



MARCELA ALVES MORAIS VANAZZI

**CONSULTA COLETIVA DE USUÁRIAS DE 15 A 19 ANOS CADAS TRADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR^a VERÔNICA CAVALCANTE E SILVA PARA
PRÁTICA SEXUAL SEGURA E PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

HUMAITÁ – AM, 2016.



MARCELA ALVES MORAIS VANAZZI

**CONSULTA COLETIVA DE USUÁRIAS DE 15 A 19 ANOS CADAS TRADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR^a VERÔNICA CAVALCANTE E SILVA PARA
PRÁTICA SEXUAL SEGURA E PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: João Cavalcanti

HUMAITÁ – AM, 2016.

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	12
4. VISITA DOMICILIAR	14
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Marcela Alves Morais Vanazzi, tenho 28 anos, sou natural do estado do Maranhão, onde cresci e terminei minha educação básica em escolas públicas. Através de uma bolsa de estudos integral oferecida pelo Programa Universidade para todos (PROUNI) me graduei com o título de Médica em 21 de maio de 2012 pela Faculdade São Lucas (FSL), uma instituição privada de ensino superior localizada em Porto Velho-RO. Iniciei minha carreira profissional como médica em Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Sena Madureira-AC por dois meses, e, em seguida no município de Manoel Vitorino-BA pelo período de seis meses.

Posteriormente atuei em Unidade de pronto atendimento (UPA) em Porto Velho-RO por oito meses e depois em ESF novamente em Manicoré-AM por três meses. Iniciei uma residência médica em Patologia no Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, mas desisti após cinco meses. Em seguida, retornei à cidade de Porto Velho-RO onde atuei em Medicina do trabalho e em Pronto-atendimentos. Em março de 2015 aderi ao Programa mais médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Humaitá-AM há cerca de um ano e três meses. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr^a Verônica Cavalcante e Silva localizada na Rua Princesa Izabel, cuja área de abrangência atende aos bairros de Nova Esperança e São Sebastião.

O território adscrito à UBS corresponde a 10 micro áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios. Há duas Igrejas Católicas, três Evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), duas escolas públicas, uma quadra de esportes e uma creche, em fase de construção. Também se encontra em fase de construção outra UBS para atender exclusivamente ao bairro de São Sebastião e está prevista a inauguração para daqui a 60 dias com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com uma nova equipe.

A população atendida abrange um total de 4.578 usuários, segundo dados de dezembro de 2015 fornecidos pelo SIAB (Sistema de informação da atenção básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), Lombalgia, Micoses cutâneas, Parasito-

ses intestinais, Infecções de vias aéreas superiores e Infecções do trato urinário baixo. A população atendida, em sua maioria, é de e não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre Planejamento familiar com o título: “Consulta coletiva de usuárias de 15 a 19 anos cadastradas na Unidade Básica de Saúde Dr^a Verônica Cavalcante e Silva para prática sexual segura e prevenção de gravidez não planejada” (vide ANEXOS). Este projeto foi direcionado para adolescentes do sexo feminino da área adstrita da UBS com a proposta de fornecer informações relevantes quanto à prática sexual segura, através da apresentação dos métodos contraceptivos (hormonais e de barreira) disponíveis pelo SUS. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (DST) no território da equipe.

A metodologia foi através da identificação deste público e convite pessoal feito pelos Agentes comunitários de saúde (ACS) às adolescentes de suas respectivas áreas, seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente T.R.G, 31 anos, vem à consulta médica no dia 20/03/2015 com os dados da triagem:

- PA: 120/80 mmHg;
- Peso: 60.100 g.

Vem apresentar exame EAS (12/03/2015) com glicosúria (++) . Quando questiono sobre queixas, a mesma refere poliúria e polidipsia há um mês. Suspeito de Diabetes Mellitus tipo 2 devido ao EAS alterado e à clínica típica apresentada. Então solicito a Glicemia de jejum, oriento sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue e agendo retorno.

A paciente retorna no dia 08/04/2015 com os dados da triagem:

- PA: 90/60 mmHg;
- Peso: 60.500 g.

Traz consigo a Glicemia de jejum (31/03/2015) de 216 mg/dl. Segundo o preconizado nos Cadernos de atenção básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) o diagnóstico de Diabetes é feito através de duas glicemias de jejum de no mínimo 8 horas em dias diferentes com valores maiores ou iguais a 126 mg/dl. Seguindo este diagrama de diagnóstico, solicito a repetição da glicemia de jejum para confirmação diagnóstica.

A paciente retorna no dia 17/04/2015 com os dados da triagem:

- PA: 80/60 mmHg;
- Peso: 60.300 g;
- Altura: 1.53 m;

Apresenta o resultado de glicemia de jejum (13/04/2015) de 230 mg/dl, sendo então confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM). Neste momento in-

terrogo sobre a história familiar e descubro que a mãe também é portadora da doença. Ao exame físico apresenta: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 70 bpm; FR: 20 irpm); IMC: 26.5 (Sobrepeso); Circunferência abdominal: 85 cm.

Conforme preconizado pelo CAB (2013) realizo o exame dos pés, cavidade oral e a encaminho ao Oftalmologista para fundoscopia, pois o oftalmoscópio não é um item disponível na UBS. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.

Encaminho a paciente à Nutricionista que atende na UBS uma vez por semana para receber orientações quanto à dieta para Diabetes e sobrepeso. Além disso, solicito exames complementares para avaliação inicial: Glicemia de jejum (GJ) e Hemoglobina glicada (HbA1C), Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG), Creatinina sérica, Exame de urina tipo 1 (EAS). A HbA1C e a Creatinina são exames que não são disponíveis pelo Sistema único de saúde (SUS) em Humaitá-AM, então a paciente foi orientada sobre a importância dos mesmos para o acompanhamento da doença e solicitei que os fizesse em laboratório particular.

Instituo o tratamento não farmacológico isolado para a paciente com controle glicêmico capilar (Hemoglicoteste-HGT) na UBS uma vez por semana. No CAB de Diabetes (2013) há a recomendação de questionar quanto à anticoncepção em mulheres diabéticas em idade fértil, devido às complicações relacionadas ao diabetes gestacional. Quando questiono a mesma relata o desejo de se submeter a uma laqueadura tubária, pois já possui dois filhos. Então a encaminho ao Ginecologista para dar entrada no pedido de laqueadura junto à Assistente social do NASF e ao. Agendo o retorno para quinze dias para trazer os exames solicitados e o HGT semanal.

Segundo a SBD (2015-2016) os agentes antidiabéticos devem ser indicados quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e /ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico do DM. Quando a glicemia de jejum for superior a 200 mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a Metformina associada a outro agente hipoglicemiante. A indicação do segundo agente dependerá do predomínio de resistência à insulina ou de deficiência de insulina/falência da célula

beta. Essa informação diverge do CAB de Diabetes do Ministério da saúde – MS que preconiza a terapia não medicamentosa por pelo menos três meses antes de prescrever um agente hipoglicemiante oral.

Outra divergência é que o CAB preconiza que se o paciente não alcançar a meta glicêmica (Glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a Metformina no plano terapêutico 500 mg/dia após o café da manhã, enquanto que a SBD recomenda o uso da Metformina após o jantar.

No dia 22/04/2015 a paciente vem à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno. Os dados da triagem:

- PA: 100/60 mmHg;
- Peso: 60.200 g;

No dia 30/04/2015 retorna à consulta com os seguintes dados da triagem:

- PA: 100/80 mmHg;
- Peso: 60.800 g;

Traz consigo alguns dos exames solicitados:

- GJ: 140 mg/dl;
- CT: 170 mg/dl;
- EAS: glicosúria (+++);
- TG: 120 mg/dl;
- CG: 148 mg/dl (22/04/15);
- 151 mg/dl (28/04/2015).

A paciente não traz a HbA1C e a Creatinina. Solicito novo CG semanal e agendo o retorno para quinze dias. No dia 06/05/2015 retorna à Nutricionista e relata dificuldade em seguir as orientações, com ganho de peso de 1 kg em relação à última consulta. Relata que mantém atividade física três vezes por semana. Dados da triagem:

- PA: 100/60 mmHg;
- Peso: 61.200 g;

No dia 19/05/2015 a paciente retorna à consulta com a Creatinina (15/05/2015): 0.8 mg/dl e os dados da triagem:

- PA: 100/60 mmHg;
- Peso: 61.900 g.;
- HGT (jejum): 145 mg/dl.

Apresenta ainda o Controle glicêmico (CG):

- 02/05: 138 mg/dl;
- 07/05: 151 mg/dl;
- 12/05: 146 mg/dl;
- 16/05: 119 mg/dl;
- 18/05: 148 mg/dl

Realizo o cálculo do *Clearence* de Creatinina pela fórmula MDRD cujo resultado da Taxa de filtração glomerular é 88.92 ml/min, o que a classifica como estágio G2 (diminuição leve). Novamente solicito a HbA1C dando maior ênfase à sua importância para seguimento. No dia 03/06/15 retorna com a Nutricionista e relata que está seguindo as orientações de dieta e atividade física regular, apesar do ganho de peso de 1,4 kg em relação à última consulta.

Dados da triagem:

- PA: 80/60 mmHg;
- Peso: 62.600 g;

No dia 30/07/15 retorna à consulta médica sem queixas com HbA1C (29/07/15): 10,96% e os seguintes dados da triagem:

- PA: 100/60 mmHg;
- Peso: 62.900 g.;
- HGT (jejum): 150 mg/dl.

Como a paciente não atinge as metas (Glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7%) após três meses de MEV e dieta, além de sobrepeso, prescrevo a Metformina 500 mg/dia após o café da manhã, e, após uma semana, aumento a dose para 850 mg/dia, por não apresentar efeitos ad versos. Agendo retorno para 30 dias. No dia 27/08/15 retorna à consulta médica sem queixas e com os seguintes dados da triagem:

- PA: 90/60 mmHg;
- Peso: 62.400 g.;
- HGT (jejum): 108 mg/dl.

Agendo o retorno para 90 dias. No dia 28/09/15 retorna com a Nutricionista, com perda de peso de 800 g em relação à última consulta.

- PA: 100/70 mmHg;
- Peso: 62.100 g.;

No dia 03/11/15 vem à consulta para renovação de receita de Metformina 850mg/dia e solicito HbA1C de controle trimestral. No dia 02/12/15 vem à consulta com a Enfermeira para Planejamento familiar e desejo de laqueadura tubária, sendo encaminhada para a Assistente social. No dia 10/12/15 vem à consulta médica, sem queixas, com HbA1C (02/12/15) 4,71% e com os seguintes dados da triagem:

- PA: 100/60 mmHg;
- Peso: 62.600 g.;
- HGT (jejum): 136 mg/dl

Relata uso regular da Metformina e manutenção das MEV. Explico que foram atingidas as metas de controle da Diabetes, mas que os cuidados devem ser manti-

dos, pois a Diabetes é uma doença crônica. Segundo a SBD (2015-2016) quando o perfil do paciente não se encaixa nas características dos estudos CARDS e HPS, ou seja, com idade abaixo dos 40 anos ou com idade acima de 40, mas sem fatores de risco, o risco cardiovascular deve ser estratificado individualmente por meio do uso da calculadora UKPDS-RE. Na época eu não dispunha desta calculadora, mas com os dados disponíveis é possível evidenciar o risco de 15% de a paciente desenvolver quadro de doença coronariana em 10 anos. Realizo visita domiciliar no dia 10/02/2016 para montagem do genograma familiar completo (vide em OUTROS ANEXOS). No dia 09/03/16 vem à consulta para renovação de receita e solicito a HbA1C de controle trimestral. Programo a solicitação de exames complementares de rotina anual para o retorno, pois no dia 17/04/2016 completará um ano desde o seu diagnóstico com Diabetes Mellitus tipo 2.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há mais de um ano atuo na UBS Dr^a Verônica Cavalcante e Silva em Humaitá-AM e a prática mais relevante que adotei na área de **Saúde mental** foi o direito aos cuidados de saúde integral. Primeiramente, comecei a fazer o **registro personalizado** dos usuários com transtornos mentais que me procuravam para renovação de receituários controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para pacientes hipertensos, só que ao invés de colocar dados de aferição de PA, eu coloco dados de identificação, endereço, nome do Agente comunitário de saúde da área, medicações utilizadas, data e quantidade de comprimidos prescritos, bem como a(s) patologia(s) apresentada(s).

A adoção desse instrumento de trabalho para esse grupo visa identificar cada usuário, conhecê-lo em suas singularidades e saber quando foi a sua última consulta para renovação de receita. Estas fichas ficam em minha posse, são organizadas em ordem alfabética numa pasta, de fácil acesso para sempre registrar estas informações. Antes de iniciar meu trabalho nesta UBS muitos usuários tinham o hábito de não agendar as consultas para renovação de receita, apenas chegavam na recepção e pediam à recepcionista ou ao ACS para encaixá-lo dizendo: “É só para a dou-

tora renovar a receita que venceu, tá aqui a receita velha". Essa prática tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais já estava bastante difundida, e eu tive a árdua missão de explicar que o registro das informações em prontuário médico é obrigatório, tanto nos aspectos éticos quanto legais.

E, além disso, a consulta médica é uma oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral. Os usuários tinham a percepção equivocada de que o médico generalista se encontra na UBS apenas para renovar a sua receita e que o acompanhamento de seus transtornos mentais é feito exclusivamente pelo Psiquiatra no Centro de atenção psicossocial (CAPS).

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB Nº 34, 2013) "os generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra". De certa forma, esta concepção foi imposta a eles pelos médicos que me precederam que se limitavam a renovar a receita controlada e negligenciavam outros aspectos fundamentais do cuidado.

Inicialmente os usuários ficaram desconfortáveis por ter que agendar as consultas com antecedência e ter que aguardar o atendimento como os demais na sala de espera. Os próprios profissionais da equipe também não aceitavam bem esta prática, por parecer ser mais uma dificuldade para os usuários. Mas os efeitos em longo prazo dessa prática evidenciaram bons resultados na melhoria da assistência desse grupo. Portanto, conhecendo a população em Saúde mental da área em que atuo pude implementar as seguintes ações: identificação de mulheres que não fazem rastreamento com preventivo e mamografia, identificação de comorbidades (HAS, DM, obesidade, etc.) e seu tratamento, encaminhamento de usuários sem acompanhamento regular com o especialista há anos, encaminhamento para terapia com Psicólogo que atende na UBS, identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, etc.

Conforme o CAB de Saúde Mental (2013) deve-se prover o cuidado para as comorbidades clínicas frequentes nessa população, um aspecto frequentemente negligenciado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade. Além disso, algumas doenças como Hipertensão e diabetes, por exemplo, podem ser agravadas por algumas das medicações mais usadas no tratamento das psicoses.

4. VISITA DOMICILIAR

Na UBS Dr^a Verônica Cavalcante e Silva a prática da visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (ACS e Enfermeira). Há pouco mais de dois meses, eu mudei esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento. Primeiramente solicitei aos ACS que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua. Com base nesta lista, eu fiz o Planejamento mensal dos atendimentos e determinei quais pacientes seriam visitados em cada dia de visita, de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento.

Assim, não haverá mais reclamação dos cuidadores de que as visitas demoram muito a acontecer ou que uns recebem mais visita que outros, sem motivos que assim o justifiquem. Agora, temos uma planilha de controle em que poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita.

Geralmente são realizadas de três a cinco visitas por período. No entanto, um obstáculo que ainda encontro para esta adequação é a frequente **falta de transporte** para a realização das visitas, pois o carro e o motorista disponibilizados pela Secretaria de saúde também servem para apoio logístico em outras atividades da Secretaria. Desta forma, é frequente ter que cancelar as visitas de última hora, por ausência do transporte. Este fato prejudica muito o planejamento da equipe, e mais ainda compromete o vínculo entre o usuário-cuidador-profissional, pois perdemos a credibilidade e a periodicidade da assistência.

Alguns casos necessitam de uma avaliação especializada de profissionais do NASF como o Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo, mas estes profissionais também não estão fazendo a visita requerida, alegando também a falta de transporte. A precária infraestrutura e apoio logístico é um fator limitante no acesso aos serviços de saúde pelos usuários comuns e, mais ainda, aqueles acamados, deficientes ou debilitados. Mas a minha maior dificuldade é quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois muitas especialidades médicas só podem ser agendadas em Porto Velho-RO. As famílias rela-

tam várias limitações para este deslocamento: não tem dinheiro para passagem ou não tem quem acompanhe o paciente, etc.

Nestes casos, peço consultoria através do **Telessaúde do Amazonas** que me oferece apoio para ampliar as intervenções, conforme a viabilidade. Um aspecto muito positivo na minha atuação com os usuários de visita domiciliar é nos casos que necessitam de intervenção da **Assistência social**. Esta profissional, quando requisitada, sempre participa das visitas domiciliares compartilhadas e já conseguiu ajuda de custo para tratamento de pacientes oncológicos e em situações de vulnerabilidade social.

As visitas em casos de **doenças agudas** não são frequentes, pois os cuidadores preferem levar os pacientes diretamente ao Hospital, uma vez que o carro da visita só está disponível em dia e horário determinados. As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço e às vezes a Enfermeira participa para conhecer a situação. Durante as visitas eu realizo as orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores tem seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões.

Muitas vezes as visitas domiciliares se tornam frustrantes e desgastantes para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de subsídios. Em outros casos, a família tenta transferir a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais e negligenciando a sua própria responsabilidade.

Em todas as visitas deixo claro qual papel nos cabe enquanto profissionais e quais as nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem-estar biopsicossocial do usuário. Em outro extremo, existem os casos em que o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde. Procuro enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia e desprendimento de tempo.

É preciso estar atento a esta demanda que mesmo após a morte do parente acamado pode desenvolver transtornos psiquiátricos pela não aceitação da perda ou pelas circunstâncias extremas em que ela ocorreu. Este é um fato recorrente entre os cuidadores que atendo na UBS. A realização de **procedimentos** mais utilizada

nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidade de exames laboratoriais, eu os solicito e o ACS pede ao técnico do laboratório que agende a coleta na residência do usuário.

Essa coleta às vezes é comprometida porque o técnico que a realiza também depende da ajuda de custo para deslocamento ao domicílio e nem sempre recebe esta contrapartida da gestão. Outros exames como ECG e Radiografias exigem o deslocamento dos usuários para o local de realização. Os exames são trazidos pelo cuidador ou ACS, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta imediata. Na próxima visita ao usuário, eu apresento o resultado dos exames ao mesmo e ao cuidador e reforço a orientação. De um modo geral, as visitas são gratificantes quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida desta população que exige uma atenção diferenciada, nem melhor, nem pior, mas voltada para suas necessidades a longo, médio e curto prazos.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Pensando em minha trajetória no curso de especialização posso dizer que tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento. O mais marcante foi em relação à mudança na minha postura profissional nas questões de organização e planejamento de ações, com mais iniciativa e participação nas reuniões de equipe. Outra mudança importante foi em relação às condutas de seguimento de pacientes com doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão arterial, Obesidade e Saúde mental.

Quando comecei meu trabalho na UBS, há pouco mais de um ano, os prontuários tinham pouquíssima informação sobre os usuários, pois os médicos só registravam a queixa principal e a conduta de modo muito sucinto. Passei a coletar mais dados nas consultas e a seguir o **Modelo SOAP** para registro das informações que consiste na Queixa principal e História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico). Coloco sempre a lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o seguimento longitudinal do caso.

No atendimento em **Saúde da Criança** eu agora discrimino os diagnósticos em Pediatria que são: Nutricional, Alimentar, Crescimento, Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e Situação vacinal. Passei a cobrar o cartão da criança nas consultas de puericultura para registrar os dados antropométricos nas curvas de percentis da OMS e averiguar a situação vacinal. Deste modo, posso identificar as alterações e ter a conduta adequada. Recentemente, a gestão nos entregou as novas **Cadernetas do Idoso e do Adolescente** a serem entregues à população.

A estratégia utilizada pela equipe para entrega aos idosos foi convocar duas reuniões nos bairros com este grupo através de convite feito pelos ACS. Outra estratégia que eu adotei foi eu mesma entregar durante as consultas aos que ainda não haviam recebido. Na oportunidade eu preencho os dados de medicamentos utilizados e comorbidades, dados antropométricos, pressão arterial e glicemia capilar. Durante a entrega enfatizo a importância de sempre trazer a Caderneta às consultas médicas, de enfermagem e com o dentista para atualização e conhecimento da sua

situação de saúde atual. Quanto às Cadernetas dos Adolescentes a estratégia foi a entrega nas escolas depois de reunião com os pais e diretor para apresentação do conteúdo das cadernetas e solicitar a autorização dos mesmos para entrega.

No dia da entrega eu também fiz uma palestra sobre a Influenza e realizei consultas médicas. Outra mudança importante que aprendi no curso foi quanto à adoção das **consultas programáticas** na minha agenda profissional. Antes só havia o Hiperdia, mas agora eu organizei a minha agenda para atendimento de grupos: Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, Pré-natal e Visita domiciliar.

Para cada grupo são agendadas dez consultas mais cinco vagas de demanda espontânea, duas de urgência e até três oriundas do Hospital, totalizando até vinte atendimentos por período. Essa organização facilitou meu trabalho, pois agora a população sabe o dia de cada grupo e não se limita à demanda espontânea. Afinal, nosso trabalho primordialmente dever ser na prevenção de agravos e na promoção de saúde. Fiz a atualização da minha agenda no **quadro geral da UBS** e aproveitei para atualizar a dos outros profissionais (Enfermeira, Dentista, etc.).

Para contemplar toda a equipe, eu acrescentei no quadro os nomes de todos os profissionais, desde os ACS, o agente de endemias, a auxiliar de saúde bucal, a técnica de enfermagem (que também é a recepcionista), a vacinadora, a auxiliar de serviços gerais e o mais novo membro da equipe que é a digitadora do E-SUS.

Assim todos têm a identificação com seu nome e respectiva função no quadro, a fim de que não se sintam excluídos e a comunidade conheça melhor todos os membros da equipe (vide OUTROS ANEXOS). Há três semanas a Enfermeira organizou uma escala de **palestras em sala de espera** na qual quase todos os funcionários fazem palestra s em dias específicos para os grupos. Eu mesma digitei a escala e elaborei uma lista de sugestões de temas a serem trabalhados para cada grupo na sala de espera (vide OUTROS ANEXOS).

Outra mudança recente foi em relação ao registro dos atendimentos nos **livros dos agravos**. Antes eu sequer tinha conhecimento de que as consultas deveriam ser registradas pelos profissionais nos livros específicos. Este fato evidencia a falha na comunicação da gerente com a equipe e vice-versa. Quando tive ciência disso, tratei de organizar este fluxo de registro com o apoio dos ACS, sendo que quando eu tenho tempo após os atendimentos, eu mesma faço este registro nos livros ou senão peço aos ACS fazerem o registro dos usuários de suas respectivas áreas. Os livros são de hipertensos, diabéticos, obesidade, doenças crônicas, saúde

mental, crianças de 0 a 2 anos, álcool e drogas, usuários de insulina, de encaminhamentos, planejamento familiar, usuários fora de área, Tuberculose/Hanseníase/Leishmaniose e de Visita domiciliar.

Uma mudança relevante foi a rotina de **notificação** de doenças que era uma prática negligenciada no meu atendimento. No entanto, o Curso de Especialização sempre alertou para este quesito fundamental e agora tenho as fichas do Sistema de informações de agravos de notificação (SINAM) de fácil acesso numa pasta no consultório. As doenças mais notificadas são as de suspeita de dengue, sífilis, e leishmaniose tegumentar americana. Recentemente preenchi pela primeira vez uma notificação de violência física contra uma mulher.

A usuária foi trazida por uma ACS e a Assistente social do NASF que fizeram o acolhimento. Fiz o primeiro atendimento na UBS, notifiquei o caso e a encaminhei ao Hospital com suspeita de fratura de face. Algumas iniciativas foram feitas visando melhorar a comunicação entre a equipe e a comunidade, tais como colocar **cartazes e informativos** na parede sobre o direito à prioridade no atendimento para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência física/mental e pessoas com crianças de colo. Antes esse direito era negligenciado pela própria triagem e eu fiz questão de expor esta questão em uma reunião com toda a equipe, pois já havia recebido muitas reclamações dos usuários sobre esse assunto.

Outro cartaz que coloquei foi referente à lei do desacato a funcionário público, pois os usuários devem ter ciência de que não podem desrespeitar os funcionários em exercício. Recentemente fiz um cartaz sobre a Campanha de vacinação contra Influenza e quais os grupos prioritários para receber a vacina com divulgação da informação para os ACS. Fiz cartazes informativos sobre a Classificação de PA (pressão arterial) em maiores de 18 anos. Um deles está no meu consultório e outro na sala de triagem, pois os próprios profissionais tinham conceitos equivocados sobre os valores normais de PA e passavam informações erradas aos usuários. Também pus um cartaz no consultório com as metas de controle laboratorial para diabéticos.

Desta forma, posso demonstrar aos usuários quais os objetivos do tratamento e qual a sua relevância no contexto de benefícios para a saúde. Com a divulgação ampla destas informações a população terá mais acesso a seus direitos e deveres para com o serviço oferecido pela UBS (vide OUTROS ANEXOS). Em relação aos **diabéticos**, antes eu iniciava o tratamento com a Glibenclamida, mas aprendi que inicialmente devemos tentar a abordagem não medicamentosa com mudanças de

estilo de vida (dieta e atividade física) por pelo menos três meses e acompanhar o paciente para saber se esta medida isolada surtirá o efeito almejado. Além disso, aprendi que a primeira escolha de hipoglicemiante é a Metformina, pois esta tem um efeito adicional na perda de peso em pacientes obesos ou com sobrepeso. Outra mudança foi a solicitação da Hemoglobina glicada (HbA1c) a cada três meses para seguimento dos usuários até obter o controle adequado.

Em relação aos **hipertensos**, sempre faço o cálculo do *Clearance* de Creatinina pela fórmula MDRD para estimar a função renal. Se alterado, eu solicito a creatinina novamente após três meses para confirmar a Insuficiência renal crônica. Se confirmado, encaminho ao Nefrologista e prescrevo uma droga nefro-protetora como o IECA (Inibidor da enzima conversora de angiotensina) ou BRA (Bloqueador dos receptores de Angiotensina II). Solicito ECG e Radiografia de tórax para todos os hipertensos com fatores de risco para avaliar sinais de comprometimento cardíaco, tais como cardiopatia hipertensiva, arritmias, cardiopatia isquêmica e Insuficiência cardíaca congestiva. Nos casos positivos, sempre encaminho ao Cardiologista para uma avaliação mais detalhada do caso e prescrevo drogas que oferecem benefícios na redução da mortalidade, como o ácido acetilsalicílico (AAS) e/ou Estatinas/Fibratos, sempre avaliando o risco-benefício da intervenção.

Em relação à **obesidade**, tenho feito o diagnóstico de vários pacientes com o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e da circunferência abdominal (CA) para todos os usuários. Quando há obesidade eu falo qual o grau, os riscos e de que se trata de uma doença que necessita de tratamento. Então encaminho à Nutricionista que atende na UBS uma vez por semana, recomendo atividade física regular sob a supervisão de um profissional de educação física. Em alguns casos em que a obesidade está relacionada a fatores emocionais (compulsão alimentar, transtorno de ansiedade, depressão, etc) indico a psicoterapia com Psicólogo que atende uma vez por semana e prescrevo ansiolítico/antidepressivo se necessário junto com avaliação psiquiátrica. Se o usuário não consegue atingir a meta de perda de peso com as MEV adotadas no período de três meses, eu considero falha terapêutica e os encaminho ao Endocrinologista.

No caso das crianças com obesidade a abordagem familiar é a mais indicada, pois requer a mudança de estilo de vida de toda a família para que os objetivos sejam alcançados. Sempre encaminho à Nutricionista e ao Endocrinologista pediátrico para investigar causas secundárias para a obesidade, mas continuo acompanhando

na UBS nas curvas de percentil da Organização mundial de saúde (OMS). Em relação aos **adolescentes**, fiz meu projeto de intervenção com o tema de anticoncepção feminina nesta faixa etária.

Através desse projeto passei a adotar em todas as consultas de Planejamento familiar uma carteirinha de prescrição de contraceptivos e fiz um expositor com todos os métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS que fica na parede do meu consultório. As mulheres inevitavelmente olham o expositor e demonstram interesse para usar algum e tirar dúvidas sobre outros que elas não conheciam, como o DIU e a camisinha feminina. Aproveito a oportunidade para fornecer estas orientações e prescrever o método mais indicado. (vide OUTROS ANEXOS).

Em relação à **Saúde Mental**, desde que iniciei meu trabalho utilizo um sistema de registro individual dos usuários que faz em uso de medicamentos controlados que fica sempre de fácil acesso para registrar a data da renovação da receita. Os usuários são orientados a agendar a consulta para renovação da receita para que seja feito o adequado registro em prontuário. Antes do curso, eu tinha receio em fazer ajustes de medicações controladas para os pacientes, pois achava que era uma conduta restrita ao especialista. No entanto, o Curso de especialização me incentivou a tomar esta iniciativa de intervir nos casos necessários. Geralmente os usuários tem muita dificuldade para conseguir consulta com o Neurologista ou Psiquiatra, então eu já faço os ajustes de dose ou troca de medicações, conforme a necessidade.

É muito bom ter essa autonomia e depois verificar como aquela intervenção teve um efeito imediato e tão benéfico no bem-estar daquele usuário. Como nunca gostei de trabalhar em ambiente hospitalar e em Pronto-atendimentos, sempre preferi trabalhar com a Estratégia saúde da família (ESF), pois considero que se adequa mais ao meu perfil profissional. Eu gosto da rotina de conhecer os pacientes, conversar, tirar dúvidas, discutir condutas e metas e, aos poucos, conquistar sua confiança para juntos alcançarmos o sucesso terapêutico.

É muito gratificante acompanhar esta evolução e criar vínculos com a comunidade, por exemplo, quando um paciente que estava descompensado retorna à consulta relatando melhora dos sintomas e na qualidade de vida com o tratamento e demonstra gratidão por aquela intervenção. Faço uma reflexão sobre meu trabalho neste período e posso dizer que percebi mudanças benéficas em minha atuação como médica da UBS. Desde que comecei a pós-graduação aperfeiçoei minhas

condutas técnicas e aprendi a interagir com a equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço.

Antes meu trabalho era mais restrito ao consultório e individual, mas agora eu faço questão de solicitar auxílio aos ACS, técnica de enfermagem, enfermeira, equipe do NASF e da própria gestão nos casos complexos que demandam mais atenção e envolvimento multiprofissional. Essa consciência de que todos os profissionais formam um a rede de assistência à população me fez perceber o quanto somos interdependentes neste processo. Ou seja, dependemos do comprometimento de todos para alcançarmos os melhores resultados e a ação de um profissional interfere diretamente no trabalho do outro.

Este entrosamento da equipe promove mais benefícios para os usuários e, conseqüentemente, aumenta a satisfação dos próprios profissionais por exercerem sua função da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
2. 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. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et.al]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

MARCELA ALVES MORAIS VANAZZI

**CONSULTA COLETIVA DE USUÁRIAS DE 15 A 19 ANOS CADAS TRADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR^a VERÔNICA CAVALCANTE E SILVA PARA
PRÁTICA SEXUAL SEGURA E PREVENÇÃO DE
GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

HUMAITÁ – AM, 2016.

1. INTRODUÇÃO

O município de Humaitá situa-se no estado do Amazonas-AM e possui uma população de 50.230 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014. Os serviços de saúde disponíveis no município são: um hospital de médio porte situado na zona urbana, sete Unidades de Saúde da Família (USF), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dra. Verônica Cavalcante e Silva localiza-se na zona urbana do município e possui uma equipe multidisciplinar formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, 8 Agentes comunitários de saúde (ACS), uma vacinadora, um agente de endemias e uma atendente de serviços gerais. Segundo dados da Secretaria de Saúde em junho de 2015 a UBS possui 1 .084 famílias cadastradas e a população adstrita é de 4.511 usuários.

A proposta da consulta coletiva de usuárias de 15 a 19 anos é de fornecer informações relevantes quanto à prática sexual segura através da apresentação dos métodos contraceptivos e de barreira disponíveis pelo SUS, tendo em vista a observação da alta prevalência de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis no território da equipe.

2. PROBLEMA

Dificuldade de acesso e acompanhamento das usuárias de 15 a 19 anos cadastradas na Unidade Básica de Saúde Dra. Verônica Cavalcante e Silva.

3. JUSTIFICATIVA

Na área adstrita da Unidade Básica de Saúde Dra. Verônica Cavalcante e Silva há 4.511 usuários cadastrados conforme dados do SIAB no mês de agosto de 2015. Nesta população há 289 usuárias do sexo feminino de 15 a 19 anos de idade.

Estas adolescentes têm dificuldade de acesso à UBS para receber informações sobre métodos anticoncepcionais, pois até o presente momento não havia sido realizado um trabalho da equipe para atender a esta demanda. A Consulta Coletiva é uma estratégia para buscar e oferecer às usuárias de 15 a 19 anos orientações quanto à prática sexual segura e prevenção de gravidez não planejada com a apresentação de métodos contraceptivos e de barreira disponíveis.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar consultas coletivas de metade das usuárias de 15 a 19 anos da área adstrita da Unidade Básica de Saúde Dra. Verônica Cavalcante e Silva.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as usuárias na faixa etária de 15 a 19 anos da área adstrita da Unidade Básica de Saúde (U.B.S) Dra. Verônica Cavalcante e Silva;
- Oferecer orientação de prática sexual segura às usuárias identificadas através da apresentação de métodos contraceptivos e de barreira, esclarecendo eventuais dúvidas e tabus relacionados ao tema;

- Reduzir os riscos de aquisição de DST (Doenças sexualmente transmissíveis) e gravidez não planejada, sensibilizando as usuárias quanto à necessidade de utilizar algum método contraceptivo e de barreira;
- Aplicar questionário socioeconômico e de iniciação sexual a fim de identificar o perfil das usuárias adolescentes do território da U.B.S.;
- Aplicar questionário pré-consulta coletiva para avaliação de conhecimentos prévios acerca dos métodos contraceptivos, de barreira e DST's/HIV.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O Estatuto da Criança e do Adolescente, sob a Lei N.º.8.069/90), define a adolescência como “a pessoa entre os doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, p.11). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que a adolescência corresponde ao período de vida entre 10 e 19 anos. A adolescência é marcada por várias transformações corporais e comportamentais e percebe-se que a família e a sociedade não estão preparadas para lidar com esta demanda de modo a suprir a carência de atenção e orientação do adolescente:

A adolescência parece ocupar um lugar ainda confuso tanto na família, quanto nas políticas públicas e na sociedade. Será preciso vontade e persistência para percorrer um longo caminho rumo a os tão desejados baixos índices de gravidez entre adolescentes. As falhas atuais são evidentes, algumas estratégias para solucioná-las estão propostas. A quem cabe fazer? De quem deve ser a iniciativa? Talvez estas sejam questões mais difíceis de responder, pois os estudos indicam sugestões para quase todas as dificuldades. Dessa forma a disposição para implicar-se, para discutir e pôr em prática são as dificuldades mais consistentes encontradas no momento, afinal, intervenções mais incisivas e eficazes são grandes desafios, pois tratam-se de modificações em conceitos, valores, estruturas políticas e comportamentos”. (PARIZ; et al. 2012, pg. 634-635).

A atenção à saúde do adolescente não tem posição de destaque dentre as prioridades da atenção básica e muitas vezes este grupo encontra-se desorientado e desprovido de informações para exercer sua sexualidade de forma consciente e responsável:

Verifica-se que a atenção à saúde da adolescente deve ser mais incisiva por parte dos educadores e do governo, pois a falta de conhecimento sobre anticoncepção, anatomia e sexualidade invariavelmente implica gravidez não-programada. Esta resulta em repercussões indesejáveis para o futuro desses indivíduos, com implicações para sua vida pessoal e social. Existe uma carência de programas específicos para o público adolescente e fica claro que ações de orientação e prevenção implementadas desde a atenção básica, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde, podem ser eficientes no sentido de promover o conhecimento das adolescentes da comunidade, prevenindo a gravidez indesejada na adolescência e suas possíveis repercussões negativas. (MANFRÉ, C. C; et al. 2010, p.64)

Os adolescentes na realidade encontram-se diante de um contraste profundo, pois de um lado há a superexposição do corpo e da sexualidade humana e do outro o moralismo cortante, que impede que o assunto seja discutido profundamente, formando consciências e opiniões. Isso demonstra que apesar do avanço dos discursos progressistas, na verdade faltam atitudes e ações concretas para reverter este panorama. (BRILHANTE A. V. M.; CATRIB, A. M. F., 2011)

A orientação a ser dada pelo médico não pode ser preconceituosa e nem permeada de códigos e conceitos pré-concebidos. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem em seu corpo. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital, ou desejem iniciá-la, essa deve ser orientada quanto à contracepção e prevenção de DST. Mas, também, devem ser esclarecidos sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual e sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências. Enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas é de caráter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que está sendo feito e, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas desse. O profissional de saúde deve estar aberto e disponível a responder perguntas dos adolescentes ou da família. É importante também ser sensível às angústias por que passam nessa etapa da vida. (BRILHANTE A. V. M.; CATRIB, A. M. F. 2011, p.509).

Os profissionais devem atuar na assistência ao adolescente prestando informações e facilitando o acesso aos métodos contraceptivos e de barreira:

Dessa forma, junto aos demais atores sociais, os serviços de saúde poderiam desempenhar um papel significativo para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, ampliando seus conhecimentos, fortalecendo suas práticas de cuidados e promovendo uma reflexão sobre as repercussões da desigualdade de gênero na

saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos jovens. (VONK, ACRP; et al, 2013, p.1805)

Neste contexto o ideal é criar espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde, pais, responsáveis e comunidade, pois isso é, comprovadamente, um importante instrumento para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV e à AIDS, assim como à gravidez precoce e não planejada. Estas ações devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos. (SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T, 2015)

Outro fator relevante a ser discutido é que, culturalmente, a mulher ainda é vista como a única responsável por evitar uma gravidez, já que o homem é tido como "viril". Portanto ser homem significa ter menos controle sobre seus impulsos sexuais, diferentemente da mulher, que deveria se "cuidar mais". Em relação à informação sobre anticoncepção, evidenciou-se que o jovem possui conhecimentos sobre a existência de métodos contraceptivos, porém não sabe administrá-los corretamente, apresentando dúvidas e ideias equivocadas sobre os mesmos. Muitas vezes, os jovens negam a possibilidade de uma gravidez devido ao pensamento "mágico" característico da sua faixa etária. Ao responder à pergunta inicial, "o que as adolescentes acreditam possuir com a gravidez?", elas mencionaram ganhar independência, expectativa de um futuro melhor, auto realização. Mas, em minha opinião, o que elas buscam inconscientemente é preencher um vazio existencial com o fato de serem mães e, a partir disso, "tentar, de certa forma, reescrever a sua história". (SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T, 2015)

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Humaitá-AM. A metodologia constitui -se na consulta coletiva de usuárias de 15 a 19 anos no sentido de fornecer orientações para prática sexual segura e prevenção de gravidez não planejada e DST'S neste grupo.

O **primeiro momento** a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e re-

sultados esperados. Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis.

O segundo momento é a explanação do papel dos membros da equipe, o profissional de referência, cuja responsabilidade é de coordenar as ações para cada paciente.

O terceiro momento será aquele em que a equipe de saúde organiza os materiais, fará o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Neste momento, será solicitada à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio para a demonstração dos métodos contraceptivos.

O quarto momento é composto pela identificação de pacientes elegíveis para a consulta coletiva, segundo os critérios de sexo (feminino) e faixa etária (15 a 19 anos).

O quinto momento é a elaboração da pesquisa de perfil socioeconômico das usuárias que será aplicada antes da consulta coletiva, para conhecer a realidade das mesmas no contexto da comunidade a que pertencem.

O sexto momento vincula-se à avaliação do conhecimento prévio das usuárias da área de adscrição da UBS Dra. Verônica Cavalcante e Silva, através de um questionário pré-consulta que abordará DST'S/ HIV e métodos contraceptivos.

O sétimo momento compõe-se do adequado registro de informações para a equipe de saúde, assim como do registro no prontuário médico.

2. CRONOGRAMA

Ações	2015			2016
	OUT	NOV	DEZ	JAN
Elaboração do Projeto de Intervenção				
Apresentação do Projeto de Intervenção à equipe de saúde	X			
Organização dos materiais e levantamento dos recursos necessários	X			

Identificação de pacientes elegíveis para a consulta coletiva e convite para participação	X			
Elaboração da pesquisa de perfil socioeconômico e avaliações pré e pós consulta coletiva	X			
Execução do plano de intervenção		X	X	
Análise dos resultados				X
Apresentação dos resultados e avaliação do projeto pela equipe				X

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 8 Agentes comunitários de Saúde, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Enfermeira, 1 Médica, 1 Dentista, 1 Auxiliar de saúde bucal e 1 Técnico de saúde bucal.

3.2 RECURSOS MATERIAIS

- Notebook;
- Prontuários médicos das pacientes presentes na atividade; Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Esfigmomanômetro digital;
- Balança digital;
- Folhas A4;
- Canetas esferográficas de tinta azul;
- Impressora;
- Copiadora;
- Televisão;
- Pen-drive;
- DIU;
- Preservativos feminino e masculino;
- Anel vaginal;
- Diafragma;
- Espermicida;
- Adesivo transcutâneo;
- Cartela de anticoncepcional combinado oral;
- Cartela de anticoncepcional progestínico (Noretisterona-Norestin);

- Caixa de anticoncepcional injetável trimestral (Ac etato de Medroxiprogesterona-Demedrox);
- Caixa de anticoncepcional injetável mensal (Enantato de Noretisterona + Valerato de estradiol-Noregyna);

4. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se qualificar o nível de conhecimento das usuárias de 15 a 19 anos sobre métodos contraceptivos e de barreira para prevenção de gravidez não planejada e DST. Espera-se também ampliar o acesso destas pacientes aos serviços de saúde oferecidos pela UBS, bem como aos métodos contraceptivos e de barreira disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para as adolescentes, a informação e o conhecimento sobre educação e saúde sexual são fundamentais para que as mesmas possam tomar suas próprias decisões em relação à sua sexualidade e seu futuro. Durante a consulta coletiva as adolescentes recebem todas as informações necessárias para exercerem sua autonomia e, a partir disso, serem responsáveis pelo seu autocuidado. Além disso, na consulta coletiva também oferecemos um espaço para que as mesmas compartilhem suas dúvidas, receios e frustrações, tornando-as participativas e não apenas receptoras de informações.

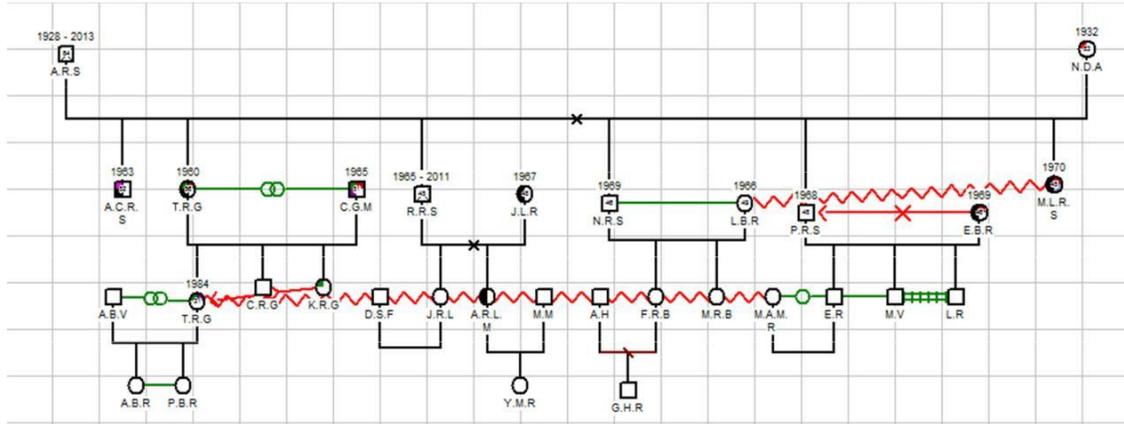
Esta intervenção pretende criar um elo entre a equipe e as adolescentes, um local para busca de informações e subsídios para aplicar a prática sexual segura, pois muitas vezes estas usuárias não dispõem deste apoio no ambiente familiar e necessitam de uma referência com credibilidade. Enfim, a proposta desta intervenção no início da vida sexual das adolescentes visa torná-las mulheres adultas muito mais conscientes e independentes em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, permitindo o planejamento familiar e a prevenção de DST.

REFERÊNCIAS

1. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.207 p. – (Série legislação ; n . 83).
2. VONK, A. C. R. P.; BONAN, C.; SILVA, K. S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6):1795-1807, 2013.
3. PARIZ, J.; MENGARDA C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.3, p.623-636, 2012.
4. MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G.; MATTHES, Â. C. S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. *Revista brasileira de Medicina de família e comunidade, Florianópolis*, v. 5, n. 17, p. 48-54, jan./dez. 2010.
5. BRILHANTE A. V. M.; CATRIB, A. M. F. Sexualidade na adolescência FEMINA. v.39, n. 10, p. 504-509, out. 2011.
6. SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação?. *Revista Adolescência e Saúde*, 2015, <http://www.adolescenciaesaude.com/imprimir.asp?id=42>. Acesso em 12/10/2015.

OUTROS ANEXOS

1. Genograma do Caso Clínico



2. Foto do Quadro geral da UBS

ESTRATÉGIA CRUDE DA FAMÍLIA
UBS-UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE D^{RA} VERÔNICA CAVALCANTE
 CNES do estabelecimento: 6474381
 Funcionamento da UBS: 08:00 às 12:00 H10 h e das 14:00 às 18:00 H4 (segunda a sexta)
 Nº de famílias cadastradas: 1.084 Nº de pessoas acompanhadas: 4.522

CRONOGRAMA SEMANAL DE ATENDIMENTO

PROFISSIONAL	PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MÉDICA MARCELA VANAZZI	MANHÃ	CONSULTA GERAL	HIPERTENSÃO	PRE-NATAL	FOLGA	VISITA DOMICILIAR
	TARDE	SAÚDE DA MULHER	SAÚDE DA CRIANÇA	SAÚDE DO IDOSO	SAÚDE DO HOMEM	FOLGA
ENFERMEIRA LUNALVA FRANÇA	MANHÃ	PRE-NATAL	PRE-NATAL	PREVENTIVO	PLANEJAMENTO FAMILIAR/ PROGRAMA TB	VISITA DOMICILIAR
	TARDE	PRE-NATAL	PRE-NATAL	PREVENTIVO	PUERICULTURA/ REUNIÃO COM A EQUIPE	EDUCAÇÃO PERMANENTE/ PLANEJAMENTO
DENTISTA MARIANA SANTIAGO	MANHÃ	DEMANDA	DEMANDA	Demanda	ESCOLA	HIPERTENSÃO
	TARDE	DEMANDA	DEMANDA	GESTANTES	ESCOLA	CRIANÇAS VISITA DOMICILIAR
PSICÓLOGA LÍDIA						
NUTRICIONISTA ABIGAIL						
TECNICA ENFERMAGEM JOSENEIDE						
VACINADORA ANA CECÍLIA						
AUX. SAÚDE BUCAL JOANA AUX. SERV. GERAIS MARILUÍZA						
AGENTES DE SAÚDE: SILVANA VAGNER ROSILEIA SILVANE LIZIANE ELINE MARCELA						
DIGITADORA DO E-SUS EDIANE						

Realiza atendimento às Terças-feiras das 14:00 às 18:00 h
 Realiza atendimento às Segundas-Feiras das 14:00 às 18:00 h
 Realiza atendimento: Curativo, Glicemia capilar, Alteração de PA, Inalação, Retirada de pontos
 Realiza vacinação diariamente
 Obs: Vacina de Febre Amarela somente às terças-feiras
 AGENTE DE ENDEBAS JOSÉ RIBAMAR

3 Foto das sugestões de temas de palestras em sala de espera

TEMAS PARA PALESTRAS NA SALA DE ESPERA NA UBS

GRUPO POPULAÇÃO	TEMAS PARA PALESTRAS	QUE ABORDAR
POPULAÇÃO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação • Exercícios • Prevenção • Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação • Exercícios • Prevenção
SAÚDE DA MULHER	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento e controle da vida reprodutiva e controle da menopausa 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de controle da vida reprodutiva • Controle de fatores de risco • Métodos de prevenção para hipertensão • Controle da diabetes
SAÚDE DO HOMEM E DA MULHER	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da hipertensão arterial • Prevenção da diabetes • Prevenção da obesidade • Prevenção da hiperlipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de prevenção da hipertensão arterial • Métodos de prevenção da diabetes • Métodos de prevenção da obesidade • Métodos de prevenção da hiperlipidemia
SAÚDE DO HOMEM	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da hipertensão arterial • Prevenção da diabetes • Prevenção da obesidade • Prevenção da hiperlipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de prevenção da hipertensão arterial • Métodos de prevenção da diabetes • Métodos de prevenção da obesidade • Métodos de prevenção da hiperlipidemia
SAÚDE DA CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da obesidade • Prevenção da hipertensão arterial • Prevenção da diabetes • Prevenção da hiperlipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de prevenção da obesidade • Métodos de prevenção da hipertensão arterial • Métodos de prevenção da diabetes • Métodos de prevenção da hiperlipidemia
SAÚDE DO IDOSO	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da hipertensão arterial • Prevenção da diabetes • Prevenção da obesidade • Prevenção da hiperlipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de prevenção da hipertensão arterial • Métodos de prevenção da diabetes • Métodos de prevenção da obesidade • Métodos de prevenção da hiperlipidemia
PRE-NATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar • Controle da vida reprodutiva • Controle da hipertensão arterial • Controle da diabetes • Controle da obesidade • Controle da hiperlipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de planejamento familiar • Métodos de controle da vida reprodutiva • Métodos de controle da hipertensão arterial • Métodos de controle da diabetes • Métodos de controle da obesidade • Métodos de controle da hiperlipidemia

4 Foto da escala de palestras em sala de espera na UBS

ESCALA SEMANAL DE PALESTRAS NA SALA DE ESPERA DA U.B.S DRª VERÔNICA CAVALCANTE E SILVA

DIA DA SEMANA	HORÁRIOS	GRUPOS	PALESTRANTES
	08:00 h 14:00 h		
SEGUNDA	MANHÃ	PRÉ-NATAL E POPULAÇÃO GERAL	Rivelton, Rosiléia e Elaine
	TARDE	PRÉ-NATAL E SAÚDE DA MULHER	
TERÇA	MANHÃ	PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO	Lunilva, Gilmar e Josineide
	TARDE	PRÉ-NATAL E SAÚDE DA CRIANÇA	
QUARTA	MANHÃ	PRÉ-NATAL E SAÚDE DA MULHER	Mariana, ...
	TARDE	SAÚDE DA MULHER E SAÚDE DO IDOSO	
QUINTA	MANHÃ	PLANEJAMENTO FAMILIAR	Ana Cecília e José Ribamar
	TARDE	SAÚDE DO HOMEM E PUERICULTURA	Marcela e Marilúcia
SEXTA	MANHÃ	HIPERTENSÃO	... e ...
	TARDE	SAÚDE DA CRIANÇA	

6 Foto do informativo sobre metas do diabetes mellitus no consultório médico

PARÂMETRO AVALIADO	META
GLICEMIA DE JEJUM	70-130 mg/dl
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL	< 180 mg/dl
HEMOGLOBINA GLICADA	< 7%
PRESSÃO ARTERIAL	< 130/80 mmHg
COLESTEROL TOTAL	< 200 mg/dl
COLESTEROL LDL	< 100
COLESTEROL HDL	< 45
TRIGLICERÍDEOS	< 150
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) kg/m ²	20-25
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO HOMEM	< 102 cm
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NA MULHER	< 88 cm

9 Foto do informativo sobre Classificação de pressão arterial no consultório médico

A handwritten chart on a whiteboard with a red border, titled "CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM >18 ANOS". The chart is organized into a table with three columns: "Classificação", "Pressão sistólica", and "Pressão diastólica". The rows represent different categories of blood pressure: "Ótima", "Normal", "Limítrofe", "Hipertensão 1", "Hipertensão 2", and "Estágio 3".

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão 1	140-159	90-99
Hipertensão 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥ 180	≥ 110