



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

**NATALIA GANIN PONTES**

**PORTFÓLIO FINAL**

**Belém-PA**

**2018**



**NATALIA GANIN PONTES**

## **PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientação: Prof. Luiz F. Lima Neto

**Belém-PA**

**2018**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA USF .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TEMA ESCOLHIDO PARA P.I.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>4. VISITA EM DOMICILIO .....</b>	<b>13</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>7. ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 APRESENTAÇÃO**

Meu nome é Natália Ganin Pontes, tenho 31 anos, sou natural de Belém do Pará – Brasil. Sou graduada em fisioterapia, ano 2008 na Universidade da Amazônia e graduada em medicina na Universidad Abierta Interamericana, ano de 2016 na Argentina. Revalidei o diploma de medicina no Brasil no ano de 2017.

Trabalhei na Argentina por alguns meses com medicina do trabalho e em serviços de urgência antes de ingressar no programa Mais Médicos. Hoje, estou há 1 ano e 4 meses trabalhando no programa Mais Médicos no município de Belém na USF Tenoné II.

### **1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA USF**

A Unidade de saúde da Família Tenoné II está localizada no bairro Tenoné em Belém do Pará, um bairro bastante populoso da cidade de Belém, que conta com aproximadamente 70 mil habitantes. Hoje o bairro conta com apenas duas Estratégias de Saúde da Família, estando a maior parte da população descoberta.

A estrutura comunitária total do bairro conta com duas Estratégias de saúde da família (total de 4 equipes, incompletas no momento), 4 escolas, 1 creche e 3 associações comunitárias.

A USF foi inaugurada com portas abertas a toda população do bairro e por este motivo, tivemos muita dificuldade para definir a abrangência territorial. Até os dias atuais estamos com a mesma dificuldade de definição da área.

Como a maior parte da população do bairro não tem cobertura, existe muita procura por serviços médicos e muita demanda espontânea. Pelas dificuldades apresentadas está ocorrendo grande dificuldade no acompanhamento dos pacientes, visto que não contamos com um número mínimo de ACS e não temos o cadastramento e o mapa finalizado.

As doenças mais atendidas na UBS são por ordem de prevalência: Hipertensão, Obesidade, Parasitoses, Anemia ferropriva, Diabetes Mellitus, Desnutrição.

### **1.3 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TEMA ESCOLHIDO PARA P.I.**

O tema escolhido para o projeto de intervenção é “Programação de saúde sexual e reprodutiva nas escolas próximas a Unidade de saúde da Família Tenoné II”.

Este tema foi escolhido devido à grande incidência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência no bairro, no ano de 2017.

O projeto objetiva a redução dos índices supramencionados e as consequências geradas por esta problemática.

A importância do projeto é familiarizar os adolescentes no que se refere a saúde sexual e reprodutiva, mostrando aos mesmos todas as medidas profiláticas disponíveis hoje nas unidades de saúde, desmistificando os temas considerados “tabus” entre os mesmos e suas famílias.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Como já mencionado na introdução, a situação mais prevalente da unidade que atuo é a hipertensão arterial. Para exemplificar, utilizarei um caso real que acompanho na USF.

O paciente chama-se Raimundo, tem 65 anos e chegou a unidade através de sua filha, que lhe resgatou de uma cidadezinha do interior do Pará. Ele aceitou vir a Belém, pois não estava conseguindo ver adequadamente. Quando foi a uma consulta particular com oftalmologista, descobriu que sua pressão arterial estava muito alta e por este motivo não pôde realizar a sua cirurgia de catarata.

Muito impaciente com esta situação, aceitou morar por um tempo na casa da sua filha e seu genro, até resolver suas questões de saúde. Foi acolhido na USF Tenoné 2 para ser acompanhado no programa do hipertenso. Ao chegar a unidade, sua pressão continuava muito alta, realizei o primeiro atendimento médico e iniciei a medicação Maleato de Enalapril 10mg e também solicitei monitoramento da pressão arterial diária na unidade de saúde. Seu nível pressórico foi classificado como estágio 2.

Segundo o caderno de atenção básica número 37 do Ministério da Saúde: Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ( $PA \geq 160/100\text{mmHg}$ ) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [Grau de Recomendação A], betabloqueadores [Grau de Recomendação A], inibidores da enzima conversora de angiotensina [Grau de Recomendação A], antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio [Grau de Recomendação A], embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Nos 3 primeiros dias o paciente retornou a unidade, porém não houve adequação da pressão arterial. Aumentei a dose para 20mg por dia. Continuando a monitorização diária na

unidade. Depois do aumento da dose o paciente foi citado e não compareceu a consulta. Solicitei a ACS que fizesse uma visita para perguntar o que havia ocorrido. Na primeira visita não havia ninguém na casa, na outra semana aconteceu o mesmo. Deixei recado com os vizinhos e fiquei aguardando.

Depois de passados 2 meses, a filha apareceu na USF e ao me encontrar no corredor, relatou que seu pai havia ido embora e deixou de lado suas medicações e agora tinha voltado arrependido.

Solicitei que voltasse a unidade para reiniciar tratamento e dar novas orientações.

Quando o Sr. Raimundo veio a sua consulta estava muito insatisfeito com sua situação e não queria aceitar o tratamento. Desejava ser operado e retornar a sua cidade. Com muita paciência foi acolhido por toda equipe 1 da USF e cada profissional que lhe deu novas informações o ajudou a compreender melhor o processo da sua doença.

O tratamento do Sr. Raimundo ainda continuou refratário, sendo necessário o emprego de outra droga associada ao Maleato de Enalapril 10mg: a Hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia pela manhã. Para esta conduta utilizei como referência o quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS.

Solicitei exames de rotina mínima para pacientes hipertensos segundo caderno de atenção básica: Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL-colesterol - (Triglicerídeos/5); Dosagem de creatinina; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Dosagem de potássio; Fundoscopia.

Marquei uma visita domiciliar para saber as condições de moradia e os hábitos do Sr. Raimundo e sua família.

A casa possui um ambiente pequeno com 3 cômodos quarto/sala, banheiro e cozinha. Moram 5 pessoas, Sr. Raimundo, a filha Janilce, o genro Lúcio, os filhos do casal Lucinho e Janderson.

Abaixo consta o genograma da família Silva:

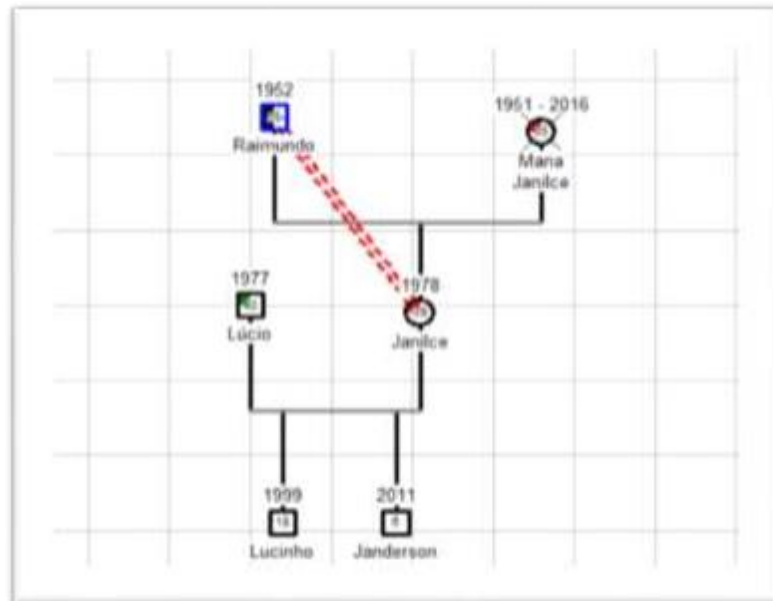


Fig. 1: Genograma família Silva

Após a visita domiciliar também descobri que Janilce também estava com a P.A. elevada e solicitei uma monitorização na USF também. Descobri que eles tinham péssimos hábitos alimentares e não se exercitavam.

Nessa ocasião, dei diversas orientações e colocamos uma planilha na porta da geladeira sobre os dias das consultas e medicações da família. Orientei sobre redução a ingestão de sal, açúcar, alimentos industrializados e pactuamos que todos iriam iniciar uma caminhada em família na pracinha próxima a casa deles. O recomendado é de 3 a 4 vezes por semana pelo menos 30 minutos.

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (FANG et al., 2005). De forma similar, a prática de atividades físicas regulares associa-se à redução dos níveis pressóricos (WHELTON et al., 2002).

Por estes motivos é muito importante mudar o hábito de toda a família para um melhor êxito no tratamento.



### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Na unidade que atuo USF Tenoné II, realizo atividades de promoção, educação e prevenção, através dos programas implantados pelo Ministério da Saúde (pré-natal, puericultura, HIPERDIA, saúde da mulher, planejamento familiar) com o objetivo de reduzir os problemas apresentados na comunidade.

De acordo com o tema do trabalho focarei sobre o pré-natal dando ênfase nas práticas realizadas na unidade e embasando nos níveis de evidências atuais.

Segundo Domingues (2013 apud Carroli, 2001) acredita-se que a assistência pré-natal contribui para desfechos perinatais mais favoráveis, existindo evidência científica para a efetividade de algumas práticas utilizadas rotineiramente no acompanhamento das gestantes como as utilizadas pelo Ministério da Saúde.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda muito longe do desejado. Um número bastante expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária do País. Estas mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Embora haja uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. (BRASIL, 2013).

Os objetivos de um pré-natal de qualidade nas Unidades de Saúde da Família são:

- Prevenir, identificar e corrigir alterações maternas e fetais;
- Instruir a paciente sobre a gestação, o trabalho de parto, via de parto e atendimento do recém-nascido;
- Humanização do parto e do nascimento;
- Acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- Vinculação da gestante à maternidade;
- Gestante não peregrina;
- Realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

- Orientar a paciente com relação a dieta saudável, higiene, vacinas, sono, exercícios, sexualidade, hábitos de fumo, álcool e drogas. Promover ações educativas para aconselhamento materno.

No município de Belém, apesar de existir uma pequena redução da mortalidade materna atualmente, ainda apresenta um número alarmante e distante das metas estabelecidas pela OMS. Por este motivo, a excelência de um pré-natal de qualidade na atenção básica faz muita diferença.

O caderno de atenção básica número 32, estabelece 10 passos para um pré-natal de qualidade:

- 1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Realizei uma busca sistemática de artigos em bases de dados com alto grau de evidências como PubMed, Medline e SciELO, utilizando os seguintes descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (Decs/Mesh): “pre-natal” AND “antenatal visits” AND “education” OR “health education” AND “pregnancy outcomes” AND “birthweight” OR “prematurity” OR “breastfeeding”. No que diz respeito aos passos, tratei de seguir à risca todas as recomendações dadas pelo Ministério da Saúde, pois são baseadas em altos níveis de evidências para promover uma melhor saúde materna e do recém-nascido.

Acredito que podemos melhorar a atenção para conseguir chegar ao nível recomendado. Não possuo uma equipe completa, e desta forma fico impossibilitada de realizar um atendimento mais eficiente as gestantes da área, porém mesmo com este déficit, elas são as prioridades da USF.

Outro fator que vale ressaltar é a captação precoce para início do pré-natal, notei que as gestantes estão chegando a unidade de forma tardia, fato que dificulta o cumprimento do mínimo necessário preconizado. Nas reuniões de equipe cheguei à conclusão que precisamos aumentar o número de atividades educativas, tanto para captação precoce, quanto para o planejamento familiar.

Como estabelece o Ministério da Saúde é necessário o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias, até o momento do pré-parto/parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo. Toda gestante com 41 semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. (BRASIL, 2013)

Após o nascimento prestei a atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana, após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto) e assim estabeleci as consultas da puericultura e programação do PROAME (aleitamento materno). É certo que ainda temos muita dificuldade para cumprir todas as consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, pois com a equipe incompleta não temos horários suficientes. A luta diária é grande em busca de melhora das condições de trabalho para assim chegar ao ideal preconizado pelo ministério. Cada município apresenta condições e dificuldades diferentes e com isso ainda não podemos realizar tudo que queremos. Com o esforço de cada profissional, priorizando sempre o maior

objetivo que é o bem-estar dos pacientes poderemos chegar próximo das metas estabelecidas. (BRASIL, 2013).

#### 4. VISITA EM DOMICILIO

A atenção primária em saúde é estratégica na prevenção de doenças e manutenção da saúde, contamos com uma agenda de atendimentos para organizar os cuidados aos pacientes, dentro dessa agenda deixei um dia na semana para o acompanhamento de pacientes que estão impossibilitados de virem a UBS, seja por tempo definitivo ou meramente ocasional, atendo idosos, paraplégicos, acidentados, vítimas de acidente vascular e vários outros grupos. A visita a domicilio é muito importante na manutenção do cuidado desses pacientes, para exemplificar escolhi um caso em especial que se segue a diante.

Paciente Sr. Renato, 60 anos, pardo, viúvo, aposentado, natural e procedente do município de Santarém, hipertenso e diabético de longa data. A consulta domiciliar foi solicitada pelo filho e agendada pelo agente de saúde na UBS.

A residência da família ficava a duas quadras da unidade de saúde. Fui recebida na casa onde reside o Sr. Renato com o filho, Pedro, e nora, Ana. A casa é um pequeno sobrado de alvenaria. No momento da consulta, estavam presentes apenas o pai e o filho. Fui recebida na sala de estar, Sr. Renato encontrava-se deitado no sofá e assistindo TV. A história clínica foi relatada pelo filho.

Há cerca de três semanas, o pai apresentou, subitamente, quadro de cefaleia, evoluindo posteriormente para “entortamento da boca” para a esquerda e paralisia do lado direito do corpo. O filho o levou ao pronto socorro e foi diagnosticado o acidente vascular encefálico isquêmico. O pai conseguiu responder bem ao tratamento e cerca de 10 dias depois recebeu alta hospitalar condicionada a necessidade de reavaliação periódica com o neurologista e reabilitação multiprofissional. Dirigi-me ao Sr. Renato, porém o filho informou que o mesmo tinha dificuldade em entender a minha fala.

O motivo do filho ter solicitado a visita domiciliar foi a ocorrência de um quadro de febre e tosse apresentado pelo pai nos últimos dois dias. A febre não foi aferida, pois a família não tinha termômetro em casa, mas foi constatada como alta e que se manifestava de forma episódica durante a tarde e à noite; não foi feito uso de medicamentos, apenas compressas de água gelada. A tosse era produtiva e piorava durante a noite. O filho não sabia se o pai tinha outras queixas devido à dificuldade de comunicação. Sr. Renato apresenta um histórico de hipertensão arterial e diabetes diagnosticados há mais de dez anos, porém não fazia acompanhamento regular para monitorização das doenças e a última consulta médica, antes do AVE fora a mais de cinco anos. Era sedentário e resistente à dieta hipossódica e hipocalórica

recomendada pelo filho. É tabagista e etilista por mais de 20 anos. O filho não referiu a presença de demais comorbidades.

Ao exame físico, apresentava-se lúcido, hipocorado, hidratado, afebril, anictérico. À oroscopia e à otoscopia não apresentou anormalidades. O exame pulmonar revelou estertores em base, médio e ápice direitos, com presença de som maciço em hemitórax direito à percussão. Os exames do precórdio e do abdome não evidenciaram anormalidades. As frequências respiratória e cardíaca estavam dentro da normalidade, bem como a temperatura axilar. A pressão arterial aferida em ambos os membros superiores fora de 140/ 90 mmHg. O exame neurológico reflexos vivos, sinal de babinski, paresia e perda sensorial da hemiface e hemiplegia no lado direito do corpo, além de afasia e ausência de rigidez da nuca.

Decidi conduzir o quadro como pneumonia e, como não havia muita dificuldade em deglutição pelo paciente (sic) optei pela antibioticoterapia empírica, com betalactâmico e inibidor da betalactamase e macrolídeo como terapêutica. Resolvi que, tendo em vista a comorbidade do paciente e o recente AVE, o acompanharia todos os dias em visita domiciliar para certificar-se de sua recuperação. Após uma semana o paciente estava muito bem, continuamos a fazer as visitas a família e os orientandos sobre a melhor foram de manter o cuidado.

Diante disso é indubitável a necessidade de intervenções para além do ambiente da UBS. A visita domiciliar é um elemento muito importante na Atenção primária é cursa com o princípio da integralidade pois através desse mecanismo é promovida a ampliação dos cuidados e promoção da saúde, essa prática além de mostrar as realidades enfrentadas por meus pacientes, melhora a relação do médico com ele e com a comunidade, fortificando a atenção e contribuindo com a qualidade de vida do paciente, além de garantir atendimento integral e com dignidade.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A atenção básica é verdadeiramente a porta de entrada para os serviços de saúde pública, como médica me vejo responsável na promoção da saúde e isso me impulsiona a tentar fazer o meu trabalho da melhor forma possível. O curso de especialização teve papel relevante e contribuiu muito para reforçar minha vontade de crescer social e profissionalmente, foi por meio do programa MAIS MÉDICOS que pude me inserir de forma mais complexa na atenção primária, pois aprendi coisas novas, levei informações a minha equipe de saúde e pude trocar experiências com novos colegas.

A experiência de participar de uma especialização foi renovadora, pois consegui alcançar os objetivos do curso de forma muito proveitosa, acredito que a disposição dos conteúdos me ajudou bastante a lograr êxito no desenrolar do curso. No eixo 1, por exemplo tive a oportunidade de trabalhar com genograma, mapeamento de área, e várias outras ferramentas que me fizeram conhecer melhor minha área, o que me deu subsídios para a elaboração de planos de ação bem direcionados, para as necessidades dos meus pacientes, além é claro de traçar um perfil epidemiológico e socioeconômico dos entornos da UBS.

Além do mais, tive um contato maior com minha comunidade de atuação, fortalecendo com isso a relação médico-paciente e mesmo com meus colegas da equipe de saúde, o que só trouxe coisas boas, pois melhoramos a comunicação na unidade e passamos a acolher melhor nossos pacientes, proporcionando qualidade de vida e atendimento digno e humanizado.

Pude contar também, no caso do eixo 2, com o suporte dos casos complexos, os quais foram elaborados em cima das principais temáticas da atenção primária, nesses casos também achei muito relevante os fóruns, que abriram um ambiente de discussão muito favorável para debater a respeito das temáticas e de seus problemas, nos dando subsídios para melhorar a prática clínica e mesmo analisar a situação dos colegas e suas respectivas realidades expostas nas discussões. Ressalto que o projeto de intervenção foi muito útil para que eu pudesse implementar ações na comunidade e fazer algo que me estimula a sempre querer fazer o melhor para meus pacientes. De forma similar, o portfólio me deu a oportunidade de exteriorizar muitas situações do dia a dia, as tarefas foram bem pensadas para que nossa realidade viesse a fazer parte de minha formação.

Por fim, particularmente achei a plataforma bem organizada, casos simples e de muita utilidade, espaço aberto para discussões e o mais importante que foi a disposição dos casos. Creio que foi muito proveitoso e me fez crescer bastante, repensando minha prática clínica e buscando cada vez mais otimizar meu trabalho. Além da experiência pude

adquirir na minha área de atuação, a prática me fez buscar novas formas de pensar no bem-estar dos meus pacientes, num convívio onde sempre se fez presente o respeito ao paciente que antes de mais nada é um ser humano e merece um acesso a saúde de qualidade.



## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109454941637>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

FANG, J. et al. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow-up study, 1971-1992. American Journal of Hypertension, New York, v. 18, n. 6, p, 751-775, jun. 2005.

WHELTON, S. P. et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann. Intern. Med., [S.l.], v. 136, n. 7, p. 493-503, apr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.16, n.4, p.953-96, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2013000400953&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2013000400953&lng=en&nrm=iso)>.

CARROLI G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15(S1): 1-42.

MOTA, Santana Maria Marinho; GAMA, Silvana Granado N. da; THEME FILHA, Mariza Miranda. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.17, n.1, p.33-42, mar. 2008. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742008000100004&lng=pt&nrm=iso)>.

DONOSO E. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las americas: resultados de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2003;68(1):13-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

**7. ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**Natália Ganin Pontes**

**PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NAS ESCOLAS  
PRÓXIMAS A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TENONÉ II**

**BELÉM - PA  
2017**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>4</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>5 CRONOGRAMA .....</b>	<b>9</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>10</b>
<b>6.1 RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>10</b>
<b>6.2 RECURSOS MATERIAIS .....</b>	<b>10</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>11</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>12</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde.

A adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano. Esse grupo populacional precisa ter assegurados seus Direitos Humanos fundamentais.

A Atenção Básica deve, em especial, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

No que diz respeito aos cuidados com a saúde integral de adolescentes e jovens, especificamente, o Ministério da Saúde tem buscado estabelecer programas, projetos e políticas específicas. Essas ações político-programáticas, necessariamente, apontam para a necessidade de um diálogo e uma interface com outras áreas da gestão pública, a exemplo da educação, da cultura e do trabalho, na medida em que remetem à construção de seus projetos de vida<sup>1</sup>.

Ao reconhecer-se o adolescente como vulnerável, sobretudo no que diz respeito à não-adoção das práticas seguras relacionadas à sexualidade, passa-se a priorizar ações programáticas voltadas para esse segmento populacional.

Na atualidade, a Estratégia da Saúde da Família ESF, considerada um novo modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, pode redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde<sup>2</sup>.

Tendo em vista estes pontos citados acima será de extrema importância incluir nas atividades da Unidade de saúde uma programação nas escolas e promover ações de saúde sexual e reprodutiva e assim reduzir índices alarmante de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce.

---

<sup>1</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Sus e a Saúde Sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

<sup>2</sup> FERRARI, R. A. P. et al. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface, Botucatu, v.12, n.25, 2008.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Alcançar um número significativo de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos da área de atuação da USF Tenoné II para promover uma educação sexual e reprodutiva de qualidade.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Organizar seminários de saúde sexual e reprodutiva em escolas da área de atuação da USF Tenoné II direcionados a adolescentes entre 15 a 19 anos.
- Melhorar o acesso de educação sexual nas escolas, através de palestras, seminários, roda de conversas e material disponível para controle de doenças e gravidez.
- Buscar reduzir significativamente os índices de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce na área.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência constitui uma fase da vida de grandes transformações emocionais, cognitivas, sociais, corporais, como também as mudanças relativas ao relacionamento afetivo entre os jovens e a sua sexualidade.

As mudanças sociais vividas nas últimas décadas, acompanha-se o início da vida sexual dos adolescentes cada vez mais cedo. Sendo este fato determinado por muitas formas de desigualdade, se analisado por gênero, raça/cor, escolaridade e condição socioeconômica. Estas desigualdades influenciam as relações de saúde desta população, contribuindo na piora dos indicadores de morbimortalidade<sup>3</sup>.

O IBGE na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 apresentou dados percentuais de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que se pode apreciar na tabela abaixo:

	Total	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Escola Pública	Escola Privada
Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que tiveram relação sexual alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2015	29,6%	20%	39,7%	34,7%	18,9%
Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, dentre os que já tiveram relações sexuais, em que um dos parceiros usou camisinha (preservativo) na primeira relação, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2015	57,9%	71%	51%	58,2%	56,7%
Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que receberam orientação na escola sobre prevenção de gravidez, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2015	66,7%	65,5%	68%	60,8%	79,6%
Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino					

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

fundamental que receberam orientação na escola sobre AIDS ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2015	78,5%	77%	80,2%	74,1%	88,2%
---	-------	-----	-------	-------	-------

**Tabela 1:** Nota: Os dados expressados na tabela foram retirados do site [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) da pesquisa de saúde do escolar 2015.

Analisando os dados apresentados na tabela acima, um dos dados de maior preocupação é o percentual de adolescentes que utilizaram preservativo na primeira relação de 57,9%. Este número representa que só um pouco mais da metade dos adolescentes investigados utilizaram método de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Outro dado que é importante destacar é o dado sobre quantos adolescentes receberam informações sobre prevenção de gravidez foi de 66,7%, sendo muito abaixo do necessário para evitar este risco. Observamos também diferenças entre escolas públicas e privadas, sendo as privadas com maior acesso a informações e estrutura<sup>4</sup>.

Entrando no âmbito de gravidez na adolescência os indicadores da página oficial cidades sustentáveis mostram que os números de mulheres grávidas com menos de 19 anos em 2010 foram exatamente 3972. Já segundo o DATASUS o estado do Pará é o estado com mais número de mulheres grávidas com idades entre 10 e 19 anos<sup>5,6</sup>.

Apesar de o fenômeno da gravidez na adolescência não ser novidade no Brasil, foi somente há algumas décadas que o mesmo foi tomado como um "problema social", inserido em um quadro de "gravidade" e "risco" que passou a demandar a tomada de ações efetivas<sup>7</sup>.

O risco durante o parto – apontado pela medicina e reiterado pela saúde pública – estaria relacionado à suposta imaturidade anátomo-fisiológica, da qual decorreriam outros problemas de saúde como uma maior incidência de baixo peso da criança ao nascer e/ou prematuridade<sup>8,9</sup>.

<sup>4</sup> IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.**

<sup>5</sup> PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. Gravidez na adolescência. Belém, PA, 2010.

<sup>6</sup> IDB. Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2012.

<sup>7</sup> BORGES, A. L. V. et al. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 82, n. 3, 2006.

<sup>8</sup> PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2003.

<sup>9</sup> SANTOS, R. A. B. Gravidez na adolescência: aspectos sociais e psicológicos. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. CURVELO, 2010.



Partindo do princípio que a prevenção de gestação não planejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST) como aids deveria se constituir em uma ação coletiva e não focalizar apenas a responsabilidade individual, este projeto tem interesse de interagir e abordar temas referentes a sexualidade com adolescentes, visto que esses sujeitos, tem um importante lugar na saúde pública e precisam ter ações consideráveis dentro da saúde sexual e reprodutiva.

#### **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Belém, intencionando-se em descrever a participação dos adolescentes em atividades educativas e na construção de saberes sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência. Comprometendo-se, portanto, com uma ação social, centrada nas possíveis mudanças de atitudes com base nos aprendizados.

Na primeira instância o projeto será apresentado ao gestor e com a aceitação do mesmo apresentarei a equipe, a fim de socializar os objetivos, metodologia, revisão da literatura e resultados esperados. Logo após esta instância, com o aval do gestor e da equipe, serão desenvolvidos o cronograma e o estabelecimento dos prazos.

Tendo realizado as etapas acima, armaremos um roteiro para programação nas escolas com atividades de 1 hora e 30 minutos em cada uma das 3 escolas selecionadas. Conversaremos com a diretoria das escolas para definir dia e horário em cada uma.

## 5 CRONOGRAMA

Ações	Fev/2017	Mar/2017	Abr/2017	Mai/2017	Jun/2017
Apresentação da proposta à equipe e a Gerente da ESF.	X				
Realizar levantamento das escolas com ACS da equipe.	X	X			
Separar as turmas alvos escolhidas de cada escola.		X			
Pactuar os dias e Horários com cada escola.		X	X		
Avaliar processos em reuniões de equipes.		X	X	X	
Execução do plano de intervenção.			X	X	
Análise dos resultados				X	X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho					X

## **6 RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

Equipe de saúde da família composta por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico em enfermagem e 3 Agentes comunitários de saúde.

### **6.2 RECURSOS MATERIAIS**

Sala para reunião grupal

Notebook

Data Show

Impressora

Folha A4

## **7 RESULTADOS ESPERADOS**

- Ao final desta intervenção espera-se viabilizar conhecimento aos adolescentes sobre saúde sexual e “abrir a porta” da Unidade de Saúde da Família para tudo que eles possam vir precisar a este respeito.
- Criar uma aproximação entre a equipe de saúde e os adolescentes.
- Ao tratar abertamente sobre os assuntos relacionados a saúde sexual, esperamos uma maior aderência ao sexo seguro e assim evitar gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis.
- Estimular conversas em casa com os pais sobre o assunto.
- O mais esperado a longo prazo, é uma redução de gravidez na adolescência e uma redução das doenças sexualmente transmissíveis na nossa área de atuação.

## 8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sus e a Saúde Sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub\\_sus.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf)>

FERRARI, R. A. P. et al. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface, Botucatu, v.12, n.25, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832008000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832008000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default_xls.shtm)>.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. Gravidez na adolescência. Belém, PA, 2010. Disponível em: <<http://indicadores.cidadessustentaveis.org.br/br/PA/belem/gravidez-na-adolescencia>>.

IDB. Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>.

BORGES, A. L. V. et al. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Revista Latinoamericana de Enfermagem, São Paulo, v. 82, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2313/2452>>.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800015)>.

SANTOS, R. A. B. Gravidez na adolescência: aspectos sociais e psicológicos. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. CURVELO, 2010.