas

Elas contam com uma variedade maior de opções. Verifique algumas:

Camisinha feminina: É uma barreira que, assim como a masculina, evita a gravidez e **previne DSTs e AIDS**. Deve ser colocada dentro da vagina antes e retirada após cada relação sexual.

ATENÇÃO: Jamais utilize a camisinha feminina e masculina ao mesmo tempo!

Anticoncepcionais orais, injetáveis e transdérmicos

- **Anticoncepcional Injetável:** É uma injeção que contém quantidades de hormônios suficientes para prevenir a gravidez durante um período determinado, que pode ser de um ou três meses. Para garantir sua eficácia, é necessária uma aplicação correta, que pode ser realizada pelo farmacêutico.



- **Anticoncepcional transdérmico:** É um adesivo composto por hormônios que são liberados pouco a pouco no organismo. Deve ser colado na pele e previne a gravidez quando usado de forma adequada.



- **Anticoncepcional oral:** Cartela com pílulas compostas por hormônios. É considerado um dos métodos mais eficazes, desde que utilizado corretamente.



- **Pílula de emergência (do dia seguinte):** Possui doses concentradas de hormônios, por isso, deve ser usado com cautela, de maneira correta e apenas em emergências.

Importante: A pílula de emergência não previne a gravidez de relações sexuais ocorridas após o seu uso. Além disso, o uso repetitivo desse método aumenta o risco de falha.



Só compre anticoncepcionais ou pílula de emergência com prescrição médica e orientação do farmacêutico.

Existem diversos métodos contraceptivos que podem evitar a gravidez indesejada, mas a camisinha (masculina ou feminina) é o único que oferece dupla proteção: protege da gravidez e DSTs/AIDS

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTE O FARMACÊUTICO.

Gravidez na adolescência

A primeira relação

Garotos e garotas descobrem que seus corpos lhes proporcionam prazer. É a fase em que se desperta para a sexualidade e para o interesse pelo outro.

Acontecem os primeiros beijos, os primeiros toques. São as primeiras descobertas a dois.

“Ficar”, “estar de rolo” e namoros são comuns a esta fase. Pode acontecer uma primeira experiência com sexo. Para isso você deve lembrar de que cada um tem o seu momento.

Engana-se aquele que se sente obrigado (a) a fazer sexo para ser igual ao amigo (a) que diz já ter passado pela primeira transa.

O sexo, se acontecer, deve ser num clima de confiança e respeito ao seu corpo e ao do seu parceiro(a)!

Para refletir

Qual o significado que a primeira relação tem para você?

Será que este é o momento certo para que ela aconteça?

Se vai acontecer, o que você deve fazer para se prevenir de doenças ou de gravidez indesejada?



Métodos contraceptivos

Existem vários métodos contraceptivos disponíveis. Junto com seu médico, você poderá escolher aquele que melhor se adapte ao seu corpo e às suas necessidades.

Garotos

Para os garotos, existe a **camisinha**, que é extremamente importante, pois além de evitar a gravidez, é o único método masculino disponível para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **A camisinha, portanto, deverá ser usada em todas as relações sexuais.**



Prevenção sem preconceito

Garotas

As garotas contam com uma variedade maior de opções. Verifique algumas:

- **Camisinha feminina:** é uma bolsa de borracha fina, macia e flexível que é colocada dentro da vagina antes, e retirada após cada relação. É uma barreira que impede que os espermatozoides entrem no útero e previne as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.
- **Diafragma:** é uma capinha de borracha que deve ser colocada na vagina antes de cada relação sexual, impedindo que os espermatozoides atinjam o útero. Pode ser usado junto com geléias espermicidas para aumentar a sua eficácia. Não serve para prevenir doenças.
- **Espermicidas:** são produtos químicos que matam os espermatozoides e só devem ser utilizados em associação com a camisinha ou o diafragma.
- **Pílula anticoncepcional:** é considerado um dos métodos mais eficazes que existem, **desde que utilizada corretamente**. É composta de hormônios e deve ser receitada pelo médico e adquirida com a orientação do Farmacêutico.
- **Anticoncepcional injetável:** são injeções de hormônios que têm o mesmo efeito das pílulas. Deve ser receitada pelo médico e adquirida com orientação do Farmacêutico.
- **Pílula “do dia seguinte”:** são comprimidos com altas doses de hormônio e por isso, devem ser usados apenas em casos de emergência. Pode apresentar riscos no seu uso, por isso não substitui os métodos normais. Por apresentar esse risco, este método, quando necessário, deve ser prescrito pelo médico e ter a orientação do Farmacêutico na aquisição.

Lembre-se

Somente o uso de camisinha evita as DSTs e AIDS.

[PREVINA-SE!]

CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- Enquadramento sociocultural;
- Antecipação da puberdade;
- Antecipação da vida sexual;
- Crenças e mitos à volta das relações sexuais, como por exemplo: na primeira vez não há risco de engravidar;
- Atenuar carências;
- Preenchimento de um vazio psicológico e emocional;
- Desejo de desafiar os pais.



CONSEQUÊNCIAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- Abandono escolar;
- Entrada precoce no mundo do trabalho;
- Acentuação das dificuldades socioeconómicas;
- Ausência de respostas sociais adaptadas às exigências da gravidez e maternidade adolescente;
- Redefinição da estrutura familiar;
- Modificação da relação com os pais;
- Alteração da relação com os amigos;
- Modificação da relação com o pai do bebé.

RISCOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- Hipertensão durante a gravidez;
- Parto prematuro;
- Aborto espontâneo;
- Anemia;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Desproporção cefalopélvica;
- Elevada taxa de mortalidade.



