

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

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNASUS**

**Modalidade a Distância**

**Turma 16**

**ALUNO: Dra. YUSNEIRIS OLIVAREZ ESCOBAR**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO**

**TEMA: Nova estratégia para o acompanhamento do planejamento reprodutivo e anticoncepcional em adolescentes na unidade básica de saúde Betânia - Cachoeirinha/RS**

**CACHOEIRINHA**

**2018**

**ALUNO: Dra. YUSNEIRIS OLIVAREZ ESCOBAR**

**TEMA: NOVA ESTRATÉGIA PARA O ACOMPANHAMENTO DO  
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E ANTICONCEPCIONAL EM  
ADOLESCENTES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BETÂNIA-  
CACHOEIRINHA/RS**

Trabalho de conclusão do curso de  
Especialização em saúde da família.

Orientadora: Giovana Bacilieri Soares

**CACHOEIRINHA**

**2018**

## SUMÁRIO

Apresentação do portfólio.....	01
Atividade 1. Introdução.....	04
Atividade 2. Estudo de Caso Clínico .....	08
Atividade 3. Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças .....	13
Atividade 4. Visita Domiciliar .....	19
Atividade 5. Reflexão Conclusiva .....	24
Referências Bibliográficas .....	26
Anexo I Projeto de Intervenção .....	27

## **ATIVIDADE 1. INTRODUÇÃO**

Meu nome é Yusneiris Olivarez Escobar. Sou médica Especialista em Medicina Geral Integral faz 8 anos, neste momento cursando a Especialização em Saúde da Família no marco do projeto Mais Médicos para o Brasil (turma 16).

Estou desenvolvendo meu trabalho no município de Cachoeirinha, RS. Este município tem 118 278 habitantes. O Conselho Municipal de Saúde de Cachoeirinha (CMS) foi instituído em 15 de Maio de 1966. O CMS tem atualmente 9 membros titulares, sendo 5 usuários, 2 representantes dos trabalhadores em saúde, 1 dos prestadores de serviço e 1 dos gestores.(PMS, 2010-2013).

Quanto à economia, é baseada principalmente no comércio e indústria. O município tem 3.9% de desempregados. A maior empresa da cidade é a Fábrica Sousa Cruz, que trabalha no ramo de Cigarro Brasileiro e tem cerca de 7 mil funcionários. O retorno de ICMS ao município é de 16.896.759.075.00 por ano e deste total, 6.1% são destinados para a SAÚDE. (PMS, 2010-2013).

Quanto aos habitantes, 41 741 são homens e 45 459 mulheres. 2164 têm menos de cinco anos e 7514 têm mais de 60 anos. A taxa de urbanização é de 100,0 % e a taxa de analfabetismo é de 4,51%. (PMS, 2010-2013).

A população cresce aproximadamente 1.83% por ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumentou cerca de 4 112 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 5.29%, o que corresponde a 7514 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 65 e 75 anos. A expectativa de vida ao nascer é de 75 para mulheres e de 70 para homens. Quanto à escolaridade, temos cerca de 4% de pessoas analfabetas. A vegetação do município é constituída de campos, mata e mata-galerias. As coxilhas são recobertas pelo capim forquilha e pastagem comum. (PMS, 2010-2013).

Na década de 1970, Cachoeirinha foi um dos municípios gaúchos com maior crescimento populacional. A maioria absoluta da população mora na zona urbana, com apenas 700 moradores na chamada zona rural. Segundo o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, o município conta com uma composição

religiosa formada por 65% de católicos, 21% de evangélicos, 7% de sua população declarando-se sem religião, 3% de espíritas e 2% de umbandistas. (PMS, 2010-2013).

A mais popular das tradições do povo gaúcho tem em Cachoeirinha o CTG Rancho da Saudade, que é situado junto a um parque de rodeios, onde são realizados eventos que reúnem artistas, ginetes e milhares de pessoas. A ronda crioula, realizada anualmente no município, recebeu o reconhecimento do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, sendo incluída no calendário oficial. Os rodeios realizados em Cachoeirinha atraem pessoas de várias cidades do país. Além disso, o município conta com o chamado Parcão de Cachoeirinha, um local de lazer onde se pode correr, praticar exercícios físicos, além de suportar diversos eventos da cidade.

Em relação à estrutura de saúde, temos 9 Unidades Básicas de Saúde, e 7 ESF(Estratégia de Saúde da Família). O município possui um pronto atendimento e um hospital. O hospital possui 91 leitos. Nas Unidades de Saúde temos atualmente um total de 327 servidores, sendo a categoria com mais pessoas a de agentes de saúde, com 64 agentes. (PMS, 2010-2013).

Atualmente me encontro atuando na unidade da Estratégia de Saúde da Família Betânia II, localizada na região Norte do Município de Cachoeirinha no Estado Rio Grande do Sul (RS), com uma população total aproximada de 7200 habitantes atendidos por duas equipes de saúde. Compondo a Equipe #2, na qual me desempenho como médico, temos uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes de saúde e uma equipe de odontologia co-responsáveis pelo atendimento de 3313 habitantes, divididos em quatro microrregiões, muito diferentes nos aspectos estruturais e sociais, podendo ser identificados problemas e situações específicos em cada uma delas, sendo mais especificamente a microrregião 4; a que apresenta maior dificuldade, ao não contar com adequada infraestrutura nem disposição de redes de eletricidade, água e esgoto, por ter-se formado a partir de invasões com os riscos ambientais que a dita situação acarreta. (Ficha Familiar: Instrumento para aplicação do modelo de atenção, para estabelecer os determinantes de saúde das famílias e comunidades e garantir o exercício de seus direitos de saúde)

Na nossa área de abrangência contamos com poucas estruturas comunitárias citando a escola de ensino fundamental EMEF Alzira Silveira Araújo, onde temos deparado com certo grau de dificuldade (agora em vias de recuperação) o programa do PSE (Programa de Saúde Escolar) logrando uma parceria entre escola e unidade de saúde para abordagem integral das famílias reforçando elementos importantes como alimentação, vacinação, situações de violência, transtornos visuais, de desenvolvimento e comportamentais. Também contamos com um campo de futebol locado ao fundo da unidade a qual é utilizada para a prática de atividades e encontros esportivos que envolvem a comunidade. Contamos com o CRAS que desenvolve um trabalho de apoio solidário e realização de atividades educativas fundamentalmente focadas em crianças e adolescentes de risco social, além do desenvolvimento de atividades educativas palestras e grupos de gestantes e alimentação saudável.

Observa-se maior demanda espontânea de atendimentos de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, mas tem se desenvolvido modalidades de consultas coletivas que melhoram esse tipo de atendimento.

Nossa unidade realiza acolhimento diário sendo que a maior incidência corresponde às doenças respiratórias, assim como queixas odontológicas com prioridade no atendimento de crianças e gestantes ou situações de emergências, garantindo a coordenação, em casos que precisarem se faz referência dos casos para atendimento ou procedimentos no nível secundário ou terciário, segundo a gravidade, sem perder nosso acompanhamento de volta à comunidade e de ser necessário atendimento continuado com modalidades de acompanhamento ou ingresso domiciliar, promovem-se informações que orientem sobre as opções dos procedimentos, serviços ou assistência social.

Temos desenvolvido estratégias para o atendimento de pacientes com doenças psiquiátricas em parceria com equipe de saúde mental do município com apoio matricial mensal com apresentações, discussões de casos e condutas clínicas, que tem ajudado muito na qualidade da atenção, permitindo o processo de recuperação social destes casos.

Cabe assinalar que a maior dificuldade identificada a nossa chegada analisando a situação de saúde da área de abrangência foi o grande número de adolescentes grávidas e desconhecimento dos contraceptivos. Apesar da cobertura de atenção em nível primário de saúde e do desenvolvimento em serviços de saúde da atenção primária, incluindo o suporte garantindo a gratuidade de medicamentos em redes de farmácias. Acredita-se que esse fato deva ser pelas seguintes razões: Baixo conhecimento sobre contraceptivos, pouca ou nenhuma comunicação com os pais sobre o tema, baixa percepção de risco, baixa escolaridade.

Sendo o tema escolhido de meu projeto de intervenção, **NOVA ESTRATÉGIA PARA O ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E ANTICONCEPCIONAL EM ADOLESCENTES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BETÂNIA-CACHOEIRINHA/RS.**

## ATIVIDADE 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Cada dia em nossa prática médica recebemos casos que fazem demonstrar nossas habilidades como profissionais e como seres humanos sensíveis. Ao chegar ao Brasil encontramos casos muito similares aos tratados em outros países, mas também encontramos doenças diferentes, e fundamentalmente alta prevalência e incidência de situações que são muito suscetíveis para o paciente de maneira individual e para as famílias em geral, sobre uma dessas situações trata-se nosso caso, os nomes simplesmente com iniciais preservando a confidencialidade do paciente:

ARH Idade: 14 anos Sexo: Feminino, pertencente à família composta bisavó, avó materna, avô materno e a mãe.

**Dados de Interesse Familiar:** Bisavó GHD idosa, feminina, de 88 anos com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, viúva, controlada no posto de saúde. Avó EHD, feminina, de 60 anos de idade, hipertensa, descompensada, pois não cuida da dieta, nem toma as medicações, segundo relata por não ter tempo. Avô RFL masculino, de 62 anos hipertensos, com abandono de seu tratamento. Mãe da adolescente, IHD, feminina, de 40 anos, em acompanhamento de saúde mental, estável com as medicações o quadro começou há 4 anos depois de perder um filho durante o parto e imediatamente depois seu esposo decidiu terminar a relação. Pai vivo sem vínculo com ela.

### **Condições de Vida:**

**Alimentação:** Predominantemente carboidrato, costuma fazer lanches, poucas frutas e verduras.

**Habitação:** Morando com bisavó, avó materna, avô materno, mãe Vive em uma casa de madeira e alvenaria, com 3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, água encanada.

**Atividades físicas:** Próprias da sua idade.

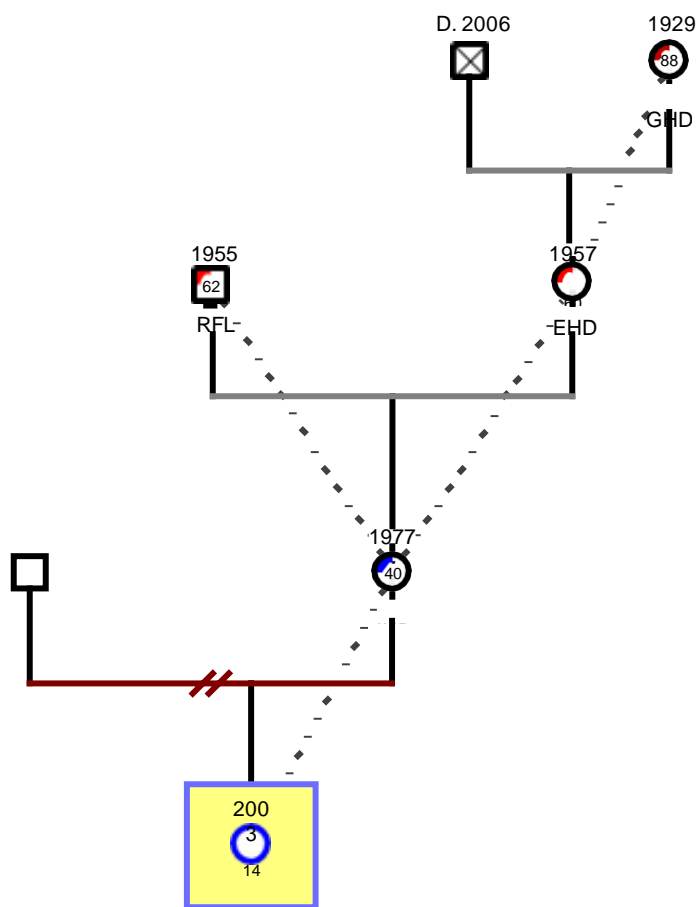
**Vícios:** Nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas.



Condições socioeconômicas: Baixa renda familiar, entrada de dois salários na casa. (Avô EHD e Avô RFL)

Vida sentimental: Tem um namorado, não tem pensado no matrimônio.

**GENOGRAMA:** (Nomes fictícios):



LEGENDA:

- Sexo masculino
- Sexo feminino
- ⊠ Óbito masculino
- Relação distante
- /// Divorcio

**QUEIXA PRINCIPAL:** Vômitos e dor abdominal

**HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:** Acolhimento (15/12/2017):

Chega à Unidade EHD, feminina de 60 anos de idade acompanhando a sua neta ARH feminina de 14 anos de idade neste momento, pois a adolescente começou há dois dias com mal estarem geral, vômitos e dor abdominal. Relata a avó que a menina está muito triste, isolada, não quer conversar em casa, acha que porque sua filha, mãe da menina (ARH), não deixou que ela fora numa festa há 15 dias; passa no acolhimento com a enfermagem que depois de avaliar passa para atendimento médico. A paciente adolescente, não coopera no interrogatório, repeti o mesmo relato dos sintomas apresentados pela avó no acolhimento, sinalando que a dor abdominal é baixo ventre, com azia, senti-se muito cansada, com sono. Avó relata que quase não come e acha que pode ser anemia. Questiono sobre o ciclo menstrual declarando que sua DUM foi no início do mês anterior exatamente o dia 2 de novembro de 2017. Negando uso de anticoncepcional e declarando que teve relações com seu namorado de 15 anos, mas que a camisinha se estourou. Avó fica irritada, pois a mãe com os problemas depressivos que tem desde há 4 anos quando perdeu um filho e se separou do esposo, voltou - se muito permissiva e foi quem permitiu ter esse namorado. Imediatamente indico teste de gravidez (HCG) em urina feito na hora com resultado positivo. A paciente referiu que tinha medo da reação de sua mãe e começou a chorar, deprimida e assustada.

**EXAME FÍSICO:** (Eu descrevo apenas o positivo encontrado no exame físico).

Abdome:

Inspeção: plano, impressiona aumento do volume do útero, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais

Palpação: útero aumentado de tamanho, ligeiramente doloroso na palpação em hipogástrio.

**Hipótese diagnóstica:**

Gestação Primeira trimestre IG por DUM +/-6,1semanas.

**Conduta:**

1. Fazemos captação da gestante;
2. Inserimos no SUS PRENATAL e Fornecemos a carteirinha de gestante;
3. Foram indicados exames complementares do primeiro trimestre (Hemograma Completo, IgG e IgM para Toxoplasmose, Glicose, EQU, Urocultura, Grupo ABO, Fator Rh, Testes rápidos para Sífilis, HIV e Hepatite, ecografia obstétrica;
4. Orientamos sobre vacinação, trazer carteirinha para verificar;
5. Orientamos sobre alimentação saudável e suplemento de ácido fólico durante o primeiro trimestre;
6. Agendamos consulta odontológica;
7. Coordenamos avaliação psicológica para ela e mãe;
8. Informamos devidamente a escola onde se garantiu manter vinculação escolar até o terceiro trimestre da gravidez e a continuidade dos mesmos depois do parto, fator decisivo que influenciou muito gerando atitude positiva da adolescente, evitando assim deserção escolar;
9. Agendamos consulta pré-natal em 15 dias, indicando trazer os exames, e vir acompanhada pela mãe;
10. Depois de trazer os exames, e fazer a primeira consulta, encaminharemos para o hospital pra que seja acompanhada em consulta de alto risco, por os fatores de risco que apresenta (adolescente, depressão, gestação não desejada), embora continuasse acompanhamento por o posto, além de que faça acompanhamento pelo hospital.

Os procedimentos realizados em meu atendimento no caso clínico exposto, são baseados no protocolo de atenção a gestante do caderno de atenção básica de pré-natal de baixo risco, proposto pelo Ministério da Saúde, que traz de forma integral e simples tudo o referente a como deve ser feito a consulta da gestante desde seu diagnóstico na gravidez, anamnese, exame físico, prevenção de risco, nutrição adequada, vacinação, conduta e manejo da gestante, por isso eu escolhi este protocolo, já que aborda de forma ordenada e integral os passos para uma ótima atenção na gestante (BRASÍLIA, 2012).

### **ATIVIDADE 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Os cuidados integrais com saúde implicam ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e depois de instalada a doença, o tratamento adequado dos doentes. A promoção da saúde refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. (PAULO M. BUSS, 2010)

Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e pelas ações de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais. (Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e estudos suplementar, 88, 89)

Para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior de essas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus integrantes, é necessária ação Inter setorial e políticas publicas saudável. (Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e estudos suplementar, 88, 89,90).

Quando eu comecei a trabalhar na ESF BETÂNIA há mais de um ano, encontrei uma população necessitada de atenção médica e mais que isso, necessitada de conhecimentos para evitar as doenças e suas complicações. Foi por isso que decidimos trabalhar em conjunto todos os integrantes da equipe de saúde, e focar nosso trabalho na Promoção e Prevenção, oferecendo os conhecimentos necessários para cuidar a saúde de todos.

Como parte desse trabalho, organizamos vários grupos de educação em saúde dentro deles: Grupo de Caminhada, de Tabagismo, Hipertensão (para hipertensos e diabéticos) e nas ações realizadas junto a minha equipe destacamos em nossos atendimentos: O pré-natal, puericultura e saúde mental.

Um Pré-Natal adequado é muito importante para o bem-estar da mulher grávida e seu filho. Através de assistência pré-natal, o médico pode monitorar o progresso da gravidez e preparar a mãe para o parto e criação dos filhos. Com todos os cuidados necessários trazem um resultado desejado por todos, uma criança

saudável, boas condições de saúde para a mãe e um bem estar físico, mental para a família.

Consideramos que a gestação é um período na vida da mulher que compromete a todas as pessoas que convivem com a futura mãe, daí a importância de oferecer conhecimentos sobre este período a todas as mulheres em idade fértil e abordar o relacionado com a gestação em mulheres grávidas, esposos e familiares.

Por isso nossa equipe de saúde tem especial atenção com as grávidas, fundamentalmente com as grávidas adolescentes, para evitar os fatores de risco. Além de ter grupos de adolescentes onde realizamos palestras sobre os riscos das gestações durante a adolescência, falamos sobre anticoncepção, sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, sobre o planejamento familiar entre outros temas, assim nos fornecemos conhecimentos a os adolescentes e mulheres em idade fértil, preparando lhos melhor para ter o planejamento familiar e vida sexual mais responsável.

Puericultura: Ações de acolhimento de crianças são muito importantes para o médico e a família da criança através dele pode impedir os diferentes fatores que podem afetar o desenvolvimento normal da criança realizando diferentes ações de prevenção e promoção: aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, Acompanhamento da puerpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, Busca ativa de recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade. Saúde mental ou apoio matricial, objetiva assegurar de um modo dinâmico e interativo; retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência; duas dimensões de suporte assistencial técnico-pedagógico. O objetivo de cada um deles tem sido até agora oferecer as ferramentas necessárias para evitar crises, complicações, aumentar conhecimento sobre fatores de risco em pessoas saudáveis e para isso fazemos atividades educativas em grupos, participativas, palestras entre outras.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o local privilegiado para atuação em saúde mental a efetividade das ações da equipe de saúde da família depende, entretanto, da possibilidade de um intenso trabalho de territorialização, que vai desde o reconhecimento do território, suas necessidades e potencialidades, até a ação direta dentro da comunidade. A prevenção na saúde mental nosso posto de trabalho está estabelecida por meio de uma abordagem educativa, tendo com o objetivo de evitar hábitos que possam favorecer o aparecimento de alguns transtornos mentais. Neste nível de prevenção devemos realizar campanhas de

higiene e saúde pública, cuidados primários, dando atenção especial a grupos de alto risco como são os adolescentes, neste cenário nos profissionais de atenção básica podemos jogar um importante rol pelo fato acessibilidade a nossa população e ou rapport estabelecido nosso atuar diário interagindo quanto com o indivíduo quanto com sua família.

Embora e muito importante detectar a tempo fatores de risco de doença e transtornos mentais e do comportamento tendo em conta o médio onde o indivíduo se desenvolve, sua história de vida, os aspetos genéticos, ambientais sócias, econômicos e de outra índole que possam favorecer o desenvolvimento de agravos tales como o alcoolismo, consumo de drogas o propiciar a aparição de depressão, ansiedade dentre outros.

Algumas das propostas para prevenção da saúde mental no contexto da atenção primária à saúde, que são realizadas no âmbito da minha ESF são:

1. Realização de campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio.
2. Criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais
3. Fornecimento de programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias de doentes mentais, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de pacientes adultos incapacitados, que dependem da família social, emocional e financeiramente.
4. Involucrar a gestores sócios em campanhas de promoção de saúde mental desde as escolas visando à sensibilização de professores, prevenção da

violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, prevenção do abuso de drogas, programas de desenvolvimento pessoal e social, prevenção do suicídio e das desordens alimentares. (Brasil, 2013).

Constitui um problema identificado as doenças crônicas não transmissíveis de saúde principalmente, hipertensão arterial por isso que também vai discutir o caso de promoções principais fazemos neste grupo, porque é parte do nosso trabalho. Consideramos como parte da promoção e prevenção atividades tais como:

- Identificar todas as pessoas com hipertensão arterial.
- Realizar grupos de discussão sobre fatores socioculturais e de risco que influenciam na aparição da hipertensão arterial na comunidade.
- Atividade educativa em grupo e com equipe multiprofissional, para apoio terapêutico às pessoas portadoras de hipertensão arterial.
- Realizar atividade educativa em grupo sobre responsabilidades pessoal, conseqüências e complicações da hipertensão arterial.
- Nossa equipe realiza palestras sobre alimentação saudável, pratica de atividade física, consumo de vegetais, fatores de risco desfavoráveis como obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de sal, para ampliar o conhecimento sobre cuidado e controle das doenças crônicas. (Brasil, 2013).

Orientações que fazemos soube uma alimentação saudável para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis:

1. Realize de cinco a seis refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.

2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como as dieta, zero ou light. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.

3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais.

4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus.

5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias.

6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromática. Use pouco sal para cozinhar.

7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, lingüiça, etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semi desnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).

8. Consuma peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana.

9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.

10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício. (Brasil, 2013).



Resumindo corresponde as ESF jogar seu papel no contexto de prevenção e promoção da saúde fazendo uso de todas as ferramentas de trabalho possíveis a fim de obter o bem estar biopsicossocial de sua população.

#### ATIVIDADE 4. VISITA DOMICILIAR

O envelhecimento populacional e uma resposta a mudanças de indicadores de saúde especialmente a queda de fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Nossa área de abrangência conta com um número alto de população acima dos sessenta anos de idade. Atendidos na ESF jardim Betânia, Município de Cachoeirinha.

Minha equipe e eu realizamos toda a terça feira na tarde as visitas domiciliares, prioriza-se e organizam-se conforme a situação da comunidade, indicação do ACS tentando dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que por algum agravo, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde na Unidade (idoso, grávidas, recém- nascidos, pacientes com necessidades especiais, deficientes, estádios terminais e outros), permite-nos realizar a pesquisa ativa de sintomáticos respiratórios e dos contatos e portadores de outras doenças infectocontagiosas, permite-nos a avaliação do portador de doenças crônica deficiente ou com dificuldades de locomoção. (BRASIL, 2013).

São planejadas nas reuniões da equipe as VD segundo as necessidades, estamos falando das VD integrais com todos os membros da equipe, mas as ACS fazem as visitas diariamente, sendo uns dos mais visitados os pacientes idosos, devido a uma alta afluência ao posto de saúde e em visitas domiciliares de casos que requerem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, gestantes sobre todo adolescentes, o lugar onde a maioria destas pessoas mora e um bairro periférico, sim uma infraestrutura adequada, dificuldade de moradia, condições econômicas, violência, delinqüência, tráfico de drogas e abandono familiar. O número de pessoas idosas atendidas acima dos sessenta anos em consulta supera aos outros grupos etários com as doenças crônicas freqüentes nestes casos. O paciente que vou tomar para fazer abordagem do acompanhamento no posto vai dar o nome de JSR. (Ficha Familiar: Instrumento para aplicação do modelo de atenção, para estabelecer os determinantes de saúde das famílias e comunidades e garantir o exercício de seus direitos de saúde).

Em consulta de acompanhamento um paciente compensado de hipertensão arterial e diabetes mellitus TII, refere às melhorias que ele tem após uso dos medicamentos, dieta e exercício indicados por mim. Comenta de um senhor amigo dele que apesar de ter pouco mais de sessenta anos está em condições de saúde bem precárias, falou para ele a existência do posto de saúde e acompanhamento que ele estava fazendo. Ele não mostrou muito vontade de procurar atendimento, conveniamos a possibilidade que ele pudesse trazer a Sr. JSR em consulta agendada. Procurei um espaço em minha agenda e marquei consulta de clínico para a próxima segunda feira no horário da manhã. Na reunião de equipe solicitei pauta para falar do caso da próxima semana e aos agentes comunitária ACS que marcaram uma visita domiciliar ao senhor JSR. Pedi para as técnicas de enfermagem ficar atentas par dar prioridade ao senhor idoso que não estava acostumado ao funcionamento do posto para um rápido atendimento.

Segunda-feira 08h15min o senhor JSR paciente de 62 anos recebe meu atendimento a primeira vista um senhor de aspecto e higiene bem descuidados o que simulava mais idade. Depois de cumprimentar e apresentar me convidei sentar-se. Os níveis de HGT acima de 500 e sua pressão acima de 180/120, o hálito forte, motivou encaminhar ele para emergência de minha região. Reforçando para ele a necessidade de continuidade do acompanhamento no posto de saúde ao retorno. Não tinha compromisso da função cerebral, dor no peito sintomas que avaliavam a cronicidade da doença. Ligamos para SAMU o paciente não tinha acompanhante e levaram para emergência.

Na próxima reunião de equipe a agente comunitária informou que JSR estava internado no hospital por uma diabetes descompensada e uma hipertensão descompensada, ele mora com a neta adolescente, ela ficou com seu avô depois que sua mãe morreu e o pai foi a trabalhar em outro estado, ela esta grávida, é filha de seu filho mais velho, e não cuida de seu avô, nem assiste a consulta pré-natal no posto, alem disso ele tem dois filhos que nunca mais se preocuparam por ele, eles moravam distante no outro Estado, sua casa em condições estruturais deprimentes, em franco abandono, todos os membros da equipe concordaram a necessidade da visita domiciliar quando senhor JSR estivesse de alta hospitalar. Por a gravidade da situação falamos a necessidade de vincular o caso com atenção social da comunidade CRAS, CRESS. Fazer a visita domiciliar de ser possível a equipe toda, para uma maior idéia na toma de decisões. Sem comprometer o atendimento da

população por a facilidade de trabalhar duas equipes de saúde no mesmo centro.

Em visita domiciliar a equipe observou as barreiras que tinha que vencer o paciente para acudir a consulta, concordou que este paciente não conseguia os recursos para acompanhar no posto, por isso a necessidade das visitas domiciliares. Ao chegar a sua casa o senhor JSR estava deitado em sua cama, a casa desarrumada, lixo em todas as partes, sem sinais de preparação de alimentos, algumas garrafas de refrigerantes bacias, e restos de pão velho acima da mesa. E os laudos entregados para ele no hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha, onde recebeu atendimento. Ele estava sentindo-se muito melhor só que agora tinha uma grande dificuldade para colocar a insulina indicada no hospital e isso da dieta que tinha que fazer sem comer pão, sal, e refrigerantes entre outras coisas, ademais da hipertensão e diabetes tinha seqüelas a causa da diabetes tinha retinopatia diabética com perda da visão olho direito e olho esquerdo bem comprometido, com indicação de encaminhamento por o posto de saúde para oftalmologia a agente comunitária e técnicas enfermagem arrumaram um pouco a casa recolheram o lixo, a assistente social avalio o caso de abandono familiar em conjunto com agentes comunitários para receber bolsa de família.

A enfermeira arruma uma caixa dos medicamentos da semana para ele com os horários de esquerda a direita na ordem que tinha que tomar para a semana toda. A técnica enfermagem colocou as 20 unidades de insulina que tinha indicada de manhã, antes de ir embora conseguimos falar com a neta que chegou nesse momento, sobre os cuidados que deveria ter com o avô, em quanto à medicação, higiene, alimentação adequada segun as doenças que ele sofre, alem de aproveitar para falar sobre sua gravidez, que é de risco por sua idade, não se alimenta bem, nem com a freqüência que deve se alimentar uma gestante, ainda não assistiu as consultas pré-natais, não fiz os exames laboratoriais, falamos sobre os riscos e as complicações que pode apresentar , também sobre importância de assistir a consulta e a importância da realização dos exames,ela comprometeu - se a cuidar a seu avô direitinho e assistira as consultas pré-natais, fará os exames e vai começar a se alimentar melhor, foi treinada para colocar as doses de insulina inclusas no horário da noite, falamos para a assistente social que ela supervisa se segun suas possibilidades a cuidadora e o paciente, alem de que toda a equipe faria VD semanais e a ASC fariam visitas diárias.

Entre tanto JSR se levantou da cama e com ajuda de uma bengala que ganhou de um amigo foi conosco para a mesa comeu uma merenda que trouxe o agente de um copo

de leite. Aproveitamos para falar da diabetes mellitus e a hipertensão arterial, os cuidados a dieta, e promoção de hábitos saudáveis a importância do tratamento. ACS fez a caderneta de saúde de pessoa idosa preenchendo todos os dados certinhos. E valorar se esteve vacinado com antigripal e DT.

JSR em duas oportunidades apresentou caída em sua casa, tinha uma escada de três degraus da cozinha ao comedor sem corrimãos, a iluminação da casa inadequada, tinha vários tapetes soltos por toda a casa, obstáculos de todo tipo em seu trajeto diário, não tinha parceira sexual desde um bom tempo 5 anos dentro das atividades da vida diária (AVD), conseguia alimentar-se, banhar-se com dificuldade, e vestir-se com dificuldade ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas por causa da diabetes descompensada e uso de medicamentos diuréticos para hipertensão, dentro das atividades instrumentais da vida não conseguia pegar meios de transporte, manipular medicamentos adequadamente, preparar refeições, não tinha dinheiro ou apoio financeiro para fazer compras o cuidar das finanças.

Quando mais jovem JSR foi pedreiro por causa da vista não continuou este ofício tinha muitas ferramentas guardadas em casa, mas quando voltou do hospital notou que faltavam umas quantas. Sendo vítima de violência patrimonial. Desconfiava de um vizinho que consumia drogas. Avaliando desta forma o senhor JSR a equipe saiu com uma idéia mais clara das ações que se tinham tomar neste caso, marcamos uma nova visita domiciliar para dar continuidade ao atendimento encaminhamos a nutricionista e oftalmologista, falamos com agente comunitária de estabelecer prioridade neste paciente idoso em situação de abandono e fragilidade, confeccionamos laudo medico para I.N.S. S a causa de sua incapacidade física motora com doenças crônicas. (BRASIL, 2013.)

Acompanhamos ao longo do tempo ao senhor JSR, consegui compensar sua diabetes e sua pressão. Tem aprendido conviver com sua doença e incapacidade, foi apresentado em consulta de matriciamento mental com indicações do psiquiatra e psicólogo, uso de medicação controlada por um tempo, nestes momentos não está precisando, vinculado a grupo de idoso acompanha o cuidador (a neta), entrega do vale de transporte, na última consulta ele consegue chegar ao posto de saúde, mostrando exames de rotina feitos onde os valores estão dentro dos limites normais, sua avaliação nutricional está em peso adequado, à parte econômica continuam com dificuldade. A neta assiste a consulta pré-natal, faz os tratamentos e exames indicados direitinhos, esta cuidando bem de sue avo, os filhos depois de muito tempo ligaram para ele, visitaram a ele e arrumaram um novo

banheiro e uma reparada a sua casa, ajudam a grávida com os cuidados e economia da casa, Sr JSR promete intentar formar parte do grupo de Hiperdia, já a neta grávida esta inclusa e assiste no grupo de gestantes que temos na comunidade com apoio dos agentes comunitários e técnicas de enfermagem assim como lideres da comunidade formal e informal. Nosso trabalho continua já que infelizmente temos muitos JSR e grávidas adolescentes em nossa área de desempenho.

## ATIVIDADE 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na minha chegada ao Brasil como parte do Programa Mais Médico, iniciei meu trabalho numa Unidade de Saúde, basicamente achando que seria muito similar o meu trabalho como médico de família nos últimos 8 anos, mas encontrei similitudes e muitas diferenças, doenças que nunca tinha enfrentado, uma população que mora em situação precária, com nível educacional baixo. De início pensei seria bem difícil com todo isso unido a diferenças do idioma parecia algo insuperável. Com o Curso de Especialização em Saúde da Família as expectativas foram muitas devido às grandes diferenças na atuação médica de meus pais com o Brasil, mais por meio do curso é conseguido conhecer as políticas de saúde em Brasil, as características e desenvolvimento de saúde, modelos de atuação, protocolos, e em geral melhorar a qualidade de vida de meus pacientes, provocando mudanças em seus estilos de vida.

Estava desacostumada a um curso a distancia através de internet, numa plataforma que requeria muita prática, dificuldade com o acesso e muitos outros inconvenientes foram obstáculos que pouco a pouco fomos vencendo, a prática do idioma através de linguagem oral e escrita contribuiu a um melhor entendimento do português, melhorando a compreensão nas consultas medicas com o paciente e vice-versa.

O desenvolvimento do curso foi de muita importância, no eixo 1 conheci a historia da saúde ,os decretos e legislações no Brasil, alem de dar inicio a o Projeto de intervenção como forma de atingir sobre um dos problemas mais sensíveis da comunidade ,no eixo 2 aportou muitos conhecimentos com o estudo dos casos complexos ,e nos ofereci-o muitas ferramentas de ajuda para um melhor atendimento dos pacientes no dia a dia em nossas consultas; olhar, avaliar o paciente como um todo (como um ser biopsicossocial).E com o desenvolvimento do TCC,fortaleci ainda mais meus conhecimentos não só com os protocolos sino também com o manejo e acompanhamento dos pacientes. Logrando obter mudança na vida das pessoas, trazendo contribuições positivas para o trabalho em equipe, na clínica e na gestão praticando assim uma medicina mais humanizada e de qualidade. Todo apoiados nos temas do curso.

E muito importante destacarem o apoio incondicional do orientador, nas duas etapas, assim como a equipe médica e de enfermagem da ESF onde trabalho porque sem eles não teria conseguido chegar ao objetivo principal. Próximos ao final do curso com expectativas do dia, mas felizes pelos objetivos complementados porque nos sentimos a cada dia mais preparados para este trabalho maravilhoso que marca nossas vidas como MEDICOS DE FAMILIA E COMUNIDADE.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br> > Acessado em: 07 de Dezembro de 2017.

BETÂNIA, Estratégia de Saúde da Família - **Ficha Familiar: Área II**. Cachoeirinha: 2017.

BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, **Cadernos 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. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, Paulo M., **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. Matéria Disponível em: < <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais> > Acessado em: 09 de Dezembro de 2017.

SAÚDE, Secretaria Municipal. **Plano Municipal de Saúde de Cachoeirinha**. Cachoeirinha: RS, 2010-2013. Disponível em: < <http://www.cachoeirinha.rs.gov.br> > Acessado em 10 de Dezembro de 2017.

**ANEXO I PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-UNASUS  
Modalidade a Distância  
Turma 16**

**Yusneiris Olivarez Escobar**

**NOVA ESTRATÉGIA PARA O ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO  
REPRODUTIVO E ANTICONCEPCIONAL EM ADOLESCENTES NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE BETÂNIA-CACHOEIRINHA/RS**

**CACHOEIRINHA**

**2017**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: .....	3
2. PROBLEMA .....	5
3. JUSTIFICATIVA .....	6
4. OBJETIVO.....	6
4.1 Objetivo Geral .....	7
4.2 Objetivos Específicos: .....	7
5. REVISÃO DE LITERATURA .....	8
5.1 Planejamento Familiar .....	8
5.2 Contracepção .....	8
5.3 Adolescência .....	9
6. METODOLOGIA.....	10
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	12
8. CRONOGRAMA .....	15
9. RECURSOS HUMANOS.....	16
10. MATERIAIS .....	17
11. RESULTADOS ESPERADO .....	18
12. ANEXOS .....	19

## 1. INTRODUÇÃO

Gerar filhos saudáveis é um dos principais objetivos da espécie humana. A atenção à saúde sexual e reprodutiva é considerada um instrumento de intervenção para a melhora da saúde. Todos os indivíduos têm direito de planejar a sua vida reprodutiva e ter acesso aos meios para tal, incluindo pessoas com qualquer deficiência, conforme a convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. O planejamento familiar é desenvolvido nas ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), e a atenção básica tem muita importância porque informa, previne doenças, compensa as doenças crônicas preparando as mulheres para uma boa gravidez e educa sexualmente a os pacientes, decide junto com o casal o melhor momento para ter os filhos, orienta sobre os diferentes métodos anticonceptivos pra evitar gestações não desejadas, elevando a saúde reprodutiva da mulher reduzindo a mortalidade materno-infantil(BRASIL,1996).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2010), os programas de planejamento familiar foram responsáveis pela diminuição de fecundidade mundial de 1972 -1994. Em 1995 a Organização Mundial de Saúde (OMS) revisou sua orientação no que concerne ao planejamento familiar e determinou que se assegurasse a criação; nessa perspectiva de novas diretrizes baseadas em provas científicas. (IV CONFERENCIA MUNDIAL).

Na atualidade a OMS participa em várias iniciativas com agências e programas que visam acelerar o progresso para alcançar os 4o e 5o objetivos de Desenvolvimento do Milênio (reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna) até 2015. Em 2011 publicou, em conjunto com as orientações do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), sobre a prevenção da gravidez precoce em reduzindo os resultados reprodutivos adversos. Estima-se que, nos países em desenvolvimento, a maioria das mulheres querem retardar ou parar de engravidar, mas, apesar disso, nem elas nem seus parceiros usam nenhum método contraceptivo.(BRASIL,2013) .

A mortalidade materna global tem sido reduzida quase pela metade entre 1990 e 2013. A taxa de fecundidade total no Brasil, ou seja, de número médio de

filhos por mulher entre 15 e 49 anos, vem diminuindo ao longo dos anos. Em 2001 a taxa era 2.22, em 2004 era de 2.05 e em 2007 era 1.90. (DUNCAN)

Já em 2011 era de 1.62. No ano 2000, Coelho (2000), num estudo onde faz um resgate histórico da formulação e implantação de políticas de saúde no Brasil com ênfase na política de planejamento familiar; conclui que estas, em si mesmas, respondem a interesses de controle internacionais e hoje o planejamento familiar, embora oficialmente reconhecido como direito da cidadania, ainda reflete interesses contraditórios das instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder. Baseada sua afirmação na concepção de que, na realidade, as mulheres continuam enfrentando sérias dificuldades no que diz respeito a sua saúde reprodutiva e quanto ao planejamento familiar, estas não se limitam à falta de acesso aos meios para regular a fertilidade. Falta-lhe também o saber sobre seu corpo, sobre os seus desejos e sobre suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos. (COELHO, 2000)

A Pesquisa Nacional Demográfica à Saúde da Criança e a Mulher (PNDS) feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, revelou que 46% das gravidezes não são planejadas. Além de prevenir a gravidez não planejada, gestações de alto risco e a promoção de maior intervalo entre os partos, o planejamento familiar proporciona maior qualidade de vida ao casal que tem somente o número de filhos que planejou. No Brasil a política nacional foi criada em 2007. Ela inclui oferta de oito métodos contraceptivos e venda de contraceptivos a preços reduzidos em farmácias populares. Toda mulher em idade fértil (10-49 anos) tem acesso aos métodos anticoncepcionais nas ESF, mas em muitos casos, precisaria comparecer a uma consulta prévia com profissionais de saúde. A escolha da metodologia mais adequada deverá ser feita pela paciente após entender os benefícios e preconceitos de cada um dos métodos. (BRASIL, 2013).

## **2. PROBLEMA**

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Jardim Betânia localizada no município Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, onde eu trabalho como médica de família, tem uma população de 2660 habitantes, delas 50 são adolescentes do sexo feminino, num total de 30 gestantes cadastradas, 20 são adolescentes, por isso foi necessário a realização do estudo de intervenção pra conhecer as causas da alta incidência de gestações não planejadas em adolescentes e também para poder diminuir os altos índices .

Diante do que foi identificado surgiram os seguintes questionamentos: Que conhecimentos sobre anticoncepção têm as adolescentes na ESF? Porque a maioria das adolescentes não utiliza anticoncepcional? Que mudanças ocorrerão a curto prazo com a implantação de uma intervenção educativa em as adolescentes?

Para a busca de respostas para essas questões tema necessidade de realizar um plano de intervenção de educação em saúde com tema principal planejamento reprodutivo e anticoncepção em adolescentes na ESF Betânia.

### 3. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pelo elevado registro de gestações não planejadas em adolescentes (14 e 18 anos), solteiras, que não estudam e não trabalham, vivem em situação social de risco, de famílias desestruturadas de baixíssima renda, assim como em pacientes com riscos biológicos devido doenças transmissíveis (AIDS) e crônicas não transmissíveis descompensadas (fundamentalmente hipertensão e diabetes), entre outros riscos como: multiparidade. Nota-se que esses desfechos se dão fundamentalmente devido a:

- A falta de informação de parte dos pais para os filhos sobre a reprodução sexual e o uso inadequado de os métodos anticoncepcionais conforme idade, além da baixa escolaridade tanto dos filhos como os pais.

- Necessidade de melhor treinamento dos profissionais que compõem a equipe de saúde para uma melhor abordagem aos riscos, destacando o papel dos agentes comunitários de saúde.

Diante da situação detectada sentimos a necessidade de repensar a rotina de atendimento e sugerimos, depois de pesquisas baseadas em evidência científica, mediante revisão bibliográfica de bases de dados e biblioteca virtual de saúde (Bireme, medline e Scielo), além de materiais impressos como revistas e jornais de saúde, avaliamos a pertinência de aplicar uma nova estratégia na abordagem do planejamento reprodutivo e o uso adequado dos anticoncepcionais orais.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral

Diminuir o índice de gestações não planejadas em adolescentes e melhorar o uso de anticoncepcionais orais.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Registrar as mulheres em idade fértil na área de abrangência e identificar as que apresentaram risco reprodutivo, dando ênfases as adolescentes, sobretudo aquelas que não desejam engravidar.
- Oferecer ações educativas para elevar o conhecimento sobre planejamento familiar e métodos anticoncepcionais.
- Organizar o fluxograma da nova estratégia de acolhimento do planejamento reprodutivo e anticoncepção, em adolescentes.
- Preparar e treinar a equipe de saúde da ESF para garantir a execução da nova estratégia de acolhimento do planejamento reprodutivo e anticoncepção, em adolescentes.



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Planejamento Familiar

Uma das formas que permitem aumentar a educação pública das mulheres é diminuir a gravidez indesejada especialmente em adolescentes, diminuir a morte materna – infantil e o baixo peso ao nascer é o planejamento familiar, que é o direito de cada casal de decidir quando é o momento certo para ter seus filhos e quantos filhos eles querem ter , melhorando assim a saúde física e psicológica das mulheres.(COELHO,2000).

É por isso que nosso trabalho nas unidades de saúde tem como objetivo a prevenção e agravo de doenças, através do fornecimento de informações sobre os diferentes métodos contraceptivos, ajudando assim a escolher o método contraceptivos mais apropriado para eles. (VARELLA, 2011).

Na prática desenvolvemos o planejamento familiar através de intervenções educacionais no ambiente escolar e familiar, com o objetivo de gerar mudanças de atitudes e condutas, especialmente em adolescentes, que além de diminuir e prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas ajuda a alcançar uma sexualidade segura e protegida (COELHO, 2000).

### 5.2 Contracepção

Através da parceria de atividades de saúde e educação pública, ampliamos o acesso á informação, educação e sensibilização, além de fornecer informações sobre o uso de contraceptivos, constituindo maneiras de combater e prevenir a gravidez na adolescência.(VARELLA, 2011).

Apesar dessas atividades educacionais, continuamos enfrentando esse problema em nossas áreas de atenção, por não uso ou uso inadequado de contraceptivos por parte dos adolescentes, devido em muitos casos á falta de informação, ignorância e falta de conscientização por parte dos jovens, a falta de comunicação com os pais ou o conhecimento insuficiente dos pais para discutir

questões de sexualidade com os filhos, são alguns dos principais fatores que causam gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. (BATISTA, 2014).

Então continuamos trabalhando para diminuir esses indicadores que afetam a saúde e atrapalham o futuro deles e para aumentar a percepção do risco e conscientização em adolescentes de nossa área de atenção. (BATISTA, 2014).

### 5.3 Adolescência

A adolescência é a fase de transição da infância para a idade adulta, onde ocorrem muitas mudanças no corpo humano de ordens biológicas, físicas, psicológicas e sociais, adquirindo a maturação sexual e capacidade de reprodução. (BATISTA, 2014).

Com o início da atividade sexual cada vez mais cedo em adolescentes, aumenta a frequência de doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na maioria das vezes não planejadas, tendo uma relação direta com os fatores socioeconômicos e a baixa escolaridade, constituindo as principais causas de comorbidades, morte em idades precoce, abortos aumentados, baixo peso ao nascer e mortes maternas e infantis. (SAMPAIO CHACHAM, 2014).

Por esta razão, desenvolvemos trabalho contínuo com os adolescentes em nossa área de atenção, com objetivo de manter e ampliar o acesso à informação sobre educação sexual, além do fornecimento de conhecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos, reduzindo esses indicadores. (SANTO ANDREIA, 2006).

## 6. METODOLOGIA

Será realizado um estudo de intervenção baseado na pesquisa de evidência científica na aplicação do planejamento reprodutivo em a ESF Betânia. Foi escolhido para o estudo 30 adolescentes entre as idades de 14-18 anos as quais receberam duas consultas na semana por um período de quatro meses. Sugere-se que ações de planejamento familiar desenvolvidas pela equipe de saúde (Enfermeira, Médico e ACS) no contexto das unidades da estratégia de saúde familiar, rompam o simples ato de entrega de anticoncepcionais e promovam relações familiares comunitárias e sociais mais saudáveis com espaços para conversarem e trocarem experiência, visando a participação comunitária do grupo escolhido e de todos os membros da equipe de saúde. Depois de completar o estudo será aplicado um questionário para verificar os conhecimentos alcançados pela população selecionada sobre Planejamento Reprodutivo durante o desenvolvimento do estudo. (ANEXO1) (BRASL, 2015)

Segue-se os seguintes passos:

1- Apresentar e discutir o projeto na reunião da equipe, demonstrando a pertinência da aplicação da nova modalidade na abordagem do programa de planejamento familiar na Estratégia de Saúde da Família de Bethânia, visando melhorar as deficiências demonstradas na rotina atual do atendimento.

2- Solicitar aos ACS, o registro de nomes, endereço e data de nascimento das usuárias de suas respectivas áreas para obter um dado real e definir como critério de participação a população composta por 30 adolescentes em idade fértil (14 – 18 anos) das famílias cadastradas no período de estudo ( quatro meses) e proceder a abertura de um novo livro de registro do planejamento familiar, como funciona para outros programas, como puericultura e pré-natal, o qual se manterá em constante atualização.

3- Organizar fluxograma para acolhimento (individual ou coletivo) das usuárias para as consulta, definindo horários específicos nas agendas dos médicos e licenciadas em enfermaria para consultas subseqüentes, segundo a necessidade. Garantindo integralidade no atendimento que abrange, além de avaliações de complicações ou queixas ginecológicas, também aspectos importantes tais como:

vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero e mamas, triagem e tratamento de co-morbidades como, anemia e infecções sexualmente transmissíveis (IST), promoção do aleitamento materno, sexualidade e o abandono do tabagismo, assim como a grande relevância de que o planejamento familiar também orienta-se aos cônjuges ou companheiros, ampliando a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua responsabilidade nas questões referentes a saúde sexual e reprodutiva.

4- Treinamento desenvolvido por o Medico e Enfermeira do posto Betânia para os auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS voltada a atualização segundo literatura atual. Usando cartazes e aulas de vídeos por duas semanas. Valorizando seu papel como um componente de vital importância nas ações de promoção de saúde, sendo que precisam conhecer e dominar as informações e conhecimentos atuais para dar as orientações devidas e esclarecer dúvidas sobre como proceder diante do fluxo de pacientes em as consultas com atualizações freqüentes, segundo a necessidade.

5- Conformação do livro de planejamento familiar e atualização com freqüência trimestral fazendo parte dos pontos das reuniões de equipe.

6- Supervisão do cumprimento do uso obrigatório de prontuário por cada profissional, em toda ação de saúde desenvolvida com a paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ASHEER S, BERGER A, MECKSTROTH A, KISKER E, KEATING B. **Engaging pregnant and parenting teens: early challenges and lessons learned from the evaluation of adolescent pregnancy approaches.** J Adoles Health. 2014 Mar; 54(3 Suppl):S 84-91

BATISTA, Emanuela, F.; LOURENÇO, Julia, A.; BRITO Sâmara, A.; ANDRADE, Edlainy, G.; PONTES DE ALBUQUERQUE, Janaina, M.; AQUINO, Jael, M.; **Causas predisponentes à gestação entre adolescentes.** Revista de Pesquisa. 2014. V6i4. 1571-1579

Brasil. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

COELHO, e.a.c.et al. Planejamento reprodutivo. **O planejamento familiar no Brasil. Contexto das políticas de saúde determinantes históricos.** Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1 p.37-44, mar.2000.

CORREIA. Adélia Delfina da Motta S; VIEIRA Cristiano Costa Argemon (Orgs). **Atenção Básica em Saúde da Família: Integralidade na Atenção à Saúde.** Campo Grande: UFMS, 2010

Duncan... [et al.]. **Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4ª Edição Porto alegre Editora: Artmed. Seção IV Cap. 38.P 367-382.

ELIAS GARCIA Y, GURIDI González MZ, DORTA Guridi Z, NODA L. **Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Area de Salud de Mulgoba.** RevPsicol Sex 29; 12(1):23-8.

ERF Moura, RM da Silva MTG Galvão-Cad. **Dinâmica de atendimento em planejamento familiar no programa da saúde familiar no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4): 961-970, abril, 2007.

FRANCO Nina L.; ROCHA, Thaís, A.; RAMOS, Fabrícia, R.; **Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto**. Artigo Original

LLANES Rodriguez A, QUEVEDO Arnaiz NQ, FERRER Herrera I de La Paz Carmona A, SARDIÑAS **Montes de Oca O. Embarazo em La adolescencia**. Intervención educativa. AMC 2009; 13(1)30-6.

MARCIO MUNIZ NASCIMENTO. Biodireito. **O controle da natalidade como violador da dignidade humana**. Revista âmbito jurídico. Rio Grande.

MARINO MEMBRIBES ER, AVALOS Gonzalez MM, BARÓ Jiménez VG. **Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico “Aleida Fernández Chardiet”**. Rev Cubana Med Gen Integr 2011;27(4):230-7

MOURA, Vera Lúcia, S.; RAMOS, Alessandra, C.; **Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência**. Psicol. Soc. vol.26 no. spe Belo Horizonte 2014

SAÚDE, Ministério DA. SAÚDE Secretaria DE. BÁSICA, Departamento De Atenção. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. –Brasília, 2010. 300 p.:il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) p58.

SAMPAIO CHACHAM A, BARA Maia M, BRAGA Camargo M. **Autonomia, gênero y embarazo em la adolescencia: un analisis comparativo de la experiencia de adolescentes y mujeres jóvenes provenientes de capas medias y populares em Belo Horizonte**. RevBrás.estud.popul.(internet) (citado septiembre 2014)29(2)

SANTOS, Andréia dos; CARVALHO, Cristina Vilela de. **Gravidez na adolescência: um estudo exploratório**. Bol. Psicol. São Paulo, v. 56, n. 125, dez. 2006.

SCOLARI, Micheli, R.; BRAUN, Ligia, S.; BERIA, Jorge Umberto. **Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil.** Ciênc. Saúde coletiva;19(10):4236,10/2014.

SPINDOLA T, Siqueira NSB, Cavalcanti RL. **As gestantes adolescentes e o emprego dos métodos contraceptivos.** Revpesquicuid fundam (online). 2012 jan/mar; 4(1): 2636-46.

VARELLA Dráuzio. **Natalidade e Violência. Planejamento familiar.** Disponível em: < <https://drauziovarella.uol.com.br> > Publicado 25 de abril 2011.

IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, China – 1995. **Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, quinze anos após a sua adoção.** Departamento de Informação das Nações Unidas, DPI/2552A, Fevereiro de 2010.

## 8. CRONOGRAMA

Procedimentos	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Responsável
Apresentar e discutir o projeto	X				Médico e Enfermeiro
Solicitar á ACS o registro de nomes, endereço e data de nascimento das usuárias		X			ACS, Enfermeiro
Organizar fluxograma para acolhimento			X		Medico Enfermeiro Técnicas e Auxiliares de enfermagem
Treinamento e atualização dos auxiliares e técnicos de enfermaria e ACS			X		Medico e Enfermeiro
Conformação do livro de planejamento familiar			X		Equipe de Saúde
Supervisão do cumprimento do uso obrigatório de prontuário				X	Medico e Enfermeiro



## **9. RECURSOS**

### 9.1 Recursos Humanos

- Equipe de saúde da família área 2 ESF Bethânia;
- Profissional Médico (1);
- Enfermeira (1);
- Técnica /Auxiliar de Enfermagem (2);
- ACS (4);
- Pacientes do programa de planejamento reprodutivo.

## 10. RECURSOS MATERIAIS

- Anticoncepcionais orais, assim como material educativo, folders, CD, etc..
- Sala para realização de triagem e acolhimentos.
- Balança adulta.
- Esfigmomanômetro aneróide.
- Modelos para requisição para exames laboratoriais.
- Computador.
- Canetas.
- Caderno para elaboração do livro de planejamento reprodutivo na unidade
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades - SIAB e E-SUS para informatização da informação.
- Prontuários das pacientes atendidas.

## 11. RESULTADOS ESPERADOS

- Registrar 100% das mulheres em idade fértil da área de abrangência e identificar as que não desejem engravidar o tem alguma condição de risco reprodutivo.
- Diminuir o índice de gestações não planejadas em adolescentes e melhorado uso de anticoncepcionais orais.
- Manter a totalidade dos profissionais da equipe de saúde, informados e treinados para a aplicação da nova modalidade da abordagem do programa de planejamento reprodutivo na unidade Bethânia. Valorizando a função orientadora das Agentes Comunitárias de Saúde, nas ações de promoção, como parte importante das visitas com uma visão integral atendendo as necessidades da população, não apenas nas facilidades de acesso aos serviços, anticoncepção e planejamento, mas relativas à sexualidade, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis, assim como na identificação de condições ou situações de riscos na população alvo.
- Garantir avaliação médica integral e continuidade da atenção das usuárias do programa de planejamento familiar da ESF e seus companheiros/cônjuges.
- Manter atualizado o livro de registro do programa de planejamento familiar
- Fazer uso obrigatório do prontuário médico para anotações e devida prescrição médica em todas as pacientes atendidas, a fim de garantir procedimentos futuros.

## 12. ANEXOS

**ANEXO 1:** Questionário para os adolescentes sobre sexualidade, saúde reprodutiva e gravidez precoce. Este questionário é pessoal e anônimo. Nós apenas queremos saber como é a educação sexual que se desenvolve na sua comunidade e para isso precisamos saber como vocês se sentem e pensam em relação à sua sexualidade e seus pontos de vista sobre a gravidez precoce. Nós pedimos que você leia e responda com cuidado. Muito obrigado por sua ajuda.

Sexo:

Feminino \_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Estuda? Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

As pessoas com quem você vive:

Com ambos os pais \_\_\_\_\_

Só o pai \_\_\_\_\_

Só a mãe \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

Já possui vida sexual ativa? Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Com qual idade começou SUS relações

sexuais? Não comecei ainda \_

Antes dos 12 anos de idade \_\_\_\_\_

Entre 12 e 14 anos de idade \_\_\_\_\_

Depois dos 15 anos de idade \_\_\_\_\_

Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

- Sim \_\_\_\_\_ - Não \_\_\_\_\_

Com que frequência você usa a camisinha?

- Sempre \_\_\_\_\_ - Às vezes \_\_\_\_\_ - Nunca \_\_\_\_\_

Você conhece algum método contraceptivo?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Qual desses métodos anticoncepcionais você conhece?

Pílulas \_\_\_\_\_

Injetável mensal \_\_\_\_\_

Injetável trimestral \_\_\_\_\_

Preservativo(camisinha) \_\_\_\_\_

DIU (T de Cobre) \_\_\_\_\_

Método de emergência \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

Você já fez uso de algum método anticoncepcional? Sim \_\_\_\_\_

- Camisinha \_\_\_\_\_

- Método do Ritmo \_\_\_\_\_

- Comprimidos \_\_\_\_\_

- DIU \_\_\_\_\_

- Coito interrompido \_\_\_\_\_

- Injetável \_\_\_\_\_

- Outros \_\_\_\_\_

Você sabe como se contrai DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Quais destas doenças podem ser adquiridas através das relações sexuais?

Sífilis \_\_\_\_\_

Amigdalite Aguda \_\_\_\_\_

Herpes simples \_\_\_\_\_

HIV/AIDS \_\_\_\_\_

Pneumonia \_\_\_\_\_

Condiloma \_\_\_\_\_

Você tem já filho?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Não tenho filhos \_\_\_\_\_

Número de filhos \_\_\_\_\_

Que idade tinha quando você ganhou seu primeiro filho?

Menos de 12 anos \_\_\_\_\_

De 12 -14 anos \_\_\_\_\_

Mais de 15 anos \_\_\_\_\_

Sua gravidez foi planejada?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Você tinha conhecimento de métodos de anticoncepção?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Você fazia uso deles?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Por que não?

---



---



---



---

Você conhece com que idade sua mãe ganhou o primeiro filho?

Não sei \_\_\_\_\_

De 12 – 14 anos \_\_\_\_\_

De 15 a 19 anos \_\_\_\_\_

Mais de 19 anos \_\_\_\_\_

Você sabe como acontece a gravidez?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Você sabe como evitar a gravidez? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

A informação que você tem sobre as questões da sexualidade e gravidez precoce foi recebida de:

- Mãe \_\_\_\_\_

- Amigos \_\_\_\_\_

- Pai \_\_\_\_\_

- Livros \_\_\_\_\_

- Outra família \_\_\_\_\_

- TV \_\_\_\_\_

- Os professores \_\_\_\_\_

- Doutor \_\_\_\_\_

-Outros-----

Quais consequências podem ter à gravidez precoce para os adolescentes

---

---

---







