



Ministério da
Saúde

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

MIDALIS CHAMIZO GIL

ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

**PORTO ALEGRE-RS
2018**

MIDALIS CHAMIZO GIL

ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em
Saúde da Família pela Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador. Dr. João Batista Cavalcante Filho.
Médico de família e comunidade.

**PORTO ALEGRE-RS
2018**

MIDALIS CHAMIZO GIL

ABORDAGEM DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em
Saúde da Família pela Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador. Dr. João Batista Cavalcante Filho.
Médico de família e comunidade.

1º Avaliador:

2º Avaliador:

Nota: _____

Data: ____ / ____ / ____

**PORTO ALEGRE-RS
2018**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	07
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO.....	13
4 VISITA DOMICILIAR.....	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	24
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	28

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Midalis Chamizo Gil, tenho 47 anos, sou cubana natural do Estado Villa Clara, concluí o Curso de Graduação em Medicina em agosto 1994. Sou Especialista em Medicina Geral Integral. Eu participe numa missão internacional na Venezuela no programa Barrio Adentro durante quatro anos. Em julho de 2016 aderi ao programa Mais Médico para o Brasil e desde então atuo no município Colorado, no Rio Grande Do Sul. Estou lotada na Estratégia de Saúde Vista Alegre onde junto tudo a equipe de trabalho pretendemos melhorar as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade.

A ESF Vista Alegre esta localizada numa zona rural a 30 km de distancia do município. Com aproximadamente 1055 habitantes, divididas em 04 micros áreas compostas pelas localidades de Cachoeirinha, Pontão, Gaúcha, Santa Rita, Arroio das Almas, Tiradentes, Santa Catarina, Posse do Barreiro e Vista Alegre. Caracteriza se pela grande extensão da área o que dificulta nosso trabalho e acesso aos serviços de saúde com uma densidade demográfica de 8,2 habitantes por quilômetro.

É uma comunidade essencialmente agrícola onde se produz soja, milho, trigo e canola em maior escala, e desenvolvem outras atividades como a produção de leite, a suinocultura, a piscicultura, avicultura e agricultura familiar. No ramo industrial só possui a Cooperativa agropecuária e Industrial Cotrijal, UPL empresa dedicada à cria e comercialização de suínos, além de 01 Banco, Loja, Mercado, Posto de combustível, escola pública, centro eventos e Igreja Católica.

A população de nossa área de abrangência caracteriza se por serem predominantemente idosa e os principais problemas de saúde existentes estão relacionados a fatores de risco como a idade, maus hábitos alimentares, inatividade física, doenças crônicas não transmissíveis e de importância relevante àqueles relacionados à Saúde do Trabalhador pelo que a ESF elaborou um projeto para a prevenção e controle das principais doenças como câncer de pele, intoxicações por agrotóxicos, deficiência auditiva, dermatite de contato por substâncias de uso agroindustrial, leptospirose dentre outras; tendo como principal objetivo a educação e promoção do uso dos meios de proteção nos trabalhadores. Também são

frequentes as doenças crônicas não transmissíveis e os transtornos nervosos como ansiedade e depressão.

Em relação aos aspectos ambientais e saneamento básico, a água consumida provém de poços comunitários, é tratada exceto naquelas casas que consomem água de poços artesianos, os que estão submetidos a controle Sanitário mensal pela equipe de Vigilância. O lixo é coletado com regularidade no centro de Vista Alegre, no interior as famílias queimam. Em sua maioria as casas têm fossas, no interior delas e poucas fora, estas são de madeira a alvenaria e todas possuem energia elétrica.

O município tem criado NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), composto por nutricionista, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo além do NAAB. Está aderido ao PMAQ já na fase de reavaliação. Possui duas farmácias, laboratório e não contamos com hospital mais recebemos apoio do Hospital do município Selbach. Estas unidades além de não ficar dentro de minha área especificamente são unidades que brindam apoio a nossa população se precisar e desta forma melhorar a qualidade de vida da população.

No município de Colorado durante o ano 2016 ocorreu um aumento de gravidez na faixa etária de 15 a 19 anos, assim como, aumentou o número das consultas para orientação sobre anticoncepção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis o que evidencia a necessidade de ações de promoção e prevenção de saúde relacionada a estes aspectos.

O Projeto de Intervenção na ESF trata-se de um estudo experimental de intervenção educativa com um grupo de adolescentes de 13 a 17 anos de idade de duas escolas do município de Colorado no Rio Grande do Sul. Espera-se com este estudo reduzir o número de gestações indesejadas na adolescência; prevenir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis; aumentar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e sobre as doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes bem como suas formas de transmissão e prevenção.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A família é considerada uma das mais importantes sistemas que favorecem a saúde e facilitam a melhoria da qualidade de vida. Não entanto, é frequente nas consultas médicas as doenças psicossociais ou DCNT descompensadas onde está implicada a mesma. Quando o funcionamento familiar altera se por situações relacionadas ao ciclo vital ou devido a situações emergentes exige se que o sistema familiar seja assistido e treinado para atender as necessidades do indivíduo e família como um todo. (LOPEZ-JIMENEZ MT et.al.2011)

Como foi exposto na introdução, em minha área de abrangência são frequentes as doenças crônicas não transmissíveis e as alterações nervosas; as continuações descreverão um caso que evidencia aspetos relacionados com estas doenças.

ANAMNESE

Nome: R.M.S. S

Idade: 64 anos.

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Religião: Católica.

Estado civil: Casada.

Profissão: Aposentada.

Naturalidade: Colorado / RS

Residência Atual: Santa Rita.

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça e dificuldade para dormir.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (23/08/2017)

Paciente relata dor de cabeça frequente, não está dormindo bem desde que seu segundo filho foi a morar na cidade e sente se sozinha em casa com seu esposo acamado, pois seu outro filho trabalha. Não se está alimentando bem porque

apresenta azia e muita ansiedade com perda do apetite. Não toma remédios para a pressão arterial porque tem que cuidar a seu esposo e esquece quase sempre.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Perda do apetite;

Cabeça e Pescoço: Cefaleia; nega outras queixas;

Tórax: nega sintomas respiratórios;

Abdome: Azia;

Sistema Geniturinário: nega dificuldade para urinar, leucorreia e sangramento.

Sistema Endócrino: nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: dor na região lombar e braços;

Sistema Nervoso: Insônia e ansiedade.

Antecedentes pessoais

Fisiológicos:

História Obstétrica: G2 P2 N1 C1 A0.

Patológicos:

Transtorno de Ansiedade Generalizado;

Antecedente Cirúrgico: duas cesáreas;

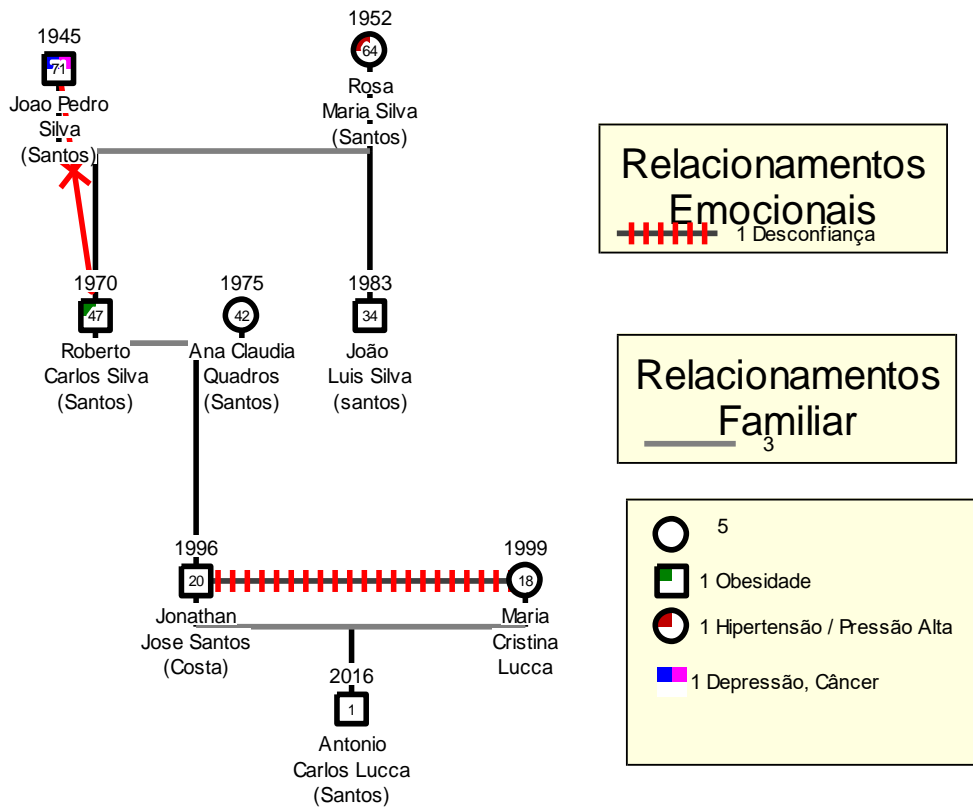
Medicamentos em uso: Fluoxetina, Paracetamol;

Antecedentes Familiares:

Pai: falecido de Infarto Agudo do miocárdio;

Mãe: Viva, obesidade e HAS;

GENOGRAMA:



Condições de Vida:

Alimentação: Balanceada, come pouca sal e gorduras, abundantes frutas;

Habitação: morando com esposo e dois filhos, um casado que continuo morando em casa com esposa e filho, também casado Vive em uma casa de madeira e alvenaria, com quatro quartos, uma sala, dois cozinhas e dois banheiros;

História ocupacional: Trabalhou como agricultora até que se aposentou.

Atividades físicas: Relata que não pode fazer caminhadas por ter que cuidar a seu esposo;

Vícios: Nega tabagismo e consumo de álcool;

Condições socioeconômicas: a renda familiar permite satisfazer adequadamente às necessidades da família.

Vida conjugal e ajustamento familiar: Casada, cuida de seu esposo desde há três anos que está com câncer de próstata e com depressão, recebe pouca ajuda de seus familiares, pois trabalham e relatam estar cansados.

EXAME FÍSICO

GERAL

Paciente normolínea, estado geral normal, afebril, face não característica de processo patológico.

Pele e mucosas: Húmidas e de coloração normal.

Tecido celular subcutâneo: Não presença de edemas.

Panículo Adiposo: Normal.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,8°C;

PA: 170x100 mm Hg;

FC: 89 bpm;

FR: 22 rpm;

Medidas Antropométricas: Peso: 69 kg, Altura: 1,63 cm.

Cabeça e Pescoço:

Face e crânio normais, pescoço sem alterações à inspeção e palpação, não ausculta se sopros carotídeos. Tireoides sem alterações patológicas, ausência de linfonodomegalias.

Tórax:

Diâmetros normais, simétrico; respiração torácica, não polipneia nem tiragem; expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações; percussão normal.

Ausculta respiratória: Murmúrio Vesicular normal sem estertores.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, tono adequado sem sopros cardíacos.

Mamas simétricas sem alterações da pele e pezão, nódulo não palpável, não adenopatias axilares.

Abdome:

Inspeção: plano, presença de cicatriz cirúrgica de cesariana.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: timpânico, espaço de traube livre;

Palpação: Não doloroso à palpação. Ausência de visceromegalias e/ou tumores.

Extremidades

Simétricas, sem presença de deformidades, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial Descompensada por abandono de tratamento. Transtorno de ansiedade por desorganização familiar e crise por desmembramento

Conduta:

Reiniciar tratamento farmacológico anti-hipertensivo;

Manter uma alimentação saudável rica em vegetais e frutas;

Consumir pouco sal e gorduras;

Encaminhamento para psicologia;

Controle periódico da pressão arterial por uma semana;

Tratamento para insônia e Paracetamol 500 mg se cefaleia;

Solicito exames de rotina e retorno depois da realização dos mesmos;

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 06/09/2017)

Paciente que assiste a consulta agendada com os resultados dos exames e o controle da pressão arterial. Relata que tomou todos os remédios indicados e seguiu as indicações com respeito a sua alimentação. Começou a dormir melhor mais ainda está nervosa porque tem que cuidar de seu esposo o dia todo sem ajuda e sente que está muito cansada e desanimada.

Exames

Glicemia em Jejum: 89 mg dl.

EQU: normal.

Hemograma: Normal

Colesterol Total: 178 mg dl

Triglicerídeos: 156 mg dl.

ECG. Ritmo sinusal, não alterações visíveis nos traços.

Nossa ESF decide discutir a situação da paciente avaliando que a principal causa do abandono do tratamento é a ansiedade manifesta é a falta de apoio familiar no cuidado do acamado. A paciente está doente, também precisa de atenção e cuidados. A saída de casa do filho gerou nela mais tristeza e soledade, pois só ele ajudava no manejo do pai acamado. Por tanto planejamos a realização de visita domiciliar e solicitamos apoio do NASF para melhor avaliação e orientação da família.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

As práticas educativas desenvolvidas no campo da saúde são nomeadas de diversas formas, dependendo de como essas práticas tem sido aplicadas ou da história da educação e saúde. As políticas públicas de saúde apoiam-se, na necessidade de desenvolvimento de ações educativas que interfiram no processo saúde-doença da população bem como na necessidade de ampliar o controle social, visando aumento da qualidade de vida das pessoas. Para, além disso, são fundamentadas em ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, para o fortalecimento da gestão local e para o controle social. (BRASIL 2011)

A Promoção da Saúde depende de ações intersetoriais, onde, valores como equidade, democracia, solidariedade, cidadania, desenvolvimento se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo para além da equipe de saúde, o Estado, comunidade, família e indivíduo. Sendo assim, é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação dos mesmos no controle desse processo. (MACHADO Et.al. 2007)

A promoção em saúde contribui na construção de intervenções que possibilitem atender as necessidades da população em saúde. No SUS, esta estratégia é entendida como uma possibilidade de evidenciar aspectos que determinam o processo saúde/doença e ampliam e facilitam o processo de intervenções em saúde. (BRASIL 2010).

Nos casos estudados, abordaram-se assuntos de educação em saúde, promoção à saúde e prevenção de doenças abordando temas relacionados à puericultura, pré-natal e saúde mental. Em relação ao pré-natal é possível perceber a importância da avaliação da gestante e da detecção precoce de possíveis fatores de risco, evitando assim situações de morbimortalidade materno-fetal. A educação e promoção em saúde a partir do início da gravidez nos permite ensinar as transformações psicológicas, corporais e sociais que acontecem durante esta etapa,

como enfrentar a chegada de um novo membro à família e preparar a futura mãe com relação ao cuidado do bebê, amamentação e outros aspectos importantes.

Em relação à puericultura têm-se relatos sobre promoção do aleitamento materno, alimentação saudável, saúde bucal, teste do pezinho, crescimento e desenvolvimento infantil; em geral refere-se à Saúde da Criança porque além foram abordadas a vacinação e prevenção de acidentes nesta faixa etária.

Sobre a saúde mental, enfocaram-se assuntos relacionados a transtornos de ansiedade, depressão, transtornos do sono, os quais são muito frequentes na população de nossa área de abrangência, sendo que muitas vezes os mesmos são acrescidos de outras doenças como hipertensão, diabetes, doenças cerebrovasculares, alcoolismo ou usuários de drogas.

Nossa equipe da ESF atende frequentemente casos DCNT associadas a algum tipo de transtorno mental. A partir disso traçamos uma estratégia de trabalho onde é agendada consulta médica para avaliar o uso das medicações; é realizado interrogatório e exame físico completo do paciente, avaliação integral da saúde, solicitação de exames de rotina e se precisa, acompanhamento mediante visitas domiciliares. O paciente é acompanhado por equipe multiprofissional (médico enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, agente comunitário de saúde, e profissionais do NASF quando necessário).

O Ministério da Saúde nos últimos anos vem elaborando a partir das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica ações que incumbem a dimensão subjetiva de usuários e problemas de saúde mental da população no nível da atenção primária. A Estratégia Saúde da Família tornou-se essencial para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares desenvolvendo ações comunitárias que favorecem a participação social destas no território onde moram e realizam seu trabalho. (CORREIA et al 2011).

O sistema de saúde tem como porta de entrada a Estratégia de Saúde da Família sendo suas diretrizes a universalidade, a integralidade na atenção, a territorialização e a formação de vínculo com a população, um verdadeiro trabalho em equipe com realce na promoção da saúde e prevenção, recuperação e

reabilitação dos indivíduos, com incitação à participação da comunidade e controle social, solidificando assim o Sistema Único de Saúde. (OLIVEIRA et.al.2009).

A ESF por meio de recursos físicos, materiais e humanos deve trabalhar com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outros), e também com a totalidade de assistência que lhe é permitida. A promoção de saúde mental ao nível de atenção primária ocasionara em uma redução na demanda dos usuários aos serviços substitutivos, e sua reinserção na comunidade, facilitará a escuta e o vínculo com a família e o sujeito em sofrimento mental. Persistem algumas dificuldades nesta articulação, como: a falta de profissionais capacitados, a ausência de grupos de apoio (pastorais, comunidades de bairro, grupos terapêuticos), além das dificuldades dos usuários em encontrar na rede básica a assistência em saúde mental. (OLIVEIRA et.al.2009)

O Ministério da Saúde, visando promover a integração das equipes ESF com a saúde mental, criou as Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, as quais consistem na formação de uma rede de apoio por parte dos profissionais de saúde mental à rede de atenção básica. As Equipes Matriciais são um fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolve tanto as equipes de saúde mental com a da atenção básica, e deverá ser uma das prioridades no que diz respeito à integralidade do sujeito (BRASIL, 2007), (OLIVEIRA et.al.2009).

Uma das maneiras de implementar o apoio matricial é através dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que desde janeiro de 2008, há regulamentação para a formação destas equipes, por meio da Portaria nº 154. (OLIVEIRA et.al.2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os municípios com até 200 mil habitantes devem possuir para cada nove equipes de saúde da família uma equipe de saúde mental, composta de no mínimo: um psiquiatra ou clínico geral capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental. Embora nem todos os municípios possuam esses novos modelos de assistência como os CAPS, é necessário existir a parceria das unidades básicas de saúde e os serviços de outras localidades, garantindo um atendimento mais abrangente e qualificado. (OLIVEIRA et.al.2009). Nossa equipe possui apoio do CAPS regional, sendo que o município não tem

estrutura nem população suficiente para garantir uma implementação de equipe de saúde mental própria.

A equipe decidiu elaborar uma estratégia de trabalho que permite a incorporação de pacientes com doenças crônicas e transtornos mentais a grupos de sociabilização e terapias ocupacionais. Com o apoio do CRAS, Assistência Social e líderes comunitário, formaram-se grupos de mulheres para aprendizado de pintura em tecidos, artesanatos, costura de roupas e crochê. Foram muitos os benefícios ao interagir pacientes com condições de saúde similares e mais satisfatórios quando a equipe fazia visitas para promover, por exemplo, a realização do citopatológico, rastreamento do câncer de mama, uma alimentação saudável, a realização de exercício físico e outros.

4 VISITA DOMICILIAR

O Programa de Estratégia Saúde da Família exerce uma função estratégica na consolidação do SUS favorecendo a universalidade do acesso e equidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. (SAVASSI 2006; ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

Em janeiro de 1994, começaram a ser implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciou em junho de 1991, sendo, portanto, precursor do ESF. A visita domiciliar pode ser considerada como um instrumento de interação e intervenção no cuidado à saúde e pode ser utilizado pela equipe como uma forma de avaliação e entendimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (SAVASSI 2006; ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

No SUS, a integralidade é vista como uma das principais diretrizes embasando a construção da Atenção Primária à Saúde, sendo a mesma articulada entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bem como no atendimento integral das pessoas e seus familiares. Sendo assim, Mattos, 2004 relata integralidade através de três diferentes sentidos, os quais remetem a: novas formas de agir por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as ações incidem. (MATTOS 2001, 2004).

A Visita domiciliar é considerado um importante veículo de operacionalização do ESF, pois através da mesma é possível concretizar princípios como longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (PEREIRA et.al. 2004).

É atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrito, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando

necessário, conforme o que diz na Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que se refere à Política Nacional de Atenção Básica e que estabelecem diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção (BRASIL 2006).

Juntamente com a senilidade, há aumento do acometimento das pessoas por doenças crônico-degenerativas, o que conseqüentemente aumenta a demanda por cuidados continuados e mais intensivos. Porém, com a predominância do modelo de atenção hospitalocêntrica e a tendência de medicalização do sofrimento teremos a institucionalização dessas pessoas, ocasionando por muitas vezes hospitalizações por ora, desnecessárias. (BRASIL 2012).

A visita domiciliar, quando adotada pela equipe de saúde, é de fundamental importância no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade é um instrumento de interação no cuidado à saúde, e contribui para 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. (ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

Segundo Ohara e Ribeiro, 2008 para realizar uma visita domiciliar satisfatória é necessário seguir alguns passos como: Conhecer o domicílio em suas características ambientais, identificando variações socioeconômicas e culturais, averiguar a estrutura familiar, se possível elaborar genograma ou ecomapa; identificar fatores de risco hereditários e ambientais da família, realizar assistência em saúde no próprio domicílio quando possível; realizar ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida; incentivar, a participação ativa no processo saúde-doença, realizar intervenções cabíveis de modo a evitar ou diminuir agravos com complicações e internações hospitalares, estimular práticas de autocuidado, dentre outras.

Borba e Sampaio 2007 salientam que é necessário que a equipe programe as visitas frequentemente, sendo que a seleção das famílias ser pautada nas prioridades elencadas pela equipe.

A equipe planeja as visitas semanalmente na reunião e juntamente com as ACS planifica quais famílias serão visitadas na semana de acordo com o grau de prioridade. São utilizados os seguintes critérios para planejamento de visitas domiciliares: paciente com dificuldade de locomoção à Unidade (acamados, domiciliados, acidentados, pessoas com distúrbios psicológicos, questões sociais ou ambientais); pacientes egressos de internação hospitalar, com necessidades de cuidados domiciliares; gestantes, crianças, portadores de doenças crônicas, com deficiência física, urgência ou emergência; paciente em estágio terminal; consentimento da família em ser visitada; morar na área de abrangência da equipe de saúde.

Nossa equipe possui no cronograma as visitas domiciliares toda sexta feira das 07: 30 as 11: 30 da manhã, porém nem sempre é possível seguir o planejamento, pois a equipe possui dificuldade com a locomoção, não há veículo disponível para o transporte dos profissionais, e em se tratar de zona rural, só é possível este trabalho com o auxílio de transporte.

Considero extremamente válidas as visitas domiciliares, pois é um momento em que para além de atendimento, é possível estabelecer vínculo com a família, identificar fatores de risco familiares, podemos avaliar aspectos de vida dos usuários, bem como condições socioeconômicas, ambientais e relacionamento familiar onde também é possível identificar situações de violência ou abandono familiar, promover a saúde incentivando autocuidado e práticas de vida saudáveis auxiliar no controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis bem como o estímulo a adesão ao tratamento.

Exemplifico uma visita realizada em paciente de caso clínico exposto em atividade anteriormente mencionada: paciente hipertensa, que abandonou tratamento e apresentava sintomas de ansiedade, reside na zona rural juntamente com o marido que se encontra acamado, sendo que a mesma possui falta de apoio familiar no cuidado do acamado e família em crise por mudança de residência do filho. Neste caso ACS, médica e enfermeira realizaram visita domiciliar para acompanhamento de ambos, estimular adesão a tratamento, realizar orientações sobre autocuidado, manejo de paciente acamado; entramos em contato com equipe do NASF para auxílio e acompanhamento psicológico, assistencial e de reabilitação.

A partir daí, definiu-se frequência de visita quinzenal por parte da equipe até reestabelecimento de vínculos familiares.

O Programa de Estratégia Saúde da Família exerce uma função estratégica na consolidação do SUS favorecendo a universalidade do acesso e equidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. (SAVASSI 2006; ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

Em janeiro de 1994, começaram a ser implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciou em junho de 1991, sendo, portanto, precursor do ESF. A visita domiciliar pode ser considerada como um instrumento de interação e intervenção no cuidado à saúde e pode ser utilizado pela equipe como uma forma de avaliação e entendimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (SAVASSI 2006; ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

No SUS, a integralidade é vista como uma das principais diretrizes embasando a construção da Atenção Primária à Saúde, sendo a mesma articulada entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bem como no atendimento integral das pessoas e seus familiares. Sendo assim, Mattos, 2004 relata integralidade através de três diferentes sentidos, os quais remetem a: novas formas de agir por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as ações incidem. (MATTOS 2001, 2004).

A Visita domiciliar é considerado um importante veículo de operacionalização do ESF, pois através da mesma, é possível concretizar princípios como longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (PEREIRA et.al. 2004).

É atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrito, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando

necessário, conforme o que diz na Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que se refere à Política Nacional de Atenção Básica e que estabelecem diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção (BRASIL 2006).

Juntamente com a senilidade, há aumento do acometimento das pessoas por doenças crônico-degenerativas, o que conseqüentemente aumenta a demanda por cuidados continuados e mais intensivos. Porém, com a predominância do modelo de atenção hospitalocêntrica e a tendência de medicalização do sofrimento teremos a institucionalização dessas pessoas, ocasionando por muitas vezes hospitalizações por ora, desnecessárias. (BRASIL 2012).

A visita domiciliar, quando adotada pela equipe de saúde, é de fundamental importância no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade é um instrumento de interação no cuidado à saúde, e contribui para 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. (ALBUQUERQUE, BOSI 2009).

Segundo Ohara e Ribeiro, 2008 para realizar uma visita domiciliar satisfatória é necessário seguir alguns passos como: Conhecer o domicílio em suas características ambientais, identificando variações socioeconômicas e culturais, averiguar a estrutura familiar, se possível elaborar genograma ou ecomapa; identificar fatores de risco hereditários e ambientais da família, realizar assistência em saúde no próprio domicílio quando possível; realizar ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida; incentivar, a participação ativa no processo saúde-doença, realizar intervenções cabíveis de modo a evitar ou diminuir agravos com complicações e internações hospitalares, estimular práticas de autocuidado, dentre outras.

Borba e Sampaio 2007 salientam que é necessário que a equipe programe as visitas frequentemente, sendo que a seleção das famílias ser pautada nas prioridades elencadas pela equipe.

A equipe planeja as visitas semanalmente na reunião e juntamente com as ACS planifica quais famílias serão visitadas na semana de acordo com o grau de prioridade. São utilizados os seguintes critérios para planejamento de visitas domiciliares: paciente com dificuldade de locomoção à Unidade (acamados, domiciliados, acidentados, pessoas com distúrbios psicológicos, questões sociais ou ambientais); pacientes egressos de internação hospitalar, com necessidades de cuidados domiciliares; gestantes, crianças, portadores de doenças crônicas, com deficiência física, urgência ou emergência; paciente em estágio terminal; consentimento da família em ser visitada; morar na área de abrangência da equipe de saúde.

Nossa equipe possui no cronograma as visitas domiciliares toda sexta feira das 07: 30 as 11: 30 da manhã, porém nem sempre é possível seguir o planejamento pois a equipe possui dificuldade com a locomoção, não há veículo disponível para o transporte dos profissionais, e em se tratar de zona rural, só é possível este trabalho com o auxílio de transporte.

Considero extremamente válidas as visitas domiciliares, pois é um momento em que para além de atendimento, é possível estabelecer vínculo com a família, identificar fatores de risco familiares, podemos avaliar aspectos de vida dos usuários, bem como condições socioeconômicas, ambientais e relacionamento familiar onde também é possível identificar situações de violência ou abandono familiar, promover a saúde incentivando autocuidado e práticas de vida saudáveis auxiliar no controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis bem como o estímulo a adesão ao tratamento.

Exemplifico uma visita realizada em paciente de caso clínico exposto em atividade anteriormente mencionada: paciente hipertensa, que abandonou tratamento e apresentava sintomas de ansiedade, reside na zona rural juntamente com o marido que se encontra acamado, sendo que a mesma possui falta de apoio familiar no cuidado do acamado e família em crise por mudança de residência do filho. Neste caso ACS, médica e enfermeira realizou visita domiciliar para acompanhamento de ambos, estimular adesão a tratamento, realizar orientações sobre autocuidado, manejo de paciente acamado; entramos em contato com equipe do NASF para auxílio e acompanhamento psicológico, assistencial e de reabilitação.

A partir daí, definiu-se frequência de visita quinzenal por parte da equipe até reestabelecimento de vínculos familiares.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Desde que vim para este país, em Julho de 2016, trabalho na ESF Ponciano Cisto de Carvalho, no município Mãe do Rio. Tem sido um período de muito trabalho e aprendizado, devido à prática, apesar de ter vários anos de experiência após de graduada como médica, por estar em um país que fala outra língua, que tem outras costumes, com protocolos diferentes de atuação.

Pratiquei métodos novos de trabalho, ao realizar o atendimento médico através do agendamento de consultas, planejar e organizar as consultas da semana para tentar cobrir as demandas da população, e participar na construção da agenda profissional compartilhada com minha equipe. Além disso, por realizar o curso de especialização em Saúde da Família, ao qual tive que dedicar muito tempo.

Com o estudo do eixo 1 do curso de especialização, aprendi sobre a organização do SUS e da atenção básica e recursos para qualificação do atendimento. Muitos dos conhecimentos trazidos pareciam não ser fundamentais à prática do cotidiano na ESF, por se tornar cansativo, o estudo dos conteúdos propostos. Porém os conteúdos despertaram pouco interesse na realização das atividades. Considerei que o estudo referente à história, era muito profundo e extenso. Minha dedicação ao eixo 1 do curso poderia ter sido maior.

Logo chegou, o eixo 2 do curso, e o interesse aumentou. Achava que se relacionava mais com meu trabalho, na prática do dia a dia. Esta parte foi mais proveitosa com os modelos de casos clínicos e as vídeo-aulas, que são muito didáticas e concisas, fazendo com que eu aplicasse o conhecimento à prática. Conhecer e aplicar o programa de tabagismo foi uma coisa nova para mim, na abordagem dos pacientes fumantes. O trabalho com as gestantes, que como todos sabemos é um grupo priorizado na atenção básica de saúde, demandou realizar ações, para diminuir a incidência de corrimento vaginal, e desta forma evitar complicações futuras para a grávida e o bebê. Inclusive fizemos um projeto de intervenção.

Acredito que o eixo 2 deve continuar da mesma forma que é realizado atualmente, mais, gostaria que começasse no início do curso, de forma a facilitar nosso trabalho durante a prática.

Nesta etapa, eu comparo, as informações que registrei nos prontuários, em relação à escrita, os termos médicos usados e até as mesmas condutas as vezes, e percebi quanto o curso tinha contribuído positivamente na melhora destes aspectos, na fala e na escrita, facilitado também pela participação nos fórum que me ajudou muito.

Mais finalmente, foi muito interessante, conhecendo a história de saúde do Brasil, mediante o curso, compreendi melhor o comportamento, as queixas, e atitudes da população brasileira. A cada dia aprendi coisas novas. Considero que, de forma geral, a experiência trouxe um aprendizado muito útil. Agora me sinto melhor preparada, mais segura do que faço. Acredito que todos os médicos, que fizeram este curso, durante o trabalho na atenção primária, sobre todo os médicos estrangeiros, se beneficiaram com esta experiência.

REFERÊNCIAS

López- Jiménez MT, Barrera MI, Cortés JF, Metzi MJ. Funcionamento familiar, crenças e inteligência emocional em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo e seus familiares. *Saúde Mental*. 2011; 34:111-120.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL, Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Machado, Maria de Fátima Antero Sousa; Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles; Queiroz, Danielle Teixeira; Vieira, Neiva Francenely Cunha; Barroso, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007. Di

Oliveira, Francisca Bezerra; Guedes, Helena Karolyne A; Oliveira, Thaliny Batista S; Costa e Silva Joana Celine. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Part of The International Journal of Psychiatry**. Setembro de 2009 - Vol.14 - Nº 9. Disponível em : <http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>

CORREIA Valmir Rycheta; Barros, Sônia , Colvero, Luciana de Almeida. **Revista Escola de Enfermagem USP** 2011; 45(6):1501-6 [www.ee.usp.br/reeusp/Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família](http://www.ee.usp.br/reeusp/Saúde%20mental%20na%20atenção%20básica%20prática%20da%20equipe%20de%20saúde%20da%20família.pdf)
[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Sa%C3%BAde mental na aten%C3%A7%C3%A3o b%C3%A1sica pr%C3%A1tica da equipe de sa%C3%BAde da fam%C3%ADlia.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Sa%C3%BAde%20mental%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20pr%C3%A1tica%20da%20equipe%20de%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf)

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

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>

Albuquerque, Adriana Bezerra Brasil ; Bosi, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil **Cad. Saúde Pública vol.25 no.5 Rio de Janeiro May 2009**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>

Mattos RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública** 2004; 20:1411-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en

Ohara ECC, Ribeiro MP. **Assistência domiciliária**. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. **Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação**. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>

ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

MIDALIS CHAMIZO GIL

Educação sexual e reprodutiva para adolescentes do município de Colorado/RS

Porto Alegre,

2017

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivo Geral.....	6
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3. Revisão Da Literatura.....	7
4. Metodologia.....	10
5. Cronograma.....	11
6. Recursos Necessários.....	12
7. Resultados Esperados.....	13
8. Bibliografia.....	14

RESUMO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como o período entre os 10 e 19 anos de idade. Pesquisas realizadas no Brasil têm demonstrado que a atividade sexual entre os adolescentes vem aumentando assim como a fertilidade, entretanto a iniciação da vida sexual está começando cada vez mais cedo. A cada ano cresce o número de mães com menos de 19 anos o que se relaciona as mudanças sociais ocorridas na esfera da sexualidade, as quais provocam maior liberação do sexo sem que fossem transmitidas informações sobre anticoncepção. Outro fator importante é a vulnerabilidade de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis. O objetivo principal desta intervenção educativa é promover mudanças no comportamento dos adolescentes relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva que favoreçam o conhecimento e autocuidado, para a tomada de decisões responsáveis. É importante considerar que, tanto a família e a escola como as políticas de saúde, devem contribuir para que adolescentes vivenciem a sexualidade e suas relações afetivas de forma satisfatória além de transmitir conhecimentos corretos. Trata-se de um estudo de intervenção educativa com um grupo de adolescentes de 13 a 17 anos de idade de duas escolas do município de Colorado no Rio Grande do Sul. Espera-se com este estudo reduzir o número de gestações indesejadas na adolescência; prevenir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis; aumentar o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e sobre as doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes, bem como, suas formas de transmissão e prevenção.

Palavras-chave: Adolescente; Educação Sexual; Educação Reprodutiva.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como o período entre os 10 e 19 anos de idade, já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade esta fase de transição entre a infância e a idade adulta é caracterizada por intensas transformações físicas e psicossociais que permitem o descobrimento da identidade e definição da personalidade. Marcada também por especificidades emocionais e comportamentais que se refletem na saúde sexual e reprodutiva que torna os adolescentes mais vulneráveis aos mesmos riscos aos quais muitos adultos estão expostos (NEVES; MENDES E SILVA, 2015).

Durante a fase inicial da adolescência acontece a puberdade, etapa caracterizada por transformações físicas e biológicas no corpo dos meninos e meninas com o desenvolvimento dos órgãos sexuais. Estes ficam preparados para a reprodução. As mudanças geram dúvidas e curiosidade nos adolescentes que na maioria das vezes não expressam aos pais por vergonha, falta de confiança, aspectos religiosos e questões culturais, encontrando respostas através de fontes erradas, como colegas da escola e amigos (BESERRA et al., 2008).

Pesquisas realizadas no Brasil têm demonstrado que a atividade sexual entre os adolescentes vem aumentando nos últimos anos assim como a fertilidade, entretanto a iniciação da vida sexual está começando cada vez mais cedo. Esta atividade sexual sem preparo e cuidado pode trazer consequências muito sérias para o adolescente, como a gravidez indesejada, o aborto e as doenças sexualmente transmissíveis além de repercussões sociais e relacionadas à esfera familiar (CABRAL, 2003).

A cada ano cresce no Brasil o número de mães com menos de 19 anos de idade o que se relaciona as mudanças sociais ocorridas na esfera na sexualidade, as quais provocam maior liberação do sexo sem que fossem transmitidas informações sobre anticoncepção. Também observa-se um incremento de adolescentes obrigados a abandonar a escola para assumir as responsabilidades da paternidade/maternidade, sendo este o principal fator de evasão escolar entre adolescentes e jovens brasileiras (PANTOJA; BUCHER; QUEIROS, 2007).

Outro fator importante a ser considerado juntamente com a iniciação sexual, é a vulnerabilidade de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis. A infecção pelo

HIV é um problema de saúde pública que atinge a todos sem diferenciação de classe social, gênero, cor ou faixa etária. A infecção de HIV/AIDS, no Brasil tem apresentado crescimento nos últimos 10 anos, com elevação de cerca de 2% na taxa de detecção, 39.185 casos foram notificados em 2012 e tendência de aumento do número de novos casos entre adolescentes e jovens (BEZERRA et al., 2015).

A adolescência é um período delicado, exigindo dos familiares, profissionais da saúde e profissionais da educação uma análise da realidade dos adolescentes para elaborar ações de promoção de saúde (HEIDEMANN, 2006).

O fato de muitos adolescentes e jovens brasileiros estarem começando cada vez mais cedo sua vida sexual, sem nenhum tipo de orientação é uma das principais justificativas para a importância da educação sexual na escola.

No município de Colorado durante o ano 2016 ocorreu um aumento de gravidez na faixa etária de 15 a 19 anos, assim como, aumentou o número das consultas para orientação sobre anticoncepção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis o que evidencia a necessidade de ações de promoção e prevenção de saúde relacionada a estes aspectos.

O objetivo principal desta intervenção educativa é promover mudanças no comportamento dos adolescentes relacionadas à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva que favoreçam o conhecimento e autocuidado, para a tomada de decisões responsáveis.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações de educação sexual e reprodutiva para adolescentes do município de Colorado/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer o aprendizado dos adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais;
- Incrementar os conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção;
- Sensibilizar aos adolescentes sobre os riscos biológicos, psicológicos e sociais da gravidez nesta idade.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Considerando que o início da atividade sexual vem ocorrendo cada vez mais precocemente, atualmente a maior parte dos adolescentes possui vida sexual ativa, fato que inspira necessidade de orientações e cuidados preventivos com relação à saúde sexual e reprodutiva dos mesmos. Infelizmente, a maioria dos serviços de saúde não está devidamente preparada para atender essa demanda de informações, fato preocupante visto que com isso diminuiu a qualidade dos serviços prestados (MOURA E GOMES, 2014).

É importante considerar que, tanto a família e a escola como as políticas de saúde, devem contribuir para que adolescentes vivenciem a sexualidade e suas relações afetivas de forma satisfatória além de transmitir conhecimentos corretos capazes de satisfazer as dúvidas próprias nesta idade (MADEIRA et al., 2014)

Vários motivos podem desencadear a ocorrência da gestação na adolescência, sendo esta desejada ou não. Um dos principais fatores envolvidos nesse contexto é a falta de informação e de responsabilidade de alguns adolescentes, além de fatores culturais, emocionais, clínicos e sociais. Com a gestação, há uma alteração no planejamento de vida dos adolescentes, desde fatores relacionados à socialização com a família, amigos, até questões relacionadas ao trabalho (SILVA et al., 2013)

Faz-se necessária uma boa educação sexual desses adolescentes, tanto no ambiente escolar, familiar como nas unidades de saúde, dialogando sobre anticoncepção, prevenção de doenças e sobre sexualidade. Tendo isso, conseguimos evitar gestações indesejadas e todas suas eventuais consequências (SILVA et al., 2013)

No Brasil, no ano de 2009, cerca de um a cada cinco dos nascidos vivos, eram filhos de adolescentes (MOURA; GOMES, 2014). Um estudo realizado em três capitais brasileiras, calculou o percentual de gestação em adolescentes em idade inferior a 15 anos, e os resultados foram 2,2% em Porto Alegre, 1,2% no Rio de Janeiro e 3,5% em Salvador (ROSSETO SHERMANN; BERIA, 2014).

Cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano no mundo, sendo que aproximadamente 11% de todos os nascimentos concentram-se em países de baixa e média renda (ROSSETO SHERMANN; BERIA, 2014).

Silva et. al. 2013, relata que alguns fatores relacionados à repetição da gravidez em adolescentes estão relacionados ao baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, casamentos precoces, o desejo da primeira gravidez e o uso inadequado de métodos anticoncepcionais.

Além de todos os problemas sociais da gestação na adolescência, há um maior risco de nascimentos de criança com baixo peso, parto pré-termo, Hipertensão Gestacional e suas complicações; considerando que maior parte das adolescentes não comparece as consultas de pré-natal adequadamente nem seguem as indicações médicas por fatores relacionados à imaturidade dentre outros motivos. (SILVA et al., 2013).

Outro fator preocupante é a multiparidade na adolescência, a qual está cada vez mais frequente, sendo este um fator agravante para a morbimortalidade materna e fetal e para aspectos sociais. Fator agravante ainda é que a cada nova gestação ocorre aumento da evasão escolar, diminuição de chances de emprego/trabalho e ser economicamente estável (SILVA et al., 2013).

De acordo com Alves e Brandão, 2009 a iniciação sexual dos adolescentes não é pautada por conhecimentos prévios nem preparos, destacando-se não uso de método anticoncepcional na primeira relação. A contracepção iniciou-se a partir da primeira relação sexual ou depois da primeira gravidez. A não utilização do método contraceptivo na primeira relação sexual e a esporadicidade das relações subsequentes pressupõem um uso descontinuado do método, aumentando a probabilidade destes jovens para adquirir doenças sexualmente transmissíveis ou acontecer uma gravidez não planejada.

A falta de diálogo com os pais, precárias iniciativas de formação em sexualidade, gênero e saúde reprodutiva nas escolas e falta de espaço nas unidades de saúde para o acolhimento dos adolescentes acaba sendo substituída por informações através de revistas, televisão e troca de experiências com amigos (MALTA et al., 2011).

Quando o adolescente inicia sua atividade sexual, pode estar vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e há fatores que os colocam em maior risco como são a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP 2008) incluiu 2.485 jovens entre 15 e 24 anos das cinco macrorregiões geográficas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) para avaliar os conhecimentos sobre transmissão do HIV e outras DST, prevenção e controle de DST, testagem de HIV, uso de drogas lícitas e ilícitas e práticas sexuais, conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção e só 51,7% dos 2.485 jovens demonstraram conhecimento correto das formas de transmissão, o menor índice entre as faixas etárias do estudo (BRASIL, 2011).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo experimental de intervenção educativa com um grupo de adolescentes de 13 a 17 anos de idade de duas escolas do município de Colorado no Rio Grande do Sul.

O público alvo é de aproximadamente 160 adolescentes, supõe-se que alguns dos mesmos já iniciaram atividade sexual. Os critérios de inclusão são estar na idade referida e critérios de exclusão estar fora desta faixa etária.

Para fins didáticos, pretende-se utilizar de palestras educativas e materiais informativos disponibilizados aos adolescentes em diferentes momentos conforme cronograma pré-estabelecido pela equipe de saúde.

5. CRONOGRAMA

Procedimento	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Reunião com a equipe para elaboração do projeto	x					
Reunião com escola para adesão ao projeto	x					
Planejamento das atividades		x				
Elaboração do material educativo a ser disponibilizado		x				
Execução do projeto			x	x	x	
Avaliação da efetividade da atividade realizada						x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Disponibilidade de tempo dos profissionais (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Professores);
- Material de estudo de apoio;
- Levantamento do público alvo (Listas dos adolescentes);
- Equipamento de multimídia;
- Material de apoio educativo a ser entregue aos adolescentes (folders);
- Fichas de atendimento coletivo.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Reduzir número de gestações indesejadas na adolescência;
- Prevenir transmissão de doenças sexualmente transmissíveis;
- Aumento do conhecimento dos adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis na rede pública de saúde, bem como na rede privada;
- Aprendizado sobre as doenças sexualmente transmissíveis mais frequentes bem como suas formas de transmissão, prevenção e uso correto de preservativos masculino e feminino;
- Entendimento por parte dos adolescentes da dupla efetividade do uso do preservativo para além de anticoncepção, evitar transmissão de doenças.

BIBLIOGRAFIA

BESERRA, E.P; PINHEIRO, P. N.C; ALVES, M. D. S; BARROSO, M. G. T; Adolescência E Vulnerabilidade Às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2008; 20(1): 32-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000100084&script=sci_arttext&tlnq=ptAdolesc%C3%AAncia%20E%20Vulnerabilidade%20C3%80s%20Doen%C3%A7as%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis:%20Uma%20Pesquisa%20Documental. Acesso em: 27 de março de 2017.

BEZERRA, E.O; PEREIRA, M.L.D; CHAVES,A.C.P; MONTEIRO, P.V. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. Revista Gaúcha Enfermagem. Vol.36 no. 1 Porto Alegre jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000100084&script=sci_arttext&tlnq=pt>. Acesso em: 27 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf. Acesso em: 26 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids Brasília – DF 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_atencao_integral_hiv.pdf . Acesso em 26 de março de 2017.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(supl.2), s283-s292. 2003.

HEIDEMANN M. Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes; 2006.

MADEIRA, F. C; ANDREAZZI, M. A. R; SANTOS, M. G. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e a influência da família e da escola - Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em São Pedro/SP – Brasil, de 24 a 28 de novembro de 2014.

MALTA D.C, SILVA M.A.I, MELLO F.C.M, MONTEIRO R.A, PORTO D.L, SARDINHA L.M.V. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011 set; 14(1): 147-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000500015 Acesso em: 26 de março de 2017.

MOURA, L. N. B; E GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciência E Saúde Coletiva* vol.19 n.3 Rio de Janeiro Mar. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300853
Acesso em 27 de março de 2017.

NEVES, A.M; MENDES, L.C; SILVA, S. R. Práticas Educativas Com Gestantes Adolescentes Visando A Promoção, Proteção E Prevenção Em Saúde. REME-Revista Mineira de Enfermagem 2015 jan/mar; 19(1): 241-244. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/999/v19n1a19.pdf> Acesso em: 27 de março de 2017.

PANTOJA, F.C; BUCHER, J.S.N.F; QUEIROS, C.H. Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade. Psicologia: Ciência e Profissão. Vol.27 no.3 Brasília Setembro 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300011 Acesso em: 27 de março de 2017.

ROSSETO, M.S; SHERMANN, L.B; BERIA, J.U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. Ciência E Saúde Coletiva vol.19 n.10 Rio de Janeiro Oct. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004235. Acesso em 27 de março de 2017.

SILVA, A. A. A; COUTINHO, I. C. KATZ, L ALEX SANDRO ROLLAND SOUZA , A.S. R. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle . Cad. Saúde Pública vol.29 n.3 Rio de Janeiro Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700008> . Acesso em : 27 de março de 2017.