



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

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Professor-orientador: Bruno Brunelli.**

**Discente: Lidivet Martínez Calderón.**

**Coari – AM**

**2017**

## SUMÁRIO:

<b>1 Atividade 1 do Portfólio – Introdução -----</b>	<b>3</b>
<b>2 Atividade 2 do Portfólio – Estudo de Caso Clínico -----</b>	<b>5</b>
<b>3 Atividade 3 do Portfólio – Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças -</b>	<b>11</b>
<b>4 Atividade 4 do Portfólio – Visita Domiciliar/Atividade no Domicílio -----</b>	<b>14</b>
<b>5 Atividade 5 do Portfólio – Reflexão Conclusiva -----</b>	<b>19</b>
<b>6 Referências Bibliográficas -----</b>	<b>21</b>
<b>7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção -----</b>	<b>23</b>
<b>8 Outros Anexos -----</b>	<b>43</b>

## **ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO: INTRODUÇÃO**

Meu nome é Lidivet Martínez Calderón, sou médica cubana e trabalho atualmente dentro do Programa Mais Médicos para o Brasil. Sou natural da província de Villa Clara, Cuba, onde morei até começar meus estudos de Medicina, na Universidade das Ciências da Saúde na província de Sancti Spíritus, na região central da ilha. Tenho 10 anos de graduada como médica e durante todo esse tempo trabalhei na atenção básica.

No mês de julho do ano 2016 cheguei ao Brasil e iniciei o meu trabalho dentro do Programa, no município Coari, Amazonas. Este município encontra-se rodeado de água, dos rios Pretos e Solimões, se localiza a 360 km de Manaus, a capital do estado, e só tem acesso a ele, pela água ou pelo ar. Aqui moram 83 078 habitantes, aproximadamente.

Minha Equipe de Saúde da Família (ESF) é União e pertence á Unidade Básica de Saúde (UBS) Luiz Carlos do Herval, localizada no bairro de União, o mesmo, embora de ser urbano, encontra-se periférico dentro da cidade.

Atendemos um total de 3988 pessoas, a maioria da população é de baixa renda, com grau quantidade de idosos aposentados, crianças em idade escolar e donas de casas. Contamos com 7 micro áreas, todas elas cobertas pelo trabalho da Equipe.

Dentro de nossa área de abrangência temos uma igreja católica, três igrejas evangélicas pentecostais, uma escola pública, uma escola particular, uma praça usada pelos vizinhos como área de lazer e duas drogarias.

O acesso ao posto de saúde não é difícil, as pessoas se trasladam caminhando em sua maioria ou em moto taxi que é o meio de transporte mais usado pelos habitantes de Coari.

Nas doenças mais frequentes, pelas quais os pacientes procuram o atendimento são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças infecciosas de tipo respiratórias, digestivas, de pele e parasitárias; também são frequentes as lombalgias e outras patologias do aparelho ósseo muscular.

Dentro da UBS, brindamos serviços de Consultas Médica, de Enfermagem e Odontológica, temos Sala de Curativos, Vacinação, Coleta de mostras para realização de Testes Rápidos e Farmácia. Além disso temos 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados a nossa equipe de trabalho.

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi o risco pré concepcional, com o título: "Consulta médica para mulheres em idade reprodutiva, com risco pré concepcional, na Equipe de Saúde da Família União", o qual constitui uma proposta para trabalhar direta e diferenciadamente com mulheres que se encontram em idade reprodutiva, que dentro de nossa área somam 951, um número para nada depreciável e bastante representativo.

Embora de que a Consulta seja feita pela médica, a equipe que participa em todo o processo está formado pelos ACS, a Enfermeira e uma Técnica de Enfermagem. Além da participação de pessoal que não trabalha dentro da nossa ESF, como: Nutricionista, Ginecologista e Assistente Social, os quais laboram dentro do município e colaboram com nossa UBS neste projeto.

(ANEXO 1)

## **ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

### Caso Clínico na UBS União

**Anamnese:** **Nome:** M.R.S. P      **Idade:** 36 anos      **Sexo:** Feminino. **Estado Civil:** Casada **Escolaridade:** Ensino Médio Completo **Profissão:** Dona de Casa  
**Endereço Atual:** Bairro União. Coari. Amazonas.

**Motivo de Consulta:** "Dor de cabeça frequente"

### **Primeira Consulta Médica: (12/05/2017):**

Paciente que relata sentir dor de cabeça muito frequente, quase todos os dias, que se pode acompanhar de náuseas. Não tem horário definido para aparecer e costa muito para sumir, pois logo de tomar analgésicos e anti-inflamatórios (como paracetamol, dipirona, Ibuprofeno, Diclofenaco e AAS) não melhora e às vezes dificulta até para conseguir dormir e alimentar-se direito.

Ao realizar o interrogatório encontramos: cefaleias frequentes, náuseas, insônia.

**Antecedentes Pessoais:** Histórico de aumento da Pressão Arterial (PA) na última gravidez (que logo de ter a filha não levou seguimento, nem tratamento). Não apresentar histórico de cirurgias ou alergias a medicamentos. A paciente não faz uso de anticoncepcional permanentemente.

**Antecedentes Familiares:** Mãe/viva/ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

**Condições de Vida:** Paciente que tem casa própria, de madeira, mora com seu esposo e dois filhos, um menino de 11 anos e uma menina de 7 anos. A renda familiar é baixa, pois só o esposo trabalha. Leva uma vida sedentária, com alimentação a base de farinha e alimentos fritos, preferentemente.

Ao realizar o Exame Físico: Peso: 78 kg Altura: 155 cm IMC: 32.0 (Obesidade tipo I) Circunferência Abdominal: 91 cm

Paciente com bom estado geral, sem alterações na pele e mucosas. Não edemas. Respiratório: MV conservado, não estertores. FR: 21irpm. Cardiovascular: BC rítmicos. Não sopros. FC: 73 bpm **PA: 150x100mmhg**. Abdome: Negativo. SNC: Orientada em tempo, espaço e pessoa. Não alterações.

Hipóteses Diagnósticas: HAS/Cefaleia/Obesidade.

### Conduta:

Explico para a paciente sobre os diagnósticos prováveis, que correspondem com o quadro clínico atual. Recomendo mudanças no estilo de vida: alimentação mais saudável (diminuir o consumo de sal, açúcar, alimentos gordurosos, fritos, farinhas, cafeína, refrigerantes, e aumentar o consumo de frutas e vegetais.). Realizar atividades físicas diárias, como caminhadas por aproximadamente 30 minutos. Evitar o uso de anti-inflamatórios como: o Ibuprofeno, Diclofenaco, Piroxicam, etc. (pela possibilidade de aumentar a PA)

Tratamento sintomático da cefaleia.

Fazer Monitoramento da PA por 7 dias, AMPA (Automedida de PA)

Indico Exames de Laboratório: Hemoglobina, Hematócrito, Glicemia em jejum, Colesterol, Triglicérides, Colesterol VLDL, Leucograma, Creatinina, Ácido Úrico, Ureia, TGP, TGO, Exame Parasitológico de Fezes (EPF) e Exame de Urina (EAS). Indico Rx de Tórax PA, Eletrocardiograma (ECG) e USG Abdome Total.

Encaminhamento para Oftalmologista (para fazer Fundo de Olho e Avaliar Agudeza Visual). Encaminhamento para Nutricionista (para avaliar estado nutricional da paciente e sugerir cardápio adequado e individualizado) Encaminhamento para Consulta de Planejamento Familiar e Avaliação do Risco Preconcepcional.

### **Segunda Consulta Médica: (19/05/2017):**

A paciente retorna, relatando que ainda apresenta cefaleias frequentes. Explica que foi avaliada pela nutricionista e está tentando cumprir com a dieta sugerida pela mesma. Foi agendada a Consulta com o Oftalmologista.

Monitoramento de PA (AMPA):

1er dia PA: 160x100mmhg 2do dia PA: 150x90mmhg 3er dia PA: 170x110mmhg

4to dia PA: 140x90mmhg 5to dia PA: 150x100mmhg 6to dia PA: 160x100mmhg

7mo dia PA: 150x90mmhg PA na Consulta de hoje: 160x100mmhg

Resto do Exame Físico sem alterações.

Avaliação dos resultados dos exames de laboratório indicados:

Hemoglobina: 12,6 g/dl. Hematócrito: 41% Glicemia em jejum: 4,7 mg/dl

**Colesterol: 294mg/dl Triglicérides: 274mg/dl Colesterol VLDL: 42 mg/dl**

Leucograma:  $7,8 \times 10^9$  Diferencial: Neut: 52%, Lin: 45%, Eos: 3%

Creatinina: 1.1mg/d Ácido Úrico: 3,5mg/dl Ureia: 22mg/dl

TGP: 24 U/l TGO: 21 U/l EPF: negativo EAS: Píocitos: 1-2xc

Outros Exames: Rx Tórax: Sem alterações ECG: Sem alterações. FR: 86 bpm

Com o resultado do Exame Físico, Cifras de PA aferidas e Resultados dos Exames de Laboratório, e tomando em conta o preconizado pelo Caderno de Atenção Básica de HAS (Brasil, 2013), sobre os valores de diagnóstico, concluo que a paciente apresenta os seguintes diagnósticos:

- **HAS/Dislipidemia Mista/Obesidade/Cefaleia** (impressora associada a HAS)

Oriento:

Cumprimento da dieta, orientada na primeira consulta, e das mudanças do estilo de vida em geral. Segundo o descrito no CAB No 37, onde fica expostos os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS” (Brasil, 2013)

Tratamento Farmacológico, indicado inicialmente, segundo o preconizado, no CAB sobre HAS (Brasil, 2013), onde explica que as pessoas com níveis pressóricos no estágio 2 (PA  $\geq$  160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida, iniciando o tratamento com:

- Enalapril (20mg) 1 comprimido x dia (preferencialmente no horário da manhã) +Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido x dia (preferentemente no horário da manhã), tomando em conta o preconizado na 8va Guia Americana para o Manejo da HAS, sobre a preferência pelos esses grupos farmacológicos como terapia combinada em pacientes no estágio 2(JNC 8, 2014)
- Sinvastatina (20mg) 1 comprimido as 9:00 horas da noite, pois segundo o exposto na 5ta Diretriz Brasileira de Dislipidemias, quando se trata de uma dislipidemia mista, deve-se associar o uso de fármacos, preferencialmente as estatinas, com a dieta. (SBC, 2010)
- Indico seguimento da PA por 7 dias (logo do começo do tratamento)

Explico sobre os possíveis efeitos dos medicamentos, para que a paciente conheça e não fracasse o tratamento. Assistir a Consultas de Seguimento no Posto, Consultas de Planejamento Familiar e Risco Preconcepcional e Consulta com o Oftalmologista.

### **Terceira Consulta Médica: (29/05/2017):**

A paciente assiste à consulta relatando sentir se muito melhor, as dores de cabeça sumiram e já se pode alimentar melhor e dorme sem dificuldades. Necessidades fisiológicas conservadas e normais. A mesma explica que está cumprindo com o tratamento farmacológico e não farmacológico.

Monitoramento da PA, com uma média de 130x80mmhg.

PA (Hoje): 130x80mmhg Peso: 76,5kg (perda de 1,5kg em 16 dias)

Resto do Exame Físico sem alterações

USG de Abdome Total (28/05/2017): Dentro dos padrões normais.



A paciente informa foi avaliada pelo Oftalmologista (26/05/2017): Sem alterações no fundo de olho, nem da agudeza visual.

Também foi avaliada na Consulta de Planejamento Familiar, se indica BHCG (negativo) e se sugerem diferentes formas de anticoncepção, de preferência o DIU (Dispositivo Intrauterino), explicando as vantagens do mesmo, e segundo o estabelecido no Caderno de Atenção Básica No 26, de Saúde Sexual e Reprodutiva, sobre as indicações para pacientes com HAS, obesidade e histórico de HAS na gravidez (Brasil, 2013), mais a paciente explica que embora de não desejar engravidar no momento, só quer usar camisinha. Também não deseja fazer laqueadura, pois ainda, ela e seu esposo não têm decidido se querem ter mais filhos.

Oriento: Manter dieta, prática de exercícios, cumprir com o tratamento farmacológico. Necessidade de manter o uso da camisinha, explicando a necessidade de manter controle e seguimento sobre as doenças de base, antes de decidir engravidar.

#### **Quarta Consulta Médica: (30/06/2017):**

A paciente assiste à Consulta para solicitar renovação da Receita Médica para Enalapril, Hidroclorotiazida e Sinvastatina. Não apresenta queixas, nem sintomas no momento.

PA: 130x70mmhg      Peso: 75 kg (perda de 3 kg em 48 dias)

Mantenho orientações gerais.

#### **Quinta Consulta Médica: (27/07/2017):**

A paciente assiste à Consulta para solicitar renovação da Receita Médica para Enalapril, Hidroclorotiazida e Sinvastatina. Não apresenta queixas, nem sintomas no momento.

PA: 120x80mmhg      Peso: 73,6 kg (perda de 4,4kg em 75 dias)

Mantenho orientações gerais.

**Visita Domiciliar (22/08/2017):**

Realiza-se visita domiciliar com o objetivo de avaliar mais de perto a situação familiar, as relações entre os membros da família, orientar a cada um deles, e elaborar o Genograma completo. (OUTROS ANEXOS).

### **ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO: PROMOÇÃO DA SAÚDE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Durante todo o tempo de trabalho na minha Unidade Básica de Saúde (UBS), muito do meu esforço tem sido dirigido a modificar positivamente o jeito de atender um grupo tão susceptível e especial como são as grávidas. Desde a minha chegada tenho intentado diferenciar positivamente o atendimento, com qualidade, para garantir que não seja só uma atividade em que se procura um diagnóstico e se indica um tratamento, se não, mas bem, um momento de intercambio de conhecimento, preparação, educação e motivação, para transforma-la em uma consulta desejada pela paciente e a família, sem necessidade de imposição. Pois segundo o descrito no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (Brasil, 2000): " a possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos, entre o profissional e a grávida, é considerada a melhor forma de promover e ajudar no processo de compreensão da gestação". Temos procurado um atendimento onde a promoção e prevenção também tenham parte do protagonismo.

O caminho tem sido tortuoso, pois anteriormente o atendimento das gestantes, assim como dos programas de Hipertensão, Puericultura, ou Saúde Mental, eram uma tarefa exclusiva do médico e a enfermeira, o resto da equipe não se encontrava identificado nem incorporado a essa atividade. Além disso, as grávidas ficavam acompanhadas em diferentes horários, sem organização, o que no final terminava em desorientação e insatisfação, de todas as partes implicadas. Segundo o preconizado pelo Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (Brasil, 2013): a unidade básica deve ser a porta preferencial da gestante no sistema de saúde, onde seja garantido um atendimento longitudinal e continuado.

E disso se trata, de que a grávida escolha ser atendida por nós e que toda a equipe se sinta parte dessa tarefa. Por isso temos desenvolvida uma série de ações de educação, promoção, prevenção na prática, entre as quais encontramos as seguintes:

- Instauração da consulta médica de risco pré-concepcional, onde são identificadas, tratadas e orientadas as mulheres em idade fértil, que apresentam algum risco, que pode comprometer o binômio de mãe e criança. O qual influencia positivamente o curso da futura gravidez e o atendimento posterior.
- Capacitação do todo o pessoal do posto, para garantir a integralidade da atenção, desde o acolhimento até o termino da consulta.
- Identificação das novas grávidas, desde o início da gravidez, através de visitas domiciliares, onde são incentivadas a iniciar o Pré-Natal cedo, explicando as vantagens.
- Aumentou-se a cobertura médica e de enfermagem, estabelecendo horários certos para as consultas programadas e explicando sobre a demanda espontânea, em cada caso.
- Realização de palestras relacionadas com aspectos da gravidez e os cuidados das crianças, cada semana, coincidindo com os horários de consultas agendadas,
- Incorporação de novos serviços, como a realização de testes rápidos, dentro do posto, o que facilita que a maioria delas e seus parceiros realizem os exames.
- Atividades de promoção e prevenção sobre temas de interesse coletivo.
- Realização de atividades de saúde bucal, com horários específicos para a atenção das grávidas, sendo que todas tenham a oportunidade de ser avaliadas, em algum momento durante esse período.
- atendimentos diferenciados, às grávidas com doenças crônicas associadas, como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial e Patologias da Tireoide, entre outras, (a maioria identificada e orientada antes de engravidar). Tendo em conta o descrito no texto de Medicina ambulatorial: Conduitas de atenção primária baseada em evidências (Duncan, 2004) onde se expressa que o atendimento deve ser adaptado às necessidades e circunstâncias apresentadas pelas diferentes pacientes e suas gestações, onde alguns pacientes vão necessitar de uma maior quantidade de exames, e outras não, algumas necessitarão de mais informações que outras, ou apoio psicológico; dependendo dos fatores de risco que cada gestação apresente.

- Visitas programadas a Maternidade, área onde deve ser realizado o parto chegado o momento. Pois segundo o referido no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (Brasil, 2000) "a humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais da saúde estabelecem com as mulheres durante todo o processo de parturição". Visitas orientadas a conhecer mais intimamente essa parte dentro do hospital, recomendando-se a companhia do esposo ou outro familiar, como jeito de inserir à família a todo esse processo.

Paulatinamente, com a instauração progressiva e mantida das medidas descritas, temos conseguido que: cada vez mais mulheres se incorporem às nossas consultas de risco pré-concepcional e às consultas de gestantes. Conseguimos que o acolhimento seja apropriado, sendo que as mesmas grávidas relatam ser bem atendidas desde sua chegada ao posto de saúde. Temos logrado um atendimento mais integral, e mais humanizado, onde fica inserida toda a equipe, sendo a grávida a maior beneficiada. Elas assistem à consulta esperando as orientações gerais no momento da palestra e específicas dentro da consulta, pois elas se sentem mais a vontade de perguntar em caso de dúvidas. Agora o momento e lugar do parto não constitui um caminho desconhecido, e a grávida e sua família ficam mais preparados.

Conforme o exposto no CAB de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (Brasil, 2013) a grávida deve ser atendida integralmente, com ações de caráter individual e coletivo, que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos.

Sobre essas premissas continuamos trabalhando.

#### **ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO: VISITA DOMICILIAR. ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliar, segundo o descrito no texto: Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação (Pereira, 2004), constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

Na UBS Luiz Carlos do Herval, no momento da minha chegada, a realidade do atendimento domiciliar encontrava-se longe desse conceito. As visitas domiciliares (VD), não eram programadas, nem agendadas, muitas vezes realizadas aleatoriamente, sem critérios para atendimento preferencial e feitas fundamentalmente pela enfermeira. A situação estava determinada pela falta de Agente Comunitários de Saúde (ACS), com 3 das 7 microáreas descobertas, a ausência de organização nas agendas compartilhadas do atendimento dos profissionais da ESF, a falta de inserção de todas as partes num processo, que precisa da multidisciplinaridade, e no final, mais não menos importante, a ausência de apoio por parte da anterior gestão de saúde no município. Na verdade, a realização das VD não formava parte das necessidades sentidas da ESF, e a população terminou por esquecer seus direitos e optou por não procurar um serviço sem qualidade, nem organização.

Logo de mudanças acontecidas no nível municipal, após 4 meses de trabalho na UBS, as coisas começaram tornarem-se diferentes. Com a ESF completa, vontade e disposição de todos e recursos materiais fornecidos, começamos a escrever uma nova história na atenção domiciliar no bairro da União.

Inicialmente durante uma reunião da equipe, elaboramos uma agenda compartilhada dos profissionais, colocando horários definidos para a realização das VD, tanto do médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e assistente dental.

Explicando que não poderia existir divórcio entre os atendimentos e que cada semana, toda a equipe deveria conhecer os casos, para procurar um atendimento integral e de qualidade para cada indivíduo e sua família.

Para poder realizar o trabalho adequadamente, se solicitou aos ACS, realizar uma busca ativa dos pacientes que precisaram de cuidados contínuos, além disso foi pedido também a realização de um exaustivo levantamento de cada paciente com patologias crônicas, patologias agudas (com necessidade de seguimento domiciliar), grávidas e puérperas, menores de 2 anos, e de deficientes, acamados e idosos, além dos cuidadores de cada um deles.

Com todo esse conhecimento foi feita uma planilha, com um organograma, para segundo os riscos, as doenças, as situações detectadas individualmente, e a necessidade sentida e real de atendimento, organizar justa e equitativamente a realização do atendimento no domicílio, sem esquecer totalmente os protocolos, mais dando preferência à realidade da nossa comunidade.

Ampliamos a quantidade de atendimentos e já são feitas, nos lares, ações de saúde como: curativos, retirada de pontos cirúrgicos, colocação de injeções (sob todo para pacientes crônicos e como parte do planejamento familiar), toma de PA e determinação de Glicemia (em sangue capilar).

Toda a equipe tem sido inserida nessa tarefa, pois com a ajuda de todos, se logram mais rapidamente os objetivos marcados.

As visitas são programadas cada semana, antes da sua realização, tomando em conta, que os pacientes muitas vezes são determinados pelos profissionais da equipe e em outras ocasiões, por situações de urgência ou necessidades no momento, a visita é solicitada por familiares ou cuidadores de pacientes, que não se podem deslocar até nossa UBS.

Como consequência da melhoria da gestão municipal, contamos com o NASF, que trabalha em conjunto com a equipe, com nossa ajuda eles identificam e tratam a pacientes e famílias necessitadas, então, existe a sua vez um processo de retroalimentação, pois nós somos, desde nossa posição, os que acompanhamos toda a evolução, dentro da comunidade.

Com toda essa cercania e conhecimento logrado, determinamos quando a intervenção nas visitas pode ser individual, familiar e até comunitária, avaliando ao paciente, como esse ser biopsicossocial, que a sua vez constitui um todo.

Como jeito de apagar esse precedente negativo, tentamos que a população conheça e se adentre dentro do processo de atendimento domiciliar.

O atendimento dos pacientes com patologias crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Asma Bronquial, entre outras, já não se limita às consultas na UBS, esses pacientes são visitados, em dependência da programação e a necessidade, pois não existe integralidade na atenção se não conhecemos o médio em que o paciente vive a diário.

As grávidas, puérperas e menores de 2 anos, são visitados por todos os profissionais da equipe, igualmente em horários determinados, tentando resgatar esse atendimento de qualidade, onde determinamos os riscos domiciliares, objetivos e subjetivos, que podem comprometer o adequado desenvolvimento das crianças, da gravidez e do puerpério, todos esses, momentos extremadamente importantes e sensíveis da vida.

As visitas têm logrado trazer de volta a pacientes que faltavam às consultas, inseri-los em outras novas atividades como a Consulta de Risco Preconcepcional, convocar-lhes á atividades de promoção e prevenção, digam-se palestras, rodas de conversas, entre outras.



Desde que o atendimento domiciliar é planejado, os ACS avisam com antecedência nos lares a ser visitados, o que organiza o trabalho, aproveita o tempo e o paciente e a família se sentem respeitados e consultados.

Em conjunto com a enfermeira temos desenvolvido uma série de ações encaminhadas a melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, sem os quais a atenção aos pacientes (ao seu cuidado) fica comprometida. Tentamos realizar procedimentos no lar, tendo em conta que para eles é quase impossível chegar ao posto de saúde, realizamos conversas com eles e com a família, pois todos devem entender que o trabalho de cuidado do paciente não deve recair só em uma pessoa e que deve ser feito em equipe.

Ainda trabalhamos nesse tema, pois muitas vezes encontramos reticência por parte de muitos familiares e até do próprio cuidador, que se reconhece como único responsável do cuidado. Segundo o expressado no Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1. (Brasil, 2012), a atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

O caminho não tem sido fácil, e ainda encontramos obstáculos de todo tipo, pois existem pacientes que precisam de exames de laboratório, ECG, Raios-X ou USG, que com muita dificuldade devem deslocar-se até essas instituições para fazer esses procedimentos, ante a impossibilidade (às vezes por falta de gestão e outras de vontade, em outros níveis de atendimento) de realizar essas ações no lar. Muitas vezes encontramos que dentro da família, e até o mesmo paciente, não cumprem com as orientações, o que termina em abandono de tratamentos, resposta escassa ou inadequada aos mesmos e desenvolvimento de complicações, sem contar a decepção por parte do profissional que observa como todo seu esforço, tempo e dedicação terminam jogadas no lixo.

Todo o contrário acontece quando vemos que os pacientes melhoram, que as famílias ficam inseridas em cada processo e quando sentimos que ficam felizes e esperançados com cada visita. Sentir que a família sente a ESF como algo perto, com poder para fazer mudanças positivas, e que cada membro desta é respeitado como tal, não tem preço. Até agora temos uma retroalimentação positiva por parte da população atendida, a qual fica grata pelo quanto temos logrado nessa forma de atenção.

Segundo o descrito no texto: Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família (Albuquerque, 2009): para a Equipe de Saúde da Família, a Visita Domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

Na minha experiência acho que, na maioria das ocasiões, é gratificante intervir na vida das pessoas, usando o atendimento domiciliar, procurando que ninguém fique desamparado nem esquecido. A visita domiciliar constitui uma ferramenta de incalculável valor na atenção básica, sempre que seja usada com organização e recursos, de forma integral, justa e equitativa.

### **ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO: REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Mirando retrospectivamente meu passo pelo Curso de Especialização, posso dizer que o aproveitamento do mesmo foi muito bom. Para mim todo o trabalho feito foi muito proveitoso, ajudando a minha adesão a programas, protocolos e até formas de pensamentos que são diferentes no Brasil, com respeito a minha formação como profissional em Cuba. Além da melhoria na parte acadêmica, me ajudou a ganhar habilidades na comunicação e no idioma.

Durante todo o processo fui aprendendo sob a história da Saúde Pública neste país, as mudanças acontecidas e o impacto sob a população. Através dos casos fui colocando novas ações na minha prática diária, nos atendimentos, a formas de intervenção, a organização do trabalho e a realização de uma agenda compartilhada que se correspondesse com as necessidades reais da minha comunidade. Além disso, muito do aprendido no caminho contribuiu a melhorar as consultas, as condutas e o jeito de abordar os problemas.

Consegui criar um espaço para as mulheres com risco pré-concepcional, que até esse momento se encontravam sem assessoramento nem acompanhamento desse tipo. Com ajuda da minha equipe, aumentaram as atividades de promoção e prevenção, e as mesmas foram feitas de um jeito mais didático e fácil de compreender.

Muitas mudanças positivas têm acontecido com o atendimento dos pacientes com patologias crônicas como: hipertensos, diabéticos e asmáticos, entre outros; assim como na atenção de grávidas, puérperas e crianças. O maior problema durante o desenvolvimento do curso foi a situação com a internet, que é muito ruim no meu município, o que em ocasiões gerou atrasos em envios de algumas tarefas e atividades, mais sempre tentei cumprir com os objetivos marcados, os prazos estabelecidos, e o mais importante, em todo momento tentei aprender.

Para os profissionais da saúde a aprendizagem tem que ser contínua, de nossos conhecimentos depende, muitas vezes, a melhoria das pessoas ou a resolução de uma situação familiar, por tanto entendo que ficar atualizado e motivado incide positiva e definitivamente sob os nossos pacientes.

***“A mudança é o resultado final da aprendizagem verdadeira”***

***Leo Buscaglia.***

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Albuquerque ABB. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2009.
- Assistência Pré-natal: Manual técnico - 3ª edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p.32-33, p. 37-40, p (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
- 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, 2012, Volume I p.21-24.
- 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, p.31-33, p. 59-61, p. 88-89, (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p 203-204. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

- DUNCAN, Bruce B., et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências, 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
  
- JNC 8 Nuevas Guías Americanas para El manejo de la Hipertensión Arterial Disponível em: <<http://www.cardioteca.com/hipertension-arterial-hta-blog/889-jnc-8-nuevas-guias-americanas-para-el-manejo-de-la-hipertension-arterial-diez-anos-despues-mas-evidencia.html>> Acesso em 09/09/2017.
  
- Pereira MJB. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. Ministério da Saúde, 2004.
  
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2010; p. 14.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
Universidade Aberta do SUS – UNASUS**

### **Projeto de Intervenção**

**Consulta médica para mulheres em idade reprodutiva, com risco pré-concepcional, na Equipe de Saúde da Família União.**

**Lidivet Martínez Calderón**

**Coari – AM**

**2017**

## RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta para trabalhar direta e diferenciadamente com mulheres que se encontram em idade reprodutiva, que segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde compreende entre os 15 e 44 anos de idade e que apresentam algum tipo de risco, que pode comprometer sua vida ou a vida da criança, no caso que ficara grávida. Estes riscos podem ser de tipos biológicos, psicológicos e até sociais. Neste estudo apresentamos a consulta médica específica para este grupo populacional, que até agora não está formalmente implementada, como uma alternativa de melhorar a saúde da mulher e fazer uma adequada preparação para que tanto a gravidez como os partos aconteçam no momento correto e do jeito esperado, diminuindo as complicações para mãe e a criança que, em muitos casos, podem ser perfeitamente evitáveis. Nosso objetivo é de atender, acompanhar e orientar adequadamente a essas fêmeas com riscos. Utilizaremos como método de avaliação a assistência à consulta logo de estabelecida e a erradicação progressiva e controlada dos riscos, sobre os quais dentro de nossa equipe conseguimos atuar.

**PALAVRAS-CHAVE: Consulta médica específica, Risco Pré-concepcional, Mulheres em idade Reprodutiva.**



## **SUMARIO:**

1. Introdução.....	4
2. Problema.....	6
3. Justificativa.....	6
4. Objetivos	
4.1 Objetivo Geral.....	7
4.2 Objetivos Específicos.....	7
5. Revisão de Literatura.....	8
6. Metodologia.....	13
7. Cronograma.....	15
8. Recursos Necessários.....	16
9. Resultados Esperados.....	17
10. Referencias Bibliográficas.....	18
11. Anexo.....	19

## 1. INTRODUÇÃO

A variável demográfica que mais incide hoje no crescimento populacional é a fecundidade, assim como sobre o processo de envelhecimento. A atenção do risco pré concepcional constitui uma maneira de atuar favoravelmente sobre a fecundidade e a natalidade, do jeito que as mesmas sejam tomadas e avaliadas de forma mais responsável.

O Risco Pré Concepcional é a probabilidade que apresenta tanto a mulher em idade reprodutiva (15-44 anos, segundo o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde), como a criança, de sofrer danos durante o processo da reprodução. Considera-se muito importante o atendimento ao casal, e mais ainda á mulher, que ao final, leva a maior parte da responsabilidade.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da **Lei nº 9.263/96**, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida lei, o **planejamento familiar** é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal no art. 2º.

Poder **planejar a gravidez** e ser preparada adequadamente para essa fase é um direito das mulheres. Infelizmente, essa prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde.

Minha Equipe de Saúde da Família (ESF) é União, a mesma forma parte da Unidade Básica Luiz Carlos do Herval, no município Coari, Estado de Amazonas. A ESF atende um total de 3988 pacientes, encontrando-se dentro dessa população um total de mulheres em idade reprodutiva de 951, as mesmas distribuídas dentro das 7 microáreas de abrangência.

Muitas delas podem ser consideradas como risco pré concepcional, as mesmas até agora não contam com uma consulta feita por profissionais capacitados, onde sejam atendidas adequada e responsavelmente, para tentar resolver essas condições que entorpecem o momento mais feliz e esperado por as fêmeas: a maternidade.

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional.

A consulta tem como metas: fomentar nessas pessoas hábitos e estilos de vida saudáveis, assim como ajudar para que a gravidez seja planejada de forma correta e sejam tomados os cuidados prévios, tentando eliminar hábitos tóxicos, corrigir estados de anemia e infecções recorrentes, e atuar sobre patologias crônicas susceptíveis de ser modificadas, compensadas e equilibradas.

Em geral, os objetivos dessa atenção preferencial são: melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, para lograr gestações saudáveis e oportunas, e elevar a qualidade de vida de mães e filhos.

**PROBLEMA:**

Como implementar a Consulta de Risco Pré Concecional na escala de atendimento médico da equipe de saúde da família, garantindo o atendimento das mulheres que fazem parte desse grupo, de forma planejada e sistemática.

**JUSTIFICATIVA:**

Nossa área de abrangência tem 951mulheres em idade reprodutiva, a maioria das mesmas com riscos biológicos, psicológicos e sociais, dos quais muitos podem ser atendidos dentro da ESF, até agora, a maior parte dessas fêmeas são tratadas em consultas de livre atendimento, as quais por ser muito numerosas, não permitem ao profissional dar o atendimento de forma integral e perigos que bem podiam ser identificados e solucionados no tempo adequado, simplesmente passam despercebidos, trazendo consigo, em algum tempo doenças, complicações e no pior dos casos até a morte de grávidas e recém-nascidos. Devido a isso a consulta não é uma opção, mais bem pode ser considerada uma necessidade sentida dos profissionais e da população.

**OBJETIVOS:****OBJETIVO GERAL:**

- Implementação da Consulta de Risco Pré-concepcional, para mulheres em idade reprodutiva, na Equipe de Saúde da Família União.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar as pacientes em idade reprodutiva com risco pré-concepcional dentro da área de abrangência da ESF.
- Avaliar o estado biopsicossocial das mulheres consultadas.
- Identificar os riscos susceptíveis de modificação a traves do acompanhamento nas consultas.
- Implementar ações individualizadas segundo as condições detectadas.
- Sensibilizar ás mulheres sobre a importância do atendimento pré-concepcional, como jeito de garantir gestações mais seguras.
- Orientar sobre o planejamento familiar e o uso do método anticoncepcional mais factível para cada caso.

## REVISÃO DE LITERATURA

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Ainda não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para essa atividade. Mas, enquanto profissionais de saúde, podemos motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde e em consultas médicas ou de enfermagem. (PRENDES LABRADA, MC, 2001)

O planejamento de uma gravidez é fator determinante para o sucesso da concepção. Uma gravidez não planejada e/ou com acompanhamento inadequado pode resultar em riscos, muitas vezes evitáveis, para a mãe e o bebê. (DE SOUZA SANTOS, R, 2016).

Geralmente a consulta é realizada nos Centros de Saúde, onde o aconselhamento e seguimento são feitos pelos profissionais da Saúde Familiar, ou seja, a Enfermeira e o Médico de Família. (WOMEN AND CHILD HEALTH, 2011).

A filosofia dos **cuidados pré-concepcionais** apoia-se num processo integrado e contínuo de cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva.

Recomenda-se que, ante a intenção de uma futura gravidez, se realize uma consulta específica com o objetivo de indagar e ponderar sobre os dados colhidos na avaliação do risco reprodutivo e equacionar as recomendações pertinentes. Assim, importa reforçar as atividades de promoção da saúde e os cuidados antecipatórios dirigidos para o **período antes da concepção**, reconhecidos que são os ganhos em saúde de uma intervenção sistemática e programada nesta fase do ciclo de vida dos indivíduos.

Tendo em conta os riscos biológicos associados à gravidez, os cuidados pré-concepcionais têm como principal alvo as **mulheres em idade fértil**. Também será necessário contemplar, a participação dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva, enquanto verdadeiros parceiros nestes domínios e, como tal, sujeitos a igual intervenção. (ARRAIANO M, 2016)

Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação, podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide e, portanto, recorra à vigilância pré-natal. A avaliação pré-concepcional do risco é, assim, um aspecto cada vez mais importante dos cuidados pré-natais. (PEIXOTO, S, 2009)

A mulher (ou até mesmo, o casal) deve ser alertada para a importância da consulta pré-concepcional e do diagnóstico precoce da gravidez, bem como do início precoce do acompanhamento pré-natal. (WOMEN AND CHILD HEALTH, 2011).

Diante da decisão de engravidar, a literatura médica é unânime em aconselhar a realização de uma consulta pré-concepcional. Esta atitude pode reduzir os riscos de uma gravidez, permitindo que alguns fatores que condicionam negativamente a gravidez sejam detectados, eliminados ou modificados antes da gravidez.

De uma forma geral, a consulta pré-concepcional consiste na entrevista da mulher ou casal, onde se procura:

- ✓ Eliminar ou minimizar conhecidos problemas de saúde que possam interferir negativamente na gravidez.
- ✓ Identificar fatores até então desconhecidos que podem interferir na gestação.
- ✓ Identificar e aconselhar possíveis riscos genéticos.

- ✓ Minimizar o risco de perda gestacional através da identificação e tratamento de infecções, problemas endócrinos ou uso de medicações para casais com perda gestacional de repetição.
- ✓ Minimizar o risco de malformações fetais através de condutas como: orientações para evitar exposições conhecidamente danosas; aconselhamento sobre vacinas e prevenção de infecções.
- ✓ Orientações sobre quando procurar diagnóstico e tratamento para infertilidade conjugal. (RIBEIRO DE OLIVEIRA, F, 2014).

Muitas atividades podem ser desenvolvidas pelos profissionais nestas consultas, tales como:

1. Aumentar os esforços para alertar a mulher/casal em idade reprodutiva, sobre as vantagens do aconselhamento pré-concepcional.

2. Iniciar variados procedimentos considerados básicos para os cuidados pré-concepcionais que devem também abranger todas as mulheres em idade fértil, o que implica interrogá-las sobre:

- A utilização de métodos contraceptivos.
- Dos seus planos no que diz respeito a uma futura gravidez.
- Identificar riscos.
- Iniciar a intervenção apropriada.
- Acentuar a importância das gravidezes planeadas.
- Valorizar as primeiras semanas da gestação.
- A necessidade de cuidados especiais, mesmo antes da concepção.

3. O aconselhamento pré-concepcional deve ser entendido como um processo durante o qual o profissional de saúde deve obter através da história reprodutiva, médica e familiar.

4. Toda a informação possível para estabelecer o risco de **anomalia reprodutiva**, numa determinada mulher/casal, e propor as medidas tendentes a minimizá-lo.



5. Também se deve avaliar o impacto que diversos fatores podem ter sobre o feto como, por exemplo, a idade da mulher, hábitos, doenças crônicas maternas, infecções, vários fármacos e poluentes.

6. Esta consulta proporciona, ainda, uma excelente oportunidade para dar algumas informações sobre a fisiologia da reprodução, como por exemplo, o ciclo menstrual, a ovulação, o período fértil e o tempo que poderá ser necessário para engravidar.

7. Permite, também, informar sobre os objetivos da vigilância pré-natal, o seu conteúdo e a sua frequência, de modo a que o casal possa entender o protocolo e a disciplina a cumprir, a respeito duma gravidez que se pretende sem risco para assim obter um parto harmonioso e um filho saudável.

8. Far-se-á um controlo laboratorial; o rastreio e determinação da imunidade para várias doenças - víricas, bacterianas e parasitárias -; o rastreio do cancro do colo e sempre que indicado outros testes laboratoriais.

9. Recomendar-se-á:

- *O registo do calendário das menstruações.*
- *A realização, pelo futuro pai, do rastreio da sífilis, da infecção por VIH e do estado de portador de hepatite B o acompanhamento das situações de risco.* (ARRAIANO M, 2016).

Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica.

Assim como a administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênicas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg Via Oral /dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção).

Todas as ações encaminhadas a melhorar e garantir a adequada saúde da mulher e a criança. (Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 32, 1ª edição revista. Brasília – DF 2013).

O enfoque do risco reprodutivo deve começar antes da concepção. A medição de risco é à base da programação e da atenção, já que permite identificar dentro da população aos indivíduos mais susceptíveis e orientar a atenção prioritariamente a esses pacientes. (RIGOL, R, 2004).

Quem tem condições de planejar uma gravidez com bastante antecedência, ajuda seu bebê a nascer muito mais saudável. Portanto, antes de engravidar, a mulher, e de ser possível, o casal, deve procurar um médico capacitado para fazer a consulta pré-concepcional e garantir, deste jeito, o sucesso. (RIBEIRO DE OLIVEIRA, F, 2014).

## **METODOLOGIA**

Este projeto trata-se de um estudo de tipo Clínico Intervencional, onde procuramos atender a través de consultas individuais, até agora não estabelecidas, á mulheres em idade reprodutiva, que apresentam condições que convertê-las em alvo de possíveis complicações durante a gravidez, logo desta e até para o produto da concepção.

Com o conhecimento da quantidade de mulheres em idade fértil, procederemos a identificar os riscos que podam ser apresentados, já seja a través da busca ativa nas vivendas durante as visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (previamente treinados na identificação de condições que incluam ás mulheres dentro do grupo sobre o qual pretendemos atuar) e pelo resto dos profissionais da Equipe de Saúde, também durante as consultas individuais onde as mulheres procuram atendimento médico ou de enfermagem por motivos diferentes e a través da avaliação dos prontuários das mulheres em idade reprodutiva.

Logo deste primeiro momento, procederemos a estabelecer a Consulta de Risco Preconcepcional proposta (**Anexo 1**), com frequência semanal, com duração de 4 horas, com o objetivo de atender um aproximado de 8 mulheres, pois a consulta precisa de tempo (30 minutos) para conseguir avaliar integralmente á mulher ou casal, e fazer ou promover ações em cada caso. Assim como estabelecer individualmente a frequência de retorno a consulta.

Embora de que a Consulta seja feita pela médica, a Equipe que participará em todo este processo estará formado pelos ACS, 1 Enfermeira e 1 Técnica de Enfermagem. Também pode ser precisada a participação de pessoal que não trabalha dentro da nossa Equipe, como: Nutricionista, Ginecologista e Assistente Social.

Buscamos avaliar à mulher de maneira integral, como um ser biopsicossocial, e de ser possível ao casal, procurando intervir e abordar cada aspecto desde pontos de vistas diversos: prevenção, educação em saúde, cura de doenças e reabilitação quando seja necessário, sempre procurando: lograr que a mulher engravide quando tanto elas como seus parceiros fiquem preparados, brindar as ferramentas de planificação familiar e orientar sobre o uso de anticoncepcionais em caso que seja precisado, assim como, lograr que cada gestação seja desejada e planificada e garantir que tanto as mulheres como a crianças consigam vencer este momento com sucesso.

Estima-se que 60% das mulheres identificadas como Risco Preconcepcional e convocadas, compareçam a consulta.

**CRONOGRAMA**

PROCEDIMENTO	ANO 2017						
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DIC
APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA À EQUIPE DE SAÚDE	X						
ORGANIZAR MATERIAL PARA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA	X						
ADISTRAMENTO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS E AS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM SOBRE O RISCO PRECONCEPCIONAL		X					
REALIZAR O LEVANTAMENTO DE PACIENTES PELOS ACS		X	X	X	X	X	X
CONSULTA DE RISCO PRECONCEPCIONAL			X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO PROCESSO PELA EQUIPE					X		X
AVALIAÇÃO PROCESSO PELAS PACIENTES INVOLUCRADAS						X	X

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

- 7 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)
- 2 TÉCNICAS DE ENFERMAGEM
- 1 ENFERMEIRA
- 1 MÉDICO

### **RECURSOS MATERIAIS**

- CONSULTA MEDICA
- ESFIGMOMANOMETRO
- BALANÇA
- CANETA
- PRONTUÁRIOS FAMILIARES E INDIVIDUAIS
- CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO)

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Facilitar o atendimento a um grupo específico, mulheres com risco preconcepcional, com a finalidade de diminuir o número de embarços não desejados, compensar doenças, preparar a mulher para conceber no momento adequado e minimizar os riscos que podem apresentar se na gravidez, parto y pós-parto, tanto para ela como para a criança.

Avaliar integralmente à mulher como ser biopsicossocial, conhecendo seu estilo de vida e atuando sobre ela, na medida das possibilidades.

Conseguir a maior participação possível das mulheres convocadas, estimulando a incorporação progressiva, reconhecendo a importância da consulta e as ações que dentro dela são realizadas.

Estimular o trabalho dentro da equipe, tentando que o trabalho seja de parceria e com a competência de todos.

Acompanhar progressivamente um maior número de pacientes, a partir da incorporação das mesmas, tentando que cada dia sejam mais as que acudam espontaneamente, sem necessidade de convocatória e agendamento dirigido.

Modificar positivamente no processo de entender a maternidade responsável e impactar deste jeito dentro da comunidade, logrando resultados que sejam conhecidos e valorados pela população.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- ARRAIANO M, Consulta Pré-Concepcional. 2016  
[Acesso em 2017 mar 21]  
Disponível em: <[www.medipedia.pt](http://www.medipedia.pt)>
  
- DE SOUZA SANTOS, R. Enfermagem e Risco Pré- Concepcional. 2016  
[Acesso em 2017 mar 21]  
Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/gersonsouza>>
  
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica, nº 32, 1ª edição revista. Brasília – DF 2013. Pré-Natal de Baixo Risco. p. 25-30.
  
- PEIXOTO, S. Pre-concepção: gravidez de 12 meses. São Paulo: Roca, 2009.
  
- PRENDES LABRADA MC, Rev. Cubana MED Gen Integral 2001; 17(4): 360-6, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar.
  
- RIBEIRO DE OLIVEIRA, F. Avaliação pré-gestacional e Planejamento Familiar. 2014. [Acesso em 2017 mar 22]  
Disponível em: <<http://institutonascerc.com.br/>>
  
- RIGOL R, Capítulo 11. Riesgo Reproductivo. In: Rigol R. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 113-117.
  
- WOMEN AND CHILD HEALTH. Junho 2011. [Acesso em 2017 mar 21]  
Disponível em: <<http://saudedamulheredacrianca.blogspot.com>>



## **Anexo 1**

### **PROPOSTA DE CONSULTA PRE CONCEPCIONAL:**

**1. - Avaliação do Risco Pré concepcional, determinando o tipo de Risco: Biológico, Psicológico, Social o Misto.**

**2. - Elaboração da Historia Clínica Completa, a qual compreende os seguintes dados:**

- Idade
- Histórico Pessoal de doenças e riscos
- Histórico Familiar de doenças e riscos
- História Reprodutiva
- Uso de anticoncepcionais
- Hábitos Tóxicos
- Fatores Psicossociais
- Vacinação

**3. - Exame Físico:**

- Exame Físico Geral, Regional e por Aparelhos.
- Peso e Altura
- Pressão Arterial
- Exploração Mamária (sempre que seja de interesse médico e a paciente fique de acordo em realizar o procedimento)
- Exploração das Genitálias (sempre que seja de interesse médico e a paciente fique de acordo em realizar o procedimento)

**4. - Exames de Laboratório e Outros Estudos:**

- Hemograma Completo
- Lipidograma
- Glicose
- Tipagem Sanguíneo
- Exame de Urina
- Exame Parasitológico de Fezes
- Testes Rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C
- Teste de Papanicolau (PCCU) (Anualmente como está indicado pelo programa)

## **5. - Avaliação Integral e Diagnóstica**

### **6. - Ações a desenvolver:**

- Conselho Nutricional
- Vacinação
- Orientações sobre evitar uso de hábitos tóxicos
- Orientações sobre a atividade física
- Suplementação de ácido fólico
- Controle e tratamento mediante tratamento farmacológico e não farmacológico das doenças agudas ou crônicas previamente identificadas
- Ações de planejamento familiar (sobre uso de anticoncepcional)
- Orientações sobre busca de apoio familiar e social
- Orientação sobre data de retorno (individualmente estabelecida para cada caso em particular)

**OUTROS ANEXOS:**

**GENOGRAMA DO CASO CLÍNICO:**

