



MIGUEL ROJAS PORTES

**ESTILOS DE VIDA NEGATIVOS E SUA RELAÇÃO COM APARIÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS)**

VITORIA DO XINGU

2017



MIGUEL ROJAS PORTES

**ESTILOS DE VIDA NEGATIVOS E SUA RELAÇÃO COM APARIÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS)**

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: Warley Aguiar Simões

VITORIA DO XINGU

2017

RESUMO

Vitoria do Xingu é um município do estado Pará com uma população majoritária na zona urbana com prevalência do sexo feminino, tem uma rede de saúde bem organizada que conta com um hospital municipal com equipamento moderno, um centro de especialidades odontológicas e várias unidades de atenção básica onde se destacam quatro unidades de estratégia de saúde da família, existe alta incidência de gestação na adolescência, doenças osteomioarticulares e enfermidades crônicas não transmissíveis como a diabetes, doenças mentais, epilepsia e hipertensão arterial sistêmica, reconhecida esta última como a doença de maior incidência e prevalência e o principal motivo de consulta na unidade de saúde. Com relação a Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção há três situações inerentes a prática diária vinculadas a estes elementos que são as relacionadas com a puericultura, a atenção pré-natal e as doenças mentais que constituem uma boa parte do total das atividades organizadas e relacionadas com os grupos prioritários em nossa prática médica. Um elemento muito importante ao que prestamos especial atenção é a visita domiciliar com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho de nossa equipe que presta cuidado domiciliar na atenção básica e ambulatorial com vista a reduzir a demanda para atendimento na unidade de saúde conseguindo uma maior humanização da atenção, uma desinstitucionalização e uma ampliação na autonomia dos pacientes. O curso de especialização em saúde da família constitui um elemento muito importante não apenas no melhoramento da atenção a os pacientes de nossa área de saúde.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Estilo de vida, Fatores de risco, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLINICO	11
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	19
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	25
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	36

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Miguel Rojas Portes, tenho 50 anos de idade, sou médico cubano, em Cuba moro na província Habana. Minha formação profissional foi totalmente em Cuba. Sou especialista de 2do grau em Medicina Geral Integral, Mestre em Atenção Integral à Mulher, Professor da Faculdade de Medicina “Geral Calixto García” e Investigador Agregado da Universidade da Habana. Iniciei minha carreira profissional no ano 1990. Em Cuba trabalho numa clínica de atenção a gestantes de alto risco obstétrico.

Iniciei no programa Mais Médicos em abril no ano 2016, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família VTX1, localizada no bairro Centro, pertencente à prefeitura municipal de Vitória do Xingu, no local que agora tem a unidade antigamente funcionava o hospital municipal pelo que conta com uma infraestrutura construtiva adequada para o ótimo funcionamento de seus diferentes áreas de trabalho, nossa área de abrangência são os bairros centro e duas áreas pertencentes a áreas periféricas.

Vitória do Xingu é um município do estado Pará, localiza-se a uma latitude 02°52'48” sul e uma longitude 52°00'36” oeste, a uma altitude de 0 metros sobre o nível do mar. Após a criação do município em 1991 passou a ter os seguintes limites geográficos: ao norte limita com os municípios Porto de Móz e Senador José Porfírio, ao sul e ao oeste com o município Altamira e ao leste com o município Senador José Porfírio.

Sua população estimada em 2010 foi de 13.431 habitantes, após o início da construção da hidroelétrica em Belo Monte a população do município aumentou até aproximadamente 14.895 pessoas. Possui uma área territorial aproximada de 3.135,2 km² e estimativa de densidade de população de 4,75 pessoas por km². Agora analisaremos alguns dados do município.

Evolução Populacional do município até o ano 2016.

Evolução Populacional de Vitória do Xingu	
Ano	Quantidade de População
1991	-
1996	12.778
2000	11.142
2007	9.693

2010	13.441
2016	14.407

População residente no município, por situação do domicílio e sexo. Ano 2016.

População residente, por situação do domicílio e sexo.			
		Urbana	Rural
Total	14407	10582	3825
Homem	6639	4889	1750
Mulheres	7768	5693	2075

População residente no município por grupos de idade. Ano 2016.

Faixa Etária	População	Porcentagem
0 a 14 anos	4314	29.9%
15 a 64 anos	9452	65.6%
65 anos e +	641	4.5%

População residente no município por religião. Ano 2016.

Religião	População	Porcentagem
Católica Apostólica Romana	10.336	67.53%
Espírita	0	0%
Evangélica	4.071	32.47%

Agora analisaremos alguns dados do território da abrangência da unidade.

Ao território adscrito à Unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) VTX1 correspondem 7 micro áreas, 6 no bairro centro e uma na zona da periferia, nesta micro área da periferia moram famílias de muito baixo nível socioeconômico e escolar, até faz pouco tempo não existiam serviços básicos como eletricidade, água potável, coleta de resíduos sólidos, face um tempo a prefeitura municipal começou a prover

esses serviços de forma paulatina. Ainda não existe infraestrutura adequada para a correta disposição dos residuais líquidos. Na área de abrangência de nossa unidade encontra-se um número importante de igrejas católicas, igrejas evangélicas, escolas, a grande maioria das lojas, praticamente todas as secretarias municipais, as praças principais, assim como os principais lugares para a vida noturna. Em nossa área de abrangência também se encontram vários espaços esportivos como são ginásio, estádio de futebol, quadra esportiva, academia publica entre outros.

A situação da saúde antes da implementação do programa Mais Médicos era muito complexa, fundamentalmente na ausência de pessoal médico no cuidado à saúde da família. Os poucos médicos que trabalharam no município eram contratados principalmente para trabalhar no hospital municipal. Agora com o programa Mais Médicos o estado de saúde da comunidade começou a mudar fundamentalmente para os cuidados orientados à saúde da família.

Nossa unidade e o município em geral, estão ainda em um processo de reorganização, reforçando as suas estruturas de saúde com a participação de NAF, CAF, melhorando a inter-relação entre os diferentes níveis dos cuidados de saúde, em um processo de avaliação e otimização de referências e contra referências e procurando uma inter-relação melhor com o nível terciário dos cuidados de saúde, com a participação ativa da toda a comunidade.

O município tem várias unidades de saúde na atenção primária, três deles com equipe de saúde completo, tem outras unidades com equipe incompleta compostos por licenciadas em enfermagem e outros membros da equipe que recebem a visita de um médico várias vezes na semana.

O município tem um hospital municipal totalmente climatizado e equipado. Possui 32 leitos, dois centros cirúrgicos, área obstétrica com sala de parto normal e ambiente PPP para parto cada vez mais humanizados, além de ambientes para suprir a demanda hospitalar e ambulatorial especializada, com setores de atendimento imediato as urgências e emergenciais, consultores, salas de raio X, ultrassonografia e laboratório de última geração, além de uma base descentralizada do SAMU. Temos também no município uma clínica odontológica com equipamento moderno para o cuidado dos pacientes com doenças bucais que também faz atividades de prevenção e promoção das mesmas. Todas essas instituições junto com o trabalho da equipe de saúde da unidade nos cuidados primários, e principalmente no atendimento integral e básica para a família deve continuar a contribuir para a melhoria da saúde da

comunidade. Há ainda deficiências na interconsulta dos pacientes com especialistas que leva em ocasiões muito tempo, também os estudos radiológicos e laboratoriais de alta complexidade ainda são deficientes já que não se realizam no município o que implica uma maior demora na realização dos mesmos.

A população atendida na unidade abrange um total de 3593 pessoas segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Distribuição da população da área de atenção da unidade segundo sexo.

População total	Sexo Feminino	Porciento	Sexo Masculino	Porciento
3591	1875	52,22	1716	47,78

Como observamos na tabela anterior temos na área de atenção da unidade mais pessoas do sexo masculino que do sexo feminino.

Distribuição da população da área de saúde segundo idade.

Faixa Etária	População	Porcentagem
0 a 14 anos	1117	31,10
15 a 64 anos	2255	62,79
65 anos e mais	219	6,11

Distribuição da população da área de abrangência segundo etnia.

Distribuição da população segundo etnia
Etnia
1 ^{er} lugar – Etnia Parda
2 ^{do} lugar – Etnia Branca
3 ^{er} lugar – Etnia Negra

Principais patologias crônicas da população da Área

Principais patologias crônicas atendidas na unidade de saúde	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	169	4,70
Diabetes Mellitus (DM)	71	1,97

Pessoas com Doenças Mentais (PDM)	39	1,08
Epilepsia	20	0,55
Asma Bronquial	16	0,44

A patologia crônica de maior prevalência é a HAS

Mulheres Grávidas Atendidas na Unidade de Saúde.

Gestantes	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Gestantes adolescentes (12 – 19 Anos)	13	36,1
Gestantes de 20 anos e mais	23	63,9
Total de Gestantes	36	100

Se observa uma quantidade relativamente elevada de gestantes adolescentes. Também temos alta incidência e prevalência de doenças do sistema osomioarticular como são sacrolumbalgias, dores articulares e musculares, são frequentes as infecções respiratórias, anemias, parasitismo intestinal, doenças da pele como micose e infecções bacterianas, infecções ginecológicas entre outras. Neste momento damos atenção a 36 gestantes cadastradas em nossa unidade.

Nosso município está dentro do principal cinturão de Hanseníase do Brasil com grande quantidade de pacientes, más na área de abrangência da nossa unidade de saúde só temos diagnosticados dois casos novos a pesar de a pesquisa ativa na busca desta doença, o que quer dizer que os casos têm sido diagnosticados e tratados de forma adequada no qual há contribuído à diminuição marcada dá transmissibilidade, também é uma área endêmica de Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas más graças à urbanização e o passo de zona rural a urbana com a melhoria das vivendas, nível de higienização, aprendizagem da população e trabalho da equipe da unidade antes e depois da minha deslocação nessa unidade essas doenças diminuíram extraordinariamente.

As causas mais relevantes de mortalidade são os acidentes de trânsito e os homicídios, seguidos de pacientes com doenças crônicas. Meu Projeto de Intervenção na Estratégia de Saúde da Família onde eu trabalho foi sobre Gestaçã na adolescência, tendo em conta os indicadores negativos de saúde em alguns aspectos básicos relacionados com a saúde individual, familiar e comunitária. O título do projeto

foi: “Intervenção Educativa sobre a Gravidez na Adolescência na Unidade de Estratégia de Saúde da Família VTX1” (Anexo 1). Esse projeto foi realizado em adolescentes tendo em conta o número cada vez mais elevado de adolescentes que ficam gestantes, com todas as consequências negativas que isto condiciona tanto desde o ponto de olhar biológico, psicológico e social para a adolescente, sua família e a sociedade com um alto número de complicações e mortes tanto maternas como infantis.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

A doença de maior prevalência em nossa área de atenção é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) pelo que o caso escolhido para realizar a apresentação do caso clínico está relacionado com essa doença.

Paciente R G B de 36 anos de idade que vem à consulta o dia 26 de outubro de 2016 referindo que tem dor de cabeça faz duas semanas, que havia tomado vários analgésicos adquiridos na farmácia local por sua conta e que em duas ocasiões que foi à farmácia mediram a pressão dela e estava normal.

No interrogatório à paciente refere-me que a dor de cabeça é de localização frontal e temporal quase permanente com pouco sinal de melhoria, de intensidade leve a moderada e em ocasiões se acompanhava de tontura e vontade de vomitar, não tem outra sintomatologia importante a mencionar.

Antecedentes patológicos pessoais (APP): Nada de interes a sinalar
Antecedentes patológicos familiares (APF): Mãe, pai e irmã maior com hipertensão arterial sistêmica.

Exame Físico Normal.

- FR: 22 x min.,
- FC: 92 x min,
- Pressão Arterial: 135 x 85
- Peso: 56 Kg,
- Talha: 163 cm
- Índice de Massa Corporal (IMC): 21,07 kg/m² (Normal)

A paciente desde o ponto de vista psicológico aparenta não ter nenhuma alteração, responde bem ao interrogatório, é espontânea, ao perguntar ela responde não ter tido nenhuma situação que possa ter desencadeado nela algum grau de estresse. Tendo um interrogatório e um exame físico que não tinham dados importante para o diagnóstico oriento à paciente o seguinte:

- Realização de exames de laboratório.
- Uso de analgésicos somente se a dor era intensa.
- Oriento à paciente voltar a consulta em 15 dias para avaliar resultados dos exames complementares e avaliar as características da dor.

Linha do tempo 10 de novembro: A paciente refere que a dor de cabeça praticamente continua igual, que não há piorado, mas que também não tem melhora e como não é intenso não toma nenhum medicamento. Agora refere-me que além a dor de cabeça iniciou nela dor no tórax, que aparece e desaparece.

A paciente refere que a dor do tórax não causa dificuldade respiratória, não tem relação com os movimentos nem com os esforços físicos.

Ao exame físico a dor do tórax não se modifica com a palpação nem com a pressão exercida sobre o tórax com a mão. FR 24 x min. FC: 89 x min, TA: 130 x 85 mm Hg. Resultado de exames complementares:

- Hb.: 142 g/dl
- Leucócitos totais: 9500/mm³
- Contagem de Plaquetas: 350 000 /ml.
- Glicemia de Jejum: 90 mg/dl
- Colesterol total: 166 mg/dl
- Colesterol HDL: 55 mg/dl
- Triglicérides: 135 mg/dl
- Calculamos o Colesterol LDL: 84 mg/dl
- Urina: Normal
- Fezes: Normal

Todos os exames de laboratório encontram-se dentro dos valores normais.

A paciente refere que sempre sua pressão arterial havia sido 110 x 70 o qual chama a atenção já que em as duas ocasiões que tem sido medida sua pressão arterial na unidade de saúde havia estado perto de 135 x 85. Indico novos exames e oriento à paciente tomar paracetamol de 500 mg, um comprimido de 8/8 horas, diminuir a ingestão de alimentos gordurosos, alimentos salgados, evitar o estresse, e de piorar os sintomas ir à emergência.

Linha do tempo 18 de novembro: A paciente no interrogatório refere-me que de forma geral quando toma o paracetamol a dor de cabeça e de peito melhora mas volta depois que o efeito de os medicamentos diminuiu.

Exame físico normal. FR: 23 x min. FC: 93 x min, TA: 135 x 85 mm Hg.

Resultado de exames complementares:

- Ureia: 24 mg/dl
- Creatinina: 0,9 mg/dl. Depuração de creatinina: 76,38

- Ácido úrico: 4,5 mg/dl.
- TGO: 31 Ou/L
- TGP: 36 Ou/L
- Fosfatase alcalina: 92 Ou/L.
- Rx. de tórax P-A e perfil: Sem alterações
- Eletrocardiograma: Normal

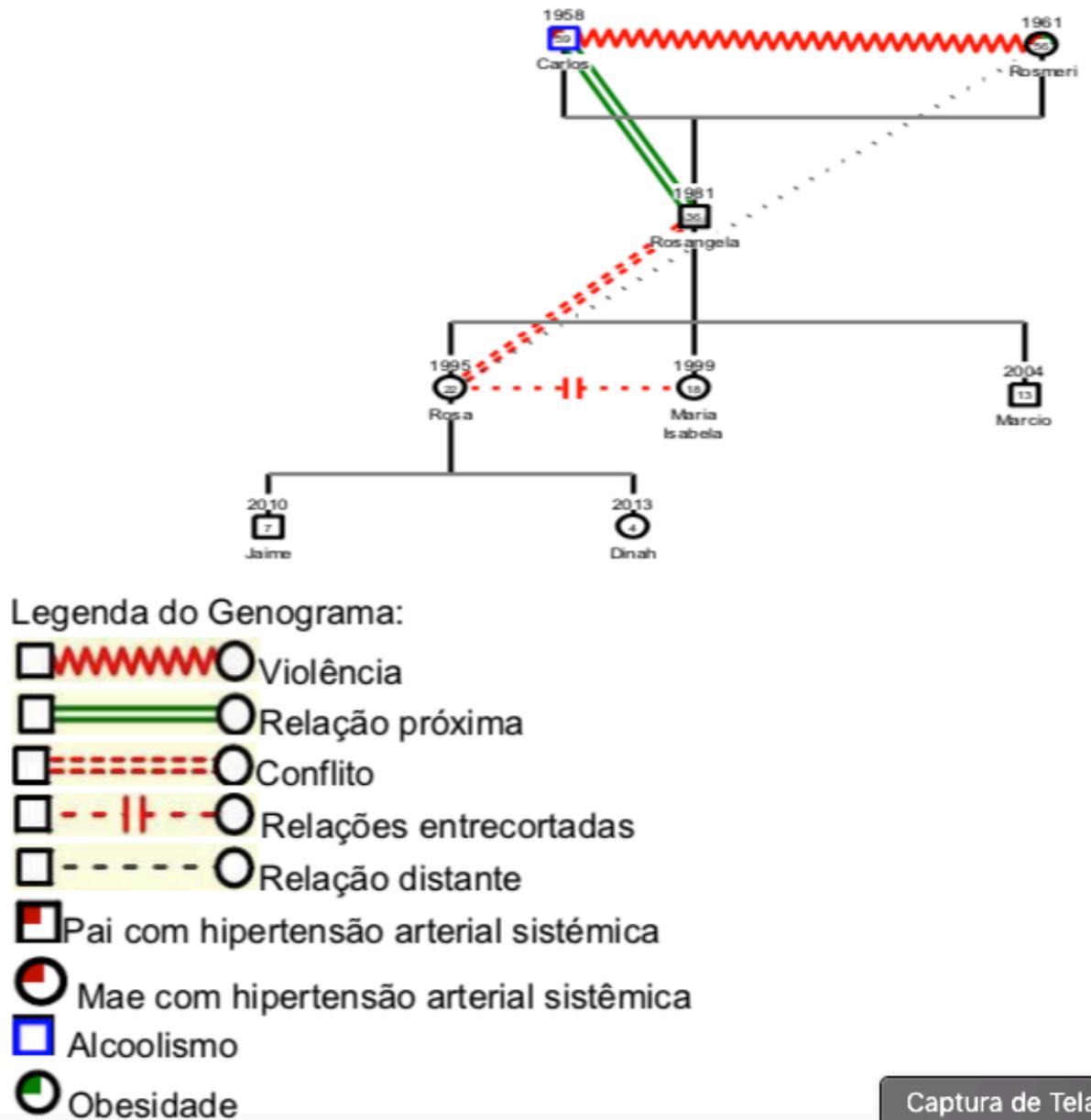
Tendo em conta as cifras de pressão arterial que a paciente tinha nas consultas realizadas se classifica como estado prehipertensivo. Se orienta a paciente manter a mesma conduta com relação ao tratamento.

Linha do tempo 22 de novembro. Informo do caso na reunião da equipe de saúde, a equipe decide realizar uma visita na casa da paciente para avaliar o caso na dinâmica familiar.

Linha do tempo 25 de novembro: A equipe visita a paciente para realizar uma avaliação integral a paciente e sua família. Ao chegar somos recebidos pela paciente, ao entrar na casa a equipe observa um ambiente pouco harmônico entre os membros da família. A paciente nos informa que a dor de cabeça e de peito continua sendo intermitente, ela mora com seus pais, seu pai se chama Carlos, tem 59 anos trabalha na agricultura, é alcoólico e tem hipertensão arterial, sua mãe se chama Rosmeri, tem 56 anos, é dona de casa e também padece de hipertensão arterial, ademais é obesa, a paciente convive também com seus três filhos, Rosa de 22 anos que é dona de casa, Rosa tem dois filhos, Jaime de 7 anos e Dinah de 4 anos, aparentemente são.

As relações entre Rosângela e Rosa não são boas, Rosa nos revela que sua mãe Rosângela faz um tempo começo a beber com muita frequência e que nos últimos tempos fuma muito o qual é um dos motivos da má relação de Rosa e Rosângela, Rosa também falou para nós que as relações entre Rosângela e sua mãe Rosmeri são distantes já que Rosmeri todo o tempo está a reclamar pelo hábito de beber que adquiriu nos últimos tempos, a mãe de Rosângela é frequentemente violentada por seu esposo Carlos condicionado pelo alcoolismo, as relações entre Rosângela e seu pai são próximas, a outra filha da paciente é Maria Isabela, ela tem 18 anos, deixou a escola faz três meses e neste momento tem suspeita de gravidez, as relações entre Maria Isabela e Rosa estão entrecortadas porque Rosa deixou os estudos e está todo o tempo na rua, por último Rosângela tem um filho de 13 anos chamado Marcio que tem suspeita de asma bronquial mas ainda não tem o diagnóstico confirmado.

Figura 1: Genograma



A situação desta paciente e sua família condicionou a realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Carvalho (2012) aponta que para efetivação do diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, é primordial que usuário, profissionais da saúde e família participem do processo. Neste sentido, a utilização de um instrumento de trabalho, denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS), possibilitará a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia.

Pois, esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais

do usuário que se encontra inseridas num contexto. Esta situação gerou a realização de uma reunião da equipa na unidade para analisar o caso e tomar uma conduta para reverter a situação de saúde pela que está atravessando a paciente e seus familiares decidindo implementar um projeto terapêutico singular para um melhor enfrentamento do caso.

A elaboração do projeto terapêutico torna-se relevante, uma vez que, possibilitará a organização do cuidado, levando em consideração as modificações na vida do paciente, e a integração entre equipe, paciente, família e comunidade.

Diagnóstico: Paciente de 36 anos de idade com problemas de alcoolismo e tabagismo com afetação da esfera psicológica condicionado por síndrome ansioso-depressivo e conduta familiar inadequada.

Definição de metas: No curto prazo a equipe deve traçar-se a meta de tratar os hábitos nocivos da paciente assim como seu estado ansioso-depressivo, interconsulta com o psicólogo do NASF e incorporação da paciente algum grupo de pacientes alcoólicos, incorporar a paciente a atividades físicas, cursos de preparação para enfrentar a atividade trabalhista assim como solicitar a avaliação da assistente social para conseguir alguma ajuda financeira até garantir a incorporação de Rosângela algum trabalho, trabalhar no meio familiar da paciente envolvendo a todos os membros da família num programa de palestras e atividades grupais para o abandono do hábito de consumo de bebidas alcoólicas e consumo de cigarros e sobre suas consequências negativas tanto desde o ponto de vista biológico como sociais e psicológicas.

A médio prazo deve conseguir que a paciente e seu pai diminuam a ingestão de bebida alcoólica até o abandono total do hábito, a longo prazo a equipe deve atuar sobre as condicionantes que propiciam essa conduta negativa em o meio familiar para que não volte a se repetir a disfuncionalidade familiar. Divisão de responsabilidades: Cada membro da equipe será responsável de uma ou várias tarefas segundo seu nível profissional e experiência em o tratamento deste tipo de paciente e de seu meio familiar e social, o agente comunitário de saúde (ACS) tem uma grande importância já que ademais joga um papel fiscalizador do cumprimento das orientações dadas pela equipe de saúde tanto ao paciente como seus familiares dadas as características de seu trabalho.

As principais ações estão encaminhadas a transformar o estilo de vida da paciente relacionado com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, manter o peso

corporal, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular e evitar as situações de estresse, assim como lograr mudanças no estilo de vida dos familiares, reincorporar aos estudos as pessoas que abandonaram os mesmos, gerar um ambiente de confiança que contribua a recuperar a saúde e a funcionalidade da família.

Reavaliação: A cada mês a equipe conjuntamente com o psicólogo e a assistente social realizaram uma avaliação do caso tanto desde o ponto de olhar individual como familiar para analisar o cumprimento dos acordos tomados, a evolução da paciente, a conduta tanto pessoal como familiar e a possibilidade de traçar novas estratégias.

Linha do tempo 20 de dezembro: A paciente refere estar muito melhor, as dores de cabeça e tórax são esporádicas, refere que as relações com a família têm melhorado de a pouco depois que foi visitada pela psicóloga do NASF junto a membros da equipe de trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

Exame físico normal: FR: 22 x min. FC: 82 x min, TA: 120 x 80 mm Hg.

Orienta-se à paciente manter as mesmas condutas relacionadas com a modificação do estilo de vida e cita-se novamente a consulta em um mês.

Linha do tempo 24 de janeiro: Paciente que tem bom estado geral, está assintomática. Refere estar a cumprir com as orientações dadas pela equipe de saúde da unidade, assim como da psicóloga municipal.

Exame físico Normal: FR: 20 x min. FC: 78 x min, TA: 110 x 70 mm Hg.

Orienta-se à paciente manter as mesmas orientações e voltar a consulta mensalmente até passados 6 meses do início do trabalho da equipe de saúde da unidade com ela e com sua família a partir do projeto terapêutico singular.

Programa-se com a equipe de saúde realizar uma visita domiciliar na casa da paciente na semana posterior a realização da consulta para uma avaliação.

Após vários meses de acompanhamento da equipe de saúde da unidade, psicóloga e assistente social a paciente e sua família reverteram em grande medida as condicionantes negativas que influíam tanto na saúde individual de alguns membros da família assim como na disfuncionalidade familiar.

Este é um caso que representa uma paciente que se considerava sã e ao adotar estilos de vida negativos como o habito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas e outros foi modificando-se sua saúde até o estado prehipertensivo e graças ao atuar da equipe multidisciplinar da unidade de saúde e outros membros da saúde do

município consiga-se câmbios importantes no estilo de vida evitando que a paciente se convertesse em hipertensa o com alguma doença de saúde mental, também se logrou modificar hábitos e estilos de vida negativos da família em sentido geral evitando complicações ainda maiores.

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

Com relação a Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção há três situações inerentes a prática diária vinculadas a estes elementos que são as relacionadas com a puericultura, a atenção pré-natal e as doenças mentais que constituem uma boa parte do total de atividades organizadas e relacionadas com os grupos prioritários em nossa prática médica na unidade de Estratégia de Saúde da Família. Neste capítulo vamos desenvolver alguns dos elementos básicos relacionado com estas práticas.

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Entende-se por educação em saúde qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Os projetos de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (Czeresnia, 2003).

'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990 apud Czeresnia, 2003).

A puericultura inicialmente foi definida como um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças (ROCHA, 1987). Logo seu conceito foi aperfeiçoado e estabelece que a puericultura também pode ser

chamada de Pediatria Preventiva e tem como objeto uma criança sadia, sendo seu alvo é um "adulto perfeito" fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil (ROCHA,1990).

Objetivo da puericultura: Acolher a todas as crianças até os 5 anos, dando assistência de forma integrada. Acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento, monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivo, garantindo um atendimento de qualidade.

Nossa equipe de trabalho da unidade de Estratégia de Saúde da Família desenvolve ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou agravos para as crianças residentes em nossa área de abrangência, através das consultas de puericultura. Tanto a enfermeira quanto eu atuamos no acompanhamento do desenvolvimento da criança, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças recorrentes; entre elas temos:

- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com outra alimentação até os dois anos de vida;
- Garantir a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização;
- Realizar vigilância do crescimento e desenvolvimento;
- Monitorar a saúde das crianças residentes na área de abrangência, em especial daquelas que apresentam fatores de risco ao nascer ou evolutivo;
- Orientar ao respeito de como prevenir acidentes de acordo a faixa etária;
- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Detectar e encaminhar para tratamento precoce as crianças que apresentarem desvios do crescimento e do desenvolvimento, patologias ou agravos diagnosticados através de consultas de rotina ou eventuais.
- Metas propostas para o trabalho da unidade de saúde:
- Acompanhar 100% das crianças, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde onde nós trabalhamos;
- Realizar atendimento de puericultura a 100% das crianças;
- Garantir consultas médicas ou de enfermagem, de rotina ou eventuais para as crianças residentes em nossa área de abrangência.

A criança tem uma atenção especial dos serviços de saúde por ser um grupo vulnerável. A identificação dentro do universo infantil, de grupos de maior risco para a morbimortalidade infantil cria ações para minimizar estes riscos. A estratégia é a identificação e priorização destes grupos vulneráveis. Outro dos grupos específicos são as gestantes. Toda gestante tem direito ao pré-natal de qualidade. Essas consultas ajudam a prevenir várias doenças e garantir a saúde da gestante e do bebê.

Promover a saúde materna significa aumentar a "média de vida", dilatar a "esperança de vida". Tudo deve ser feito no sentido de evitar que a mulher morra no nobre exercício de servir a espécie e a comunidade.

Promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação.

O pré-natal é dotado de importância na medida em que contribui para a promoção e prevenção da saúde da gestante e do bebê, contribuindo com a qualidade de vida, minimização de riscos e agravos à saúde. É o período onde são executadas ações de manutenção da saúde, direcionam-se ações abrangendo realização de procedimentos, exames, condutas, ações educativas em saúde contemplando amplos aspectos da saúde da mulher em seu ciclo gravídico puerperal, estendendo o cuidado também ao contexto familiar e social da gestante Marques, Morais & Lucas (2011).

A detecção de qualquer risco implicaria atenção especializada, com exame/avaliação e seguimentos adicionais.

Para assegurar a qualidade da assistência pré-natal e, portanto, a prevenção de doenças devemos investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico de qualidade, com especial atenção à presença de anemia, avaliar com precisão a idade gestacional, reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais de emergência, assim como os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal.

No contexto da promoção da saúde materna, são incluídos programas de imunização materna contra as principais doenças, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes mais comuns da gestação, prevenir, diagnosticar e tratar a anemia materna, a hipertensão gestacional, a pré- eclâmpsia grave e eclampsia e os vários tipos de infecções intercorrentes na gestação e parto,

incluindo as doenças sexualmente transmissíveis, as do trato urinário e o tétano do recém-nascido. Agora abordaremos alguns elementos básicos relacionados com as pessoas portadoras de transtornos relacionados com a Saúde Mental.

A promoção da saúde mental tem o objeto de exercer um impacto sobre os determinantes da saúde mental com o fim de aumentar a saúde mental positiva, reduzir desigualdades, construir capital social, criar ganho de saúde e reduzir a diferença na expectativa de saúde. As intervenções de promoção da saúde mental variam em seu alcance e incluem estratégias para promover o bem-estar mental daqueles que não estão em risco, aqueles que estão em alto risco e aqueles que estão a padecer ou se recuperando de problemas relacionados com a saúde mental.

As atividades de promoção da saúde mental implicam a criação de condições individuais, sociais e ambientais que permitam o óptimo desenvolvimento psicológico e psicofisiológico. Ditas iniciativas envolvem a indivíduos no processo de conseguir uma saúde mental positiva, melhorar a qualidade de vida e reduzir a diferença em expectativa de saúde. É um processo habilitador que se realiza com e para as pessoas. A prevenção dos transtornos mentais pode ser conceituada como um dos objetivos e resultados de uma estratégia mais ampla de promoção de saúde mental.

As intervenções preventivas funcionam focando na redução dos fatores de risco e aumentando os fatores de proteção relacionados com os problemas de saúde mental. Ainda que há diferentes matizes de definições no campo, a prevenção dos transtornos mentais é amplamente entendida.

A prevenção dos transtornos mentais tem o objeto de reduzir "a incidência, prevalência, recorrência dos transtornos mentais, o tempo em que as pessoas permanecem com os sintomas ou a condição de risco para desenvolver uma doença mental, prevenindo ou retardando as recorrências e diminuindo também o impacto que exerce a doença na pessoa afetada, suas famílias e a sociedade " (Mrazek & Haggerty, 1994).

As limitações nos direitos humanos básicos de indivíduos e comunidades vulneráveis podem atuar como poderosos determinantes dos transtornos mentais. Portanto, não é de surpreender que muitas das medidas de prevenção efetivas estejam em harmonia com os princípios de igualdade social, igualdade de oportunidades e igualdade de atenção de os grupos mais vulneráveis.

Estas intervenções incluem melhorar a nutrição, garantir a educação primária e o acesso ao mercado trabalhista, eliminando a discriminação baseada em raça e

gênero e garantindo a segurança econômica. Quando eu comecei a trabalhar na unidade de Estratégia de Saúde da Família faz mais de um ano observei que o acompanhamento as gestantes não era o mais adequado já que as visitas domiciliares às gestantes não cumpriam com os objetivos desse tipo de atenção onde as atividades de prevenção e promoção deviam ser o elemento central de dita visita. Essas visitas se assemelhavam mais uma consulta pré-natal fora da unidade que uma visita domiciliar propriamente, onde só se avaliava sim a gestante apresentava algum tipo de doença, não se realizando as atividades que deviam-se pôr em pratica.

Na reunião da equipe de trabalho da unidade debatemos o tema e decidimos realizar uma mudança na forma em que até esse momento se havia realizado a atenção domiciliar, para lograr isto devíamos traçar estratégias de trabalho. Também se orientou aos ACS como realizar a visita domiciliar centrado em labores de prevenção, educação e promoção da saúde da gestante.

Realizou-se um banco de dados na unidade onde se recopilaram dados importantes de cada gestante. Estes foram elementos básicos para uma melhor organização e planejamento do trabalho.

Eu logrei conscientizar que a visita domiciliar era um momento privilegiado de encontro entre nosso serviço de saúde, a gestante e sua a família, onde conhecer o ambiente de moradia e a interação entre a gestante e a família implicava conhecer o mundo no qual ela se desenvolvia culturalmente que permitiria conhecer as relações e as complexidades que existem na família e entre esta e a comunidade, este conhecimento vai desde as condições socioeconômicas até as relações afetivas que se estabelecem na família e que podem incidir diretamente na evolução e resultados da gestação.

Os objetivos que nos perseguimos na visita domiciliar são identificar se há necessidade de algum auxílio para um adequado acompanhamento; avaliar se o pré-natal está sendo seguido com qualidade, procurar entender os motivos de uma possível falta de adesão às consultas ou realização de exames e, auxiliar no fortalecimento do vínculo da paciente com a família e da família com o serviço de saúde, ampliando desta forma a sua rede de apoio.

As gestantes que foram visitadas pela equipe ainda antes do começo da atenção pré-natal iniciaram as consultas dantes que aquelas que não foram visitadas antes do início do pré-natal, também aquelas gestantes visitadas pela equipe de forma regular realizaram um maior número de consultas que aquelas que eram visitadas

com menor frequência. Da mesma forma, a realização dos exames laboratoriais e clínicos foi maior naquelas visitadas com mais frequência. O acompanhamento domiciliar das gestantes, as orientações e os esclarecimentos se constituíram em momentos propícios e favoráveis para o fortalecimento do vínculo entre a família a comunidade e a equipe de saúde.

O logro da visita domiciliar com a frequência estabelecida a gestante nos permitiu fazer um rastreamento do acompanhamento da gestante pela equipe de saúde bucal e dar orientações ao respeito prevenindo alterações na saúde da gestante e seu filho, verificar a vacinação da gestante, verificar se a gestante realizou os exames laboratoriais solicitados, todas, ações de prevenção, promoção e educação neste grupo tão vulnerável.

Orientar em relação à maternidade a ser escolhida para o parto e a possibilidade de visitar o hospital para evitar situações de estresse é outra das ações realizadas por a equipe. Também esclarecemos a gestante sobre o direito ao parto humanizado que assegura a presença de acompanhante para prevenir o estresse; orientamos à gestante sobre a importância do aleitamento materno, os benefícios para ela e para o bebê, orientamos questões como alimentação saudável, atividades físicas, sexualidade, higiene pessoal e outros.

Após um ano de trabalho com a nova estratégia onde se priorizam as atividades de prevenção, educação e promoção temos conseguido melhorar os indicadores de saúde logrando maior adesão das gestantes à consulta de atenção pré-natal, maior e melhor cumprimento das orientações dadas, melhores indicadores de aleitamento materno assim como maior qualidade na atenção pré-natal.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A portaria No. 963, de 27 de maio de 2013 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma atualização em suas conceptualizações, os elementos mais relevantes implicados são:

- Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).
- Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:

- Ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial.
- Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda.
- Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência.
- Estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras

baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência.

- Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.
- Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Na unidade de Estratégia de Saúde da Família onde eu trabalho desde minha incorporação faz mais de um ano, as visitas domiciliares a ser realizadas eram agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em seu trabalho diário na comunidade assim como pelos próprios familiares dos pacientes que iam diretamente à recepção da unidade e solicitavam uma visita domiciliar para algum familiar sim que a equipe de trabalho da unidade conhecesse realmente o motivo da solicitude.

Essa forma de agendar as visitas domiciliares não era correta trazendo como consequência que muitos dos pacientes que se viam nessas visitas domiciliares realmente não tinham os requisitos para ser conceituados pacientes com necessidade desta modalidade de atendimento, muitos dos pacientes visitados eram jovens sem impedimento para agendar consultas na unidade de saúde, também em ocasiões a visita domiciliar tinha o objetivo somente de avaliar o resultado de algum exame complementar, geralmente exames de rotina solicitados por o paciente na unidade de saúde ou que ele havia realizado em algum serviço laboratorial privado.

Em ocasiões essas visitas domiciliares pretendiam servir como propósito indireto para a solicitação de atestado médico, muitas vezes de dias anteriores à visita domiciliar para justificativa para alguma empresa no caso de trabalhadores ou para escolas no caso de estudantes, é real que o princípio de universalidade dá o direito a todo paciente a receber atenção médica mas cada um deve ter sua forma específica para receber esta atenção, de forma que aqueles pacientes idosos, encamados, com algum impedimento físico, patologias psiquiátricas avançadas muitas vezes ficavam fora deste atendimento ao estar limitadas as vagas disponíveis para este tipo de atenção.

Tendo em conta esta situação nos demos à tarefa de reorganizar a Atenção Domiciliar, para isto em uma reunião da equipe de saúde da unidade traçamos estratégias para começar de forma progressiva uma mudança na forma de agendamento da visita domiciliar com relação ao que até esse momento estava a ser

executado. Nessa reunião orientamos aos agentes comunitários de saúde que na próxima reunião da equipe de trabalho deviam levar o censo atualizado de sua população idosa, pacientes com impedimentos físicos, com impossibilidade ou com dificuldade marcada para assistir ao posto de saúde, gestantes, pacientes com doenças crônicas, lactantes, puérperas, pacientes com transtornos psiquiátricos importantes, famílias disfuncionais, pacientes que consumiam algum tipo de droga ilícita, alcoólicos, pacientes em situação de rua, mães solteiras com vários filhos, adolescentes com conduta social inadequada, famílias onde tivesse alguma adolescente menor de 18 anos que tivesse filhos e qualquer outro paciente individual ou família que se considerasse como de risco ou com vulnerabilidade por qualquer situação avaliada pelos agentes comunitários de saúde, para a realização dessa tarefa os agentes comunitários de saúde tinham um mês.

Uma vez que tivemos em nossas mãos esse registro nos demos à tarefa de fazer uma programação para a atenção domiciliar com a participação de toda a equipe de trabalho da unidade de saúde.

A transportação para a realização da visita domiciliar não é um obstáculo para nossa equipe de trabalho já que a área de abrangência de nossa unidade está na mesma cidade onde se encontra a unidade de Estratégia de Saúde da Família pelo que nas oportunidades em que não temos podido contar com a transportação temos realizado a visita domiciliar caminhando o que há permitido o cumprimento da programação de trabalho não ficando nenhum paciente individual nem família sem a visita programada. Esta vantagem permitiu à equipe realizar sem nenhum problema os atendimentos domiciliares, melhorar os indicadores de saúde de um grupo importante de pessoas vulneráveis já que sempre podíamos fazer um trabalho mais direcionado a cumprir os objetivos e metas propostos.

Os pacientes que se lhes realiza o atendimento domiciliar não são unicamente da programação realizada pela equipe de saúde, também há uma quantidade de pacientes que realmente são a minoria que precisam da visita domiciliar para seu atendimento, detectados pelos agentes comunitários de saúde em seu trabalho diário na comunidade e que não temos tempo de discutir nas reuniões da equipe, esses pacientes são encachados na programação pouco dantes de que se efetue a visita domiciliar.

A função de cada um dos membros da equipe de trabalho está bem definido e é cumprido sem dificuldade. Nessa visita domiciliar realiza-se uma avaliação integral

do paciente como núcleo arredor do qual gira a problemática inicial a resolver e da família como grupo na qual está interagindo o paciente estabelecendo-se uma dinâmica familiar integradas mas ao mesmo tempo com particularidades centradas em cada um dos membros da família.

A equipe de trabalho decide a conduta a seguir com cada paciente e família e orienta a realização na própria casa do paciente se necessário de procedimentos como coleta de sangue para realização de exames de laboratório naqueles pacientes com dificuldade para se transladar ao hospital ou a realização da fisioterapia naqueles pacientes que precisem deste serviço nessas condições.

A periodicidade e frequência da visita domiciliar depende das características de cada paciente ou família e estes são visitados cumprindo as normas orientadas pelo ministério de saúde, mas principalmente atendendo a seus requerimentos reais de saúde determinados pela avaliação integral de cada caso realizado pela equipe de saúde.

Nosso município conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com especialistas capacitados e treinados no atendimento a pacientes vulneráveis que está integrado por especialistas em Nutrição, Psicologia, Reabilitador Físico, Assistente Social e outros membros que servem como apoio e sustentam o trabalho da equipe na visita domiciliar, prestos a participar da mesma se fosse necessário.

O município ademais tem um hospital municipal equipado com tecnologia moderna que também nos serve de apoio na realização de ações de saúde mais complexas aos pacientes que têm sido avaliados na visita domiciliar pela equipe de saúde.

O município conta com uma rede de transporte bem estruturada e organizada que serve como apoio essencial nos casos em que os pacientes atendidos no domicílio precisem ser transladados ao hospital ou ao NASF o que faz um círculo fechado de todo o processo onde é garantida a atenção da saúde com participação também da transportação.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao chegar ao Brasil em o mês de Abril do ano passado (2016) e ser deslocado para trabalhar na zona norte do país tive que enfrentar um número importante de situações relacionadas com a saúde das pessoas, famílias e comunidade que não era comum enfrentar anteriormente por diferentes motivos, primeiramente enfrentar um grupo de situações de saúde em doenças infecciosas transmissíveis que não existem em Cuba constituiu todo um desafio importante para mim, outro elemento ao que tive que me enfrentar foi à forma de organização do trabalho em que se dão os diferentes momentos de atuação segundo as diferentes situações, o terceiro elemento que inicialmente não entendi muito, não por ignorância, se não, por costume foi que o médico não era o centro e figura onipotente dentro e fora da unidade em os temas relacionados com a saúde.

Para minha satisfação só um mês e meio depois de começar meu trabalho iniciou-se o curso de especialização em saúde da família com a turma 14 na qual fui incluído, este acontecimento veio a ser como a estrada por onde devia-me conduzir para poder conseguir entender primeiro e depois poder pôr em prática os conhecimentos e habilidades que iria adquirindo ao longo do curso e que constituiria a ferramenta sem a qual não poderia enfrentar nem resolver os diferentes problemas, alguns dos quais de grande complexidade que enfrentaria ao longo de meu trabalho diário.

O curso de Especialização em Saúde da Família que estou a fazer e que está próximo de terminar depois de um ano tem sido de grande importância e de necessidade inequívoca, a experiência atingida por mim depois de mais de 25 anos de médico e a grande maioria deles dedicado à atenção primária de saúde há servido para modificar visões centradas em o tecnicismo e virar ao papel preponderante que a equipe de trabalho da unidade tem um rol importante na solução dos problemas de saúde apresentados, onde conhecemos que a comunidade joga um papel muito importante e quase decisório na solução de seus próprios problemas de saúde, isto já estava claro para mim desde fazia muito tempo, as verdadeiras mudanças com relação ao que eu tinha aprendido e aplicava era que o médico era a decisiva chave, central, quase onipotente arredor do qual deviam girar e portanto amoldar-se todas as decisões provenientes de qualquer outro profissional da saúde do equipe cujo

trabalho estava em o rádio de ação do médico. O curso gerou uma grande reflexão e mudança da minha mentalidade ao demonstrar-me não só teoricamente se não também na prática que se a tomada de decisões não se gerava em o seio da equipe de trabalho onde a cada um de seus membros teria igual poder decisório tendo em conta que cada um está especializado em uma área em particular, que ainda que seja do conhecimento dos outros membros da equipe ninguém superaria em experiência a esse membro da equipe em sua área específica.

Aprendi neste curso que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eram tão importantes como o médico ou a licenciada em enfermagem e que em não poucas ocasiões os critérios desse ACS e não o de outro membro da equipe com maior hierarquia administrativa foi o que implicou à solução de variados e complexos problemas de saúde apresentados na comunidade.

Este curso abordou conteúdos relevantes para minha educação continuada. A traves de processos de ensino-aprendizagem reforcei e aprendi novos e valiosos conhecimentos que objetivaram uma formação voltada para a Atenção Primária de Saúde como palco principal onde se livra a batalha pela melhoria da saúde das pessoas, famílias e comunidades. A metodologia utilizada no curso conseguiu que eu percebera os problemas reais de meu cotidiano, de minha comunidade, onde tive que tentar soluções adequadas, originais, criativas e apropriadas à realidade de meu território de abrangência.

O Eixo I que tratasse da Saúde Coletiva gerou conhecimentos importantes nas áreas de atuação coletiva, tanto de gestão e planejamento do trabalho dá unidade de saúde, como na assistência aos pacientes; fortaleceu o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a necessidade de conhecimento do território e dá população para nosso planejamento das diferentes etapas de trabalho conseguindo uma melhor forma de organização do atendimento diário.

E muito importante ter estudado os tópicos do Eixo I onde se encontra toda a base conceptual, legal e administrativa relacionada com o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), o conhecimento das estruturas do sistema de saúde, função de cada uma de suas partes, interrelação destas partes, sistema estatístico e de informação e outros muitos temas conseguiram uma mudança significativa para mim em relação ao trabalho diário que faço na unidade de saúde, o desconhecimento das leis não eximem de seu cumprimento nem de responsabilidade, por isso agora conto com as ferramentas necessárias para logar uma melhor organização do trabalho, conhecer o

alcance da cada ação que desenvolvo e sobretudo logar um maior empoeiramento dos conhecimentos relacionados com a saúde coletiva para lhe brindar à comunidade um serviço de maior qualidade.

Não Eixo II acerca do Núcleo Profissional se aborda as diferentes situações propriamente relacionadas com as doenças, onde se expôs a forma de manejo dos casos complexos, aqui aprendi em alguns casos e reforce em outros o manejo adequado da cada doença desde o ponto de vista integral, conseguir adquirir novos conhecimentos, mudar alguns e reforçar outros que me serviram para o enfrentamento diário dos casos que eu atendo na unidade de saúde em procura de conseguir melhorias em seu estado de saúde. Doenças infecciosas transmissíveis abordadas em este eixo, por exemplo, não existem em Cuba e outras se encontram em um nível muito baixo pelo que a experiência em o manejo destas doenças foi conseguido graças ao curso que depois têm sido complementadas com a busca de outros conhecimentos na literatura disponível em internet más que indubitavelmente o curso me empoeiro dos conhecimentos para seu melhor manejo.

O curso constituiu o palco ideal para que se conseguisse uma inter-relação entre os diferentes colegas deslocados em diferentes municípios do estado e inclusive com colegas de outros estados pertencentes à mesma universidade já que se transformou em uma prática habitual a discussão de casos complexos entre vários colegas a traves das diferentes plataformas de comunicação que se geram em internet. Também serviu para que se conseguisse uma maior inter-relação não só de trabalho, se não em o âmbito pessoal entre os diferentes colegas e os membros da equipe de trabalho da unidade de saúde conseguindo com esta conduta uma maior harmonia e sincronização entre ditos membros o qual facilitou em maneira notável a tomada de decisões em coletivo à hora de enfrentar uma situação relacionada com a saúde individual ou coletiva em nossa comunidade.

Há que destacar que enfrentamos muitas dificuldades ao encarar a realização deste curso, em não poucas ocações acreditava que não lograria chegar ao final do curso com resultados adequados, durante o transcurso do mesmo tive que enfrentar não poucas adversidades, obrigado ao empenho de um grupo de professores e tutores entre os que se encontram a professora Juliana Gonçalves e a professora Adriana Paz que desde ou início do curso deram para mim um grande apoio, deram muitos conselhos e estimularam grandemente meu espírito para seguir adiante com a difícil tarefa da realização do curso, a professora Aline Macarevich Condessa que

foi de grande ajuda para mim na recuperação das atividades do Eixo I e que logrou me incentivar na realização dessas atividades de recuperação quando me sentia muito agoniado, ao professor Warley Aguiar Simões conduzindo de forma acertada o Eixo II do Núcleo Profissional como tutor assim como lhe agradecer suas recomendações na realização do Portfolio, também à professora Denise Macedo Miranda e a outros muitos professores que fazem parte do coletivo de trabalho da Universidade de Porto Alegre.

Quero agradecer igualmente nossa supervisora do ministério de saúde a doutora Waltair Pereira por seus conselhos relacionados com a especialização, agradecer aos membros de Apoio Acadêmico que de forma tão gentil estiveram prestos a resolver qualquer situação que se apresentasse. Eu tenho que dizer que a equipe toda dá universidade relacionado com o curso foi de uma ajuda incalculável sem cujo apoio não tivesse podido lograr o objetivo da realização do curso.

Temos que destacar também que contamos com a valiosa ajuda da Prefeitura Municipal de Vitoria do Xingu, principalmente do senhor prefeito José Caetano Silva de Oliveira que coloco todo seu empenho em que eu fizera ou curso nas melhores condições possíveis segundo suas possibilidades, em particular quero destacar o apoio prestado pela secretária municipal de saúde de Vitoria do Xingu e em especial a seu Vice-secretário o senhor Vinício.

Dante o curso temos tido que enfrentar a situação complexa do internet que tem sido muito difícil, outra situação complexa foi que durante o mês de janeiro não pude participar na primeira convocatória para realizar a prova presencial do Eixo 1 já que se haviam produzido em meu município eleições para prefeito e havia sido eleito um novo prefeito com todo o envolvimento organizativo e de outras índoles que isso acarreta entre o novo e o velho governo pelo que a secretária de saúde não estava em condições econômicas de comprar minha passagem, essa situação gerou em mim estado de ansiedade e frustração ao mesmo tempo já que após eu ter estudado durante muito tempo para me apresentar à prova não pude assistir, pois fui de férias a cuba no mês de março e quando volte me foi muito difícil me preparar novamente para a prova de recuperação que se efetuou no final do mês de maio já que desde os primeiros dias de maio não contamos com internet para realizar tanto as tarefas quanto o estudo de preparação para enfrentar as provas de recuperação o qual fez que novamente se criasse em mim um grande estado de ansiedade com relação a minha participação na prova de recuperação. Como vem são situações que têm

conspirado em contra da realização de forma adequada do curso apesar do qual o sacrifício, esforço e empenho apoiados pela equipe de trabalho da universidade que participa como professores e tutores do curso têm feito que tenha chegado até aqui ficando somente pendente a defesa do TCC.

O curso demandou um grande esforço ao ter que combinar as atividades do mesmo com o trabalho próprio da unidade de saúde na qual trabalho, 8 horas semanais para um curso de essas características com grande conteúdo de temas, legislações, leis, portarias, doenças desconhecidas ou pouco conhecidas por mim e um idioma diferente ao meu há demandado muito mais que essas 8 horas semanais e lhe tive que dedicar horas noturnas, horas de descanso, horas os fins de semana, etc. para poder estar ao nível do mesmo. O curso tem requerido um grande esforço e grandes tensões, mas valeu a pena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
- Guimarães RM, Andrade SS, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FV. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(2):83-9
- Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Hypertens. 2012;14(11):792-6
- Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2):297-304.
- Scala LC, Braga FD Jr, Cassanelli T, Borges LM, Weissheimer FL. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. Arq Bras Cardiol. 2015;105 (3 supl 1):20.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arq Bras Cardiol. 2011;97 (3 supl.3):1-24.
- KALIL & FUSTER. Medicina cardiovascular, reduzindo o impacto das doenças. São Paulo: Editora Atheneu, 2016. 1883 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança; Nutrição Infantil, Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.(Cadernos da Atenção Básica, n 23).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Básico de Imunizações. 2011.
- Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev Rene. 2013;14(4):694-703
- Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. Rev Enferm UFSM. Janmar 2014;4(1):206-16
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

- Vasconcelos MV, Frota MC, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery [internet]. 2012 abr-jun [Cited 2013 oct 30] 16 (2) 326-331.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e reprodutiva. Ministério da Saúde, 2010; cap 11(Cadernos da Atenção Básica, n 26).
- Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico de atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRONDANI, J.E. et al. Percepções das Gestantes acerca da sala de espera em uma Unidade Básica de Saúde Integrada a Estratégia de saúde da Família. Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza- CE, 2013: V 26, núm 1, p. 66- 70.
- LUCIANO, M. P.; SILVA, E. F. da; CECCHETTO, F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. Revista de Enfermagem UFPE online, 2011; v. 5, n. 5, p. 1261-1266.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO; 2012.
- PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF. 2012; V.65, Num. 2, p. 257-63.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Pereira, V. T. A psicologia no mundo da vida: Representações sociais sobre os (as) usuários(as) do CRAS. 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/72768>.
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2012; 15(3), 560 – 572.
- Vidal, C. E. L, Yanez, B. F. P., Chaves, C. V. S., Yanez, C. F. P., Michalaromichs, I. A., & Sousa, L. A. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres Caderno de Saúde Coletiva, 2013; 21(4), 457-464.
- Rocha, S. V., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G. & Júnior, J. S. V. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2012; 15(3), 560-572.
- Thiengo DL, Fonseca D, Lovisi GM. Satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. Cad Saude Colet. 2014; 22(3):233-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030003>.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

MIGUEL ROJAS PORTES

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VTX1.**

VITORIA DO XINGU

2016

RESUMO

O projeto é uma proposta de intervenção educativa que tem como objetivo tentar diminuir a incidência da gravidez na adolescência, problema de saúde que é muito frequente no Brasil e no mundo todo, que constitui também um evento frequente em nossa área de abrangência. Para alcançar nossos objetivos identificaremos as adolescentes compreendidas na faixa etária de 12 a 19 anos com as quais organizaremos atividades educativas e dessa forma tentar diminuir a quantidade de gravidez na adolescência. Para o cumprimento dos objetivos confeccionaremos uma agenda de trabalho onde faremos palestras referentes aos diferentes aspectos relacionados com a gestação durante a adolescência, como causas, desenvolvimento, complicações e outros aspectos que serão objeto de nosso estudo. Após concluída a intervenção os resultados serão avaliados para o qual se criará um indicador que permitirá a equipe de trabalho avaliar o comportamento da gravidez durante a adolescência nas etapas prévias e posterior a intervenção educativa, se criará também uma escala de valores quantitativos para avaliar os resultados em porcentual em dependência dos resultados do indicador. Com nosso trabalho, tentaremos diminuir este importante e frequente problema de saúde até valores abaixo de um 40 % conhecendo que nestes momentos tem uma elevada incidência.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência cronologicamente como o período compreendido entre 10 e 19 anos (WHO, 2002), no qual acontecem grandes mudanças, tanto físicas como psíquicas (MIOTTO, 2005). Nesse processo de transformação, marcado por especificidades emocionais e comportamentais, o adolescente vivencia a sexualidade apresentando uma série de desejos e conflitos que podem repercutir na sua saúde sexual e reprodutiva (GUBERT; MADUREIRA, 2008).

Denomina-se gravidez na adolescência a gestação ocorrida em jovens de até 19 anos que se encontram, portanto, em pleno desenvolvimento da vida⁽¹⁾. A gestação na adolescência é considerada uma situação de risco tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Alguns autores observam que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante a gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias⁽²⁾.

O conceito de risco, anteriormente considerado apenas como biológico e médico, amplia-se para introduzir maior abrangência, envolvendo aspectos de naturezas social e comportamental. Associa-se naturalmente ao conceito de vulnerabilidade, à maior probabilidade de dano individual e social, e introduz o mecanismo de prevenção, ou seja, de proteção contra fatores que podem alterar para pior a qualidade de vida individual, familiar e da comunidade⁽³⁾.

Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, desproporção céfalo-pélvica e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (Belarmino, Moura, Oliveira, & Freitas, 2009; Freitas & Botega, 2002; Furlan e cols., 2003; Michelazzo e cols., 2004; Silveira, Oliveira, & Fernandes, 2004; Yzalle e cols., 2002). Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (Caputo & Bordin, 2007; Chalem e cols., 2007; Gama, Szwarcwald, & Leal, 2002; Kassar, Lima, Albuquerque, Barbieri, & Gurgel, 2006; Mitsuhiro, Chalem, Barros,

Guinsburg, & Laranjeira, 2006; Sina, Valdivieso, & Del Pino, 2003). Quanto à evolução da gestação, outras complicações podem ser infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros)⁽⁴⁾.

Caputo e Bordin (2008) apresentaram em seu estudo que a população mundial de adolescentes já passou de um bilhão. Estima-se que 60 de cada 1.000 meninas de 10 a 19 anos tornam-se mães, correspondendo ao nascimento de 17 milhões de bebês a cada ano. Segundo IBGE (2000) no Brasil, a população feminina entre 10 e 19 anos já ultrapassa os 17 milhões.

Diversos aspectos estão envolvidos no aumento de casos de gravidez na adolescência, tais como: influência dos meios de comunicação e da mídia, redução de tabus e inibições sexuais, falta de diálogo e desestruturação familiar, distanciamento entre os conteúdos ministrados em sala de aula e a realidade, menarca precoce, autoafirmação e a gravidez como ritual de passagem da adolescência para a idade adulta (MENDONÇA; ARAÚJO, 2009).

No Brasil, os adolescentes iniciam a atividade sexual sem se preocuparem com as formas de prevenção, como o uso de pílula ou da camisinha e muito menos com as suas principais consequências: Gravidez e DST/AIDS (AQUINO *et al.* 2010). Os estudos de Borges e Schor (2005), mostram que a gravidez indesejada chega a uma proporção de 50 % entre adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil.

É importante mencionar que a maior incidência da gravidez é entre jovens pobres e de menor escolaridade, isso mostra a dificuldade de acesso às informações sobre contracepção e aos insumos contraceptivos. No entanto, o conhecimento sobre métodos contraceptivos não garante seu uso. A maioria das adolescentes pratica a primeira relação sexual sem nenhuma proteção, o que pode ser resultado de um modelo de socialização que nega às mulheres o exercício da sexualidade, fazendo com que as meninas não desenvolvam habilidades para falar de sexo e sintam-se pouco à vontade para abordar o tema com o parceiro, até mesmo sem se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis (VILLELA; DORETO, 2006).

As tentativas de prevenção devem levar em consideração o conhecimento dos chamados fatores predisponentes ou situações precursoras da gravidez na adolescência, tais como: baixa autoestima, dificuldade escolar, abuso de álcool e

outras drogas, comunicação familiar escassa, conflitos familiares, pai ausente e ou rejeitador, violência física, psicológica e sexual, rejeição familiar pela atividade sexual e gravidez fora do casamento. Tem sido ainda referidos a separação dos pais, amigas grávidas na adolescência, problemas de saúde e mães que engravidaram na adolescência⁽⁵⁾

Conforme Caputo e Bordin (2008) o menor grau de escolaridade das mães adolescentes é uma das principais consequências da gravidez nesta faixa etária. Isso leva a condições que dificultam a superação da pobreza, como menores qualificações e chance de competir no mercado de trabalho e a submissão ao trabalho informal e mal remunerado.

Embora muitas vezes a adolescente já tenha parado de frequentar a escola antes de engravidar, é comum que o abandono escolar aconteça durante a gravidez. Com frequência as mães adolescentes não voltam a estudar.

O apoio da família á adolescente grávida é de fundamental importância. Não há dúvida de que a parentalidade na adolescência agrava sobremaneira a dependência familiar dos jovens, em todos os sentidos. O apoio financeiro, doméstico e afetivo permite que eles superem muitos obstáculos e enfrentem os desafios da carreira escolar e profissional, da convivência com o parceiro e familiares dele (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

PROBLEMA CIENTÍFICO

A gravidez na adolescência constitui um importante problema de saúde pública não só pelos transtornos orgânicos próprios da juventude materna, se não, que também estão implementados fatores socioculturais e econômicos que comprometem o binômio mãe e filho. Seus indicadores são alarmantes e manifestam uma clara problemática, com importantes riscos para a saúde e a vida da mãe como do bebê durante a etapa da gravidez, parto, puerpério e em etapas posteriores.

JUSTIFICATIVA

Na atualidade a gravidez durante a adolescência constitui um problema para a saúde pública dos estados, gerando grandes despesas econômicas devido à enorme vulnerabilidade biopsicossocial das gestantes adolescentes com um aumento marcado das consultas e os rendimentos hospitalares se comparado com as

gestantes adultas. A falta de conhecimentos sobre a sexualidade está em relação com a gravidez na adolescência. A fecundidade entre as adolescentes é mais alta nos países em vias de desenvolvimento e entre as classes sociais com maior carência. O risco potencial para as adolescentes de ficar grávidas está condicionado pela ocorrência de relações sexuais cada vez mais precoces em relação com uma diminuição da idade média da menarquia.

Em países em vias de desenvolvimento proporcionalmente a gravidez na adolescência é maior que nos países desenvolvidos. A Gravidez na adolescência constitui um grave problema de saúde com complicações maternas e fetais de incalculáveis consequências que vão desde os casos de morbidade materna ou fetal até a morte de um ou dois sujeitos implicados na gestação pelo que decidimos realizar essa intervenção educativa para lograr melhorar os indicadores de saúde nesse grupo de pacientes.

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

A relevância deste projeto de intervenção consiste em que tenderemos no futuro uma ferramenta de incalculável valor que permitirá modificar os indicadores negativos e diminuir o impacto que desde o ponto de vista pessoal, social, económico, cultural, comunitário e de outros tipos condiciona a gestação durante a adolescência.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma intervenção educativa para diminuir a incidência da gravidez na adolescência na comunidade pertencente à Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) “VTX1” do município Vitória do Xingu do estado Pará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais variáveis demográficas presentes nas gestantes adolescentes estudadas.
- Determinar os fatores de riscos que implicam à gravidez nas adolescentes.
- Identificar o nível de conhecimento que possuem os adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais e outras medidas de prevenção da gravidez na adolescência.
- Aplicar um plano de estratégia educativa sobre a base das necessidades de aprendizagem identificadas nos adolescentes para a redução da incidência da gestação na adolescência.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes após aplicadas as estratégias educativas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar do fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez. Além disso, fatores como a diminuição global para a idade média para menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário de risco que colabora para o aumento dessas taxas.

A gravidez na adolescência é considerada um sério problema de saúde pública que pode trazer repercussões para a vida das adolescentes envolvidas, de seus filhos que nascerão e de suas famílias (BORGES; SCHOR, 2005). O fenômeno da gravidez na adolescência não é novo. Novas são as formas de compreendê-lo, segundo o pensamento da sociedade ocidental moderna. A análise deste fenômeno nas camadas populares exige um entendimento que depende das determinações econômicas e socioculturais, bem como dos diferentes valores de cada segmento que interagem em nossa sociedade (Menezes, 1996).

A parentalidade na adolescência tem exigido de jovens a adoção de novas responsabilidades como o ato de assumir uma família. Para os jovens, a paternidade na adolescência demandou a interrupção dos estudos antes do planejado, visto que na tentativa de dar um suporte para a família, muitos jovens restringem-se ao ambiente domiciliar no sentido de cuidar do filho ou se inserem no mercado de trabalho como garantia do sustento familiar (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Diante dessa transição repentina, no seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa. A maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumir adequadamente esta nova função (MOREIRA *et al.* 2008). Além do despreparo da jovem mãe, esta também enfrenta o abandono do parceiro, o que significa vivenciar a criação do filho sem o apoio paterno (VILLELA; DORETO, 2006).

Uma adolescente que não usa nenhum método contraceptivo tem 90% de chance de engravidar em um ano. Mas como os adolescentes em geral têm relações sexuais esporadicamente, isso pode dar uma falsa sensação de segurança

(Newcombe, 1999; Machado e Paula, 1996). É considerado redutor descrever a gravidez adolescente como um grupo homogêneo de risco, já que este é um fenômeno que ocorre em uma variedade de transações possíveis e a vulnerabilidade de um dos elementos (por exemplo, mãe/bebê) poderá ser minimizado pela potencialidade de outros que, poderão funcionar como fatores protetores.

De acordo com Rutter (1985, 1987) os fatores de proteção são compreendidos como aqueles que modificam, melhoram ou alteram as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Os atributos disposicionais das pessoas, a rede de apoio social e a coesão familiar são fatores protetivos que quando presentes contribuem para o enfrentamento do risco (Masten & Garmezy, 1985). Na vivência da gravidez na adolescência quanto maior o número de recursos internos e externos, maior a possibilidade de sucesso da unidade familiar, o risco poderá ser maximizado ou minimizado perante outras variáveis (Figueiredo, 2000).

O abandono dos estudos é uma realidade frequente entre adolescentes grávidas, uma vez que a gravidez funciona como uns ritos de passagem para a idade adulta e os próprios familiares desencorajam a adolescente a continuar na escola. (AMORIM *et al.* 2009).

Deve-se ressaltar que o fenômeno da gravidez na adolescência é uma questão complexa, portanto é necessário problematizar os discursos homogêneos relativos a esse tema, considerando-se a diversidade da situação econômica e social dos jovens (Rohden 2007).

A gravidez na adolescência, habitualmente, é considerada de risco, perigosa, inapropriada e inadequada para os interesses dos jovens, particularmente por afetar preferencialmente meninas que vivem na pobreza, em países pouco desenvolvidos⁽⁵⁾. Embora as taxas de fertilidade neste período, ao contrário do que se afirma em muitos trabalhos, estejam decrescendo em perspectiva global, aproximadamente 18 milhões de meninas abaixo de 20 anos dão à luz a cada ano⁽⁶⁾. Dois milhões delas estão com menos de 15 anos⁽²⁾. Uma das razões que poderiam explicar tais números exuberantes está na constatação de que, na história da humanidade, esta é a maior coorte de adolescentes e jovens de todos os tempos.

Conforme Caputo e Bordin (2008) o menor grau de escolaridade das mães adolescentes é uma das principais consequências da gravidez nesta faixa etária. Isso leva a condições que dificultam a superação da pobreza, como menores qualificação

e chance de competir no mercado de trabalho e a submissão ao trabalho informal e mal remunerado. Outra implicação da gravidez na adolescência observada no estudo é o medo que a adolescente tem de cuidar do filho. Esse medo decorre principalmente pela falta de maturidade das adolescentes (ANDRADE; RIBEIRO; OHARA, 2009).

Também são muito frequentes na gravidez da adolescente as implicações obstétricas e neonatais. Clinicamente, tem-se mostrado que há uma associação entre gravidez precoce e aumento de intercorrências obstétricas e/ou neonatais, tais como morte materna, índices de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso de recém-nascidos (KASSAR *et al.* 2005).

Entre os problemas neonatais destaca-se o baixo peso ao nascer (BPN), esta situação está associada às adolescentes de 10 a 15 anos, provavelmente pelo baixo peso materno anterior à gestação, ganho ponderal insuficiente, conflitos familiares e existenciais que retardam a procura pela assistência pré-natal, maior incidência de anemia e infecções e incompleto desenvolvimento nos órgãos reprodutivos, que podem acarretar insuficiência placentária, prejudicando as trocas materno-fetais além do fato de que os efeitos de uma gravidez na adolescência antes de o próprio desenvolvimento materno se completar poderiam estar associados com o risco aumentado de parto pré-termo e BPN (SANTOS; MARTINS; SOUSA, 2008).

Outras consequências da gravidez na adolescência seriam eventuais problemas de saúde para a mãe e a criança. Quanto à saúde física das mães, os problemas médicos mais citados são anemia, hipertensão arterial, complicações no parto, disfunções uterinas, infecções durante a gravidez, hemorragias pós-parto e mortalidade (MAGALHÃES *et al.* 2006).

De acordo com a pesquisa de Berlofi *et al.* (2006), quanto mais jovem a adolescente, maior parece ser o risco de complicações físicas e morte, especialmente até os 15 anos, porque o organismo ainda está se desenvolvendo. Dados do Ministério da Saúde do Brasil mostram um importante número de mortes relacionadas com a gravidez em adolescentes cada ano. Essas mortes, além das causas obstétricas, podem estar relacionadas com a tentativa de aborto, comum em adolescentes grávidas. Além da morte das mães, observa-se que a morte infantil é maior em crianças nascidas de adolescentes com menos de 15 anos, quando comparadas com as mulheres com idade entre 25 e 29 anos.

Apesar de todos os riscos, é fundamental informar que a maioria dos problemas decorrentes da gestação em mulheres muito jovens poderia ser evitada com um pré-

natal eficiente. Entretanto, pesquisas descrevem que mulheres que engravidam muito novas geralmente tentam esconder a gravidez e simplesmente não realizam o pré-natal no momento adequado⁽⁶⁾.

4. METODOLOGIA

Realizaremos um estudo de intervenção educativa que se executará utilizando métodos qualitativos para conseguir um maior conhecimento em os adolescentes respeito da gestação em essas idades para assim conseguir uma prevenção da gravidez na adolescência na área de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) VTX1 do município Vitória do Xingu, estado Pará com prévia caracterização da mesma.

Para conseguir os objetivos propostos realizaremos um conjunto de atividades que servirão de preparação para a execução das ações que permitiram a equipe de trabalho alcançar a meta do cumprimento do projeto de intervenção para o qual dividiremos o trabalho em vários momentos.

- Primeiro momento: A equipe de trabalho que participa no projeto fará uma preparação ampla do tema para conhecer os aspectos desta problemática na literatura atualizada disponível para adquirir a maior quantidade de conhecimento na preparação do tema. Recoletaremos informação documental através de material investigativo, livros, material noticiário e internet. Se recolherá informação de campo através de questionário.
- Segundo momento: Serão avaliados em reunião com os integrantes da equipe de trabalho que participará no projeto os materiais e recursos que se precisaram para a execução do projeto, se solicitara apoio a outras instituições para a obtenção de os recursos necessários. Se organizará e planejará o modo de execução do projeto.
- Terceiro momento: Planejaremos a identificação da população onde vai dirigida a intervenção educativa através do trabalho dos agentes comunitários de saúde. A gestação na adolescência é um tema muito importante para as famílias, pelo que, os agentes comunitários de saúde devem tentar garantir a participação de alguns dos pais ou tutores da adolescente durante todo o

processo de preparação e implementação do projeto.

- Quarto momento: Neste momento é onde as atividades planejadas pela equipe de saúde devem ser executadas para lograr os objetivos propostos de aumentar de maneira ostensível os conhecimentos dos adolescentes com respeito a gestação na adolescência depois de uma preparação rigorosa. Estas atividades se realizarão em forma de palestra por os diferentes membros da equipe de saúde.
- Quinto momento: Neste momento se realizará a comprovação do projeto com relação a os resultados para conhecer se os mesmos se correspondem com os resultados esperados com relação a redução da gestação nas adolescentes.

Para este propósito criaremos um medidor da efetividade do projeto na forma de um indicador o qual aplicaremos durante a intervenção para medir o comportamento durante a intervenção e logo avaliar novamente depois da intervenção para comparar os resultados e conhecer a efetividade da intervenção.

No medidor da efetividade da intervenção contem aspectos de tipo quantitativo. Para considerar resultados maus com a intervenção decidimos o valor de 50 %, regular o resultado entre 49 e 40 % e resultados bons se conseguimos que menos do 40 % das gestantes esté compreendidas entre as idades de 12 e 19 anos. O resultado será expressado em porcentagem para comparar o comportamento da gestação na adolescência em relação a intervenção feita.

Para a coleta dos dados se confeccionará um questionário segundo bibliografia consultada, que responda aos objetivos da investigação, se aplicará durante e depois da intervenção educativa. Por ser uma técnica de investigação na qual se utilizam perguntas de tipo fechada destinadas um grupo de pessoas, com o fim de dar clareza a uma incógnita ou situação, as perguntas devem ser idênticas para todas as pessoas interrogadas. Através dos questionários coletaremos dados ao respeito do problema que permitam ser analisados qualitativamente, o questionário deve ser fácil e na maioria dos casos aceita. Os grupos de idades, os antecedentes pessoais e familiares de gravidez na adolescência, o número de partos e abortos, a estabilidade nas relações de casal, a paridade, o uso de anticonceptivos orais, os dispositivos intrauterinos e os anticonceptivos injetáveis, o uso de camisinha, o método do ritmo e coito interrupto e o conhecimento sobre os fatores de risco biológicos e psicossociais da gravidez na adolescência serão entre outras as variáveis que se estudarão. A

análise da informação será realizada utilizando as medidas de resumo, meia aritmética, razões e percentagens; a informação se apresentará em forma de quadros estatísticos. Serão elaborados com base na hipótese, aplicando técnicas estatísticas que permitam avaliar a qualidade dos dados, comprovar a hipótese e obter conclusões.

Analisados os resultados do questionário inicial se procederá a desenhar a estratégia da intervenção educativa. As sessões de trabalho se realizarão com uma frequência quinzenal e uma duração de 4h.

Concluída a intervenção educativa, se aplicará o questionário novamente e ambos constituirão o registro primário de dados que serão processados em um computador Lenovo compatível com o pacote de programa Microsoft office e sistema operacional Windows 7 para confeccionar o arquivo e expressar as estatísticas em número e porcentagens. Finalmente os resultados serão expostos em tabelas e gráficos.

O universo de estudo serão as adolescentes compreendidas entre as idades de 12 e 19 anos, com prévio consentimento informado.

Critérios de inclusão:

- Adolescentes de 12 a 19 anos que morem na área de abrangência da unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família (ESF) VTX1 do município Vitória do Xingu.
- Adolescentes que sejam autorizadas por seus pais ou tutores a participar no estudo e que queiram participar no mesmo.
- Adolescentes sem impedimento mental. Critérios de exclusão:
- Adolescentes impossibilitadas mentalmente para responder o questionário.
- Adolescentes não autorizadas por seus pais ou tutores a participar no estudo.
- Adolescentes que não desejem participar no estudo.

5. CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

Ações	Novembro/30/ 2016	Dezembro/31/ 2016	Janeiro/31/ /2017	Fevereiro/28/ 2017	Agosto/31/ 2017
Preparação do tema	x				
Determinação dos recursos		x			
Identificação das adolescentes 12 a 19 anos		x	x		
Aplicação das encuestas				x	
Comprovação dos resultados					x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA DESENVOLVER O PROJETO

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 5 Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeira, 1 Médico.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Folhas com material das palestras;
- Canetas;
- Impressora com tinta;
- Regatinha;
- Internet com todos os componentes que se precisam para a utilização deste para a busca da informação, revisão da literatura sobre o tema e revisão de outros trabalhos de intervenção.
- Energia.
- Mesa para computador, cadeiras.
- Outros materiais de oficina.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto de intervenção trata-se de modificar o comportamento das adolescentes relacionado com sua vida sexual e reprodutiva o qual é uma tarefa difícil tendo em conta os padrões sociais e culturais que tem a população.

Com a aplicação desta intervenção educativa mediante a utilização de numerosos recursos humanos e materiais tentaremos lograr os objetivos propostos e alcançar as mudanças necessárias nas adolescentes que pertencem a unidade de estratégia da saúde da família VTX1 do município Vitória do Xingu. Este tema tem muita vigência e atualidade tendo em conta que a população adolescente atendida em nossa área de abrangência não tem com clareza uma verdadeira percepção do risco que implica uma gestação nesta idade o qual constitui um problema de saúde gerando um elevado número de gestantes adolescentes atendidas em nossa unidade de saúde por esse motivo.

A equipe de saúde tem certeza da existência do problema porque o tempo todo nós enfrentamos esta problemática o que é um fator favorável para a obtenção dos resultados esperados com a realização desta intervenção educativa.

Acreditamos que depois da aplicação da intervenção, em um período de seis meses ou um ano consiga-se uma redução importante da incidência da gestação na adolescência, diminuindo este importante problema de saúde e conseguindo resultados positivos segundo os indicadores do projeto de intervenção.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ARIANE MN, LORENA CM, SILVA SR. Práticas educativas com gestantes adolescentes visando a promoção, proteção e prevenção em saúde. Rev Min Enferm, 2015; 19(1):241-244. 2.
- AZEVEDO WF, DINIZ MB, FONSECA ES et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein, 2015; 13(4):618-626.
- COSTA CC, CARVALHEIRA APP, GOMES CB et al. Gestantes adolescentes precoces e tardias e resultados neonatais: estudo de coorte. Revista online Brazilian Journal of Nursing, 2013; 12(4). 9.
- QUEIROZ MVO, BRASIL EGM, ALCÂNTARA CM et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. Revista Rene, 2014; 15(3): 455-462.
- SANTOS PFBB, SANTOS ADB, MOTA GM et al. Significados da maternidade/paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. Revista Enfer.Cent.O.Mim, 2015; 5(2): 1629-1642
- SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "Gravidez na adolescência"; Brasil Escola. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/biologia/gravidez - adolescência>. Acesso em 09 de marco de 2017.

APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário (Perguntas e Respostas)

Perguntas	Sim	Não
1. ¿Conhece qual é a idade em que a mulher está preparada para começar as relações sexuais?		
2. ¿Mora com seus pais?		
3. ¿Teve problemas familiares que lhe fizessem procurar casal?		
4. ¿Acha que se tem relações sexuais pela primeira vez é difícil ficar grávida?		
5. ¿Recebeu apoio e aceitação de sua família na infância e adolescência?		
6. ¿Seus pais preocuparam-se por dar a você uma boa educação sexual?		
7. ¿Recebeu educação sobre sexualidade na escola?		
8. ¿Conhece que é a menarca?		
9. ¿Conhece as implicações familiares, sociais e na perspectiva de vida da gestação durante a adolescência?		
9. ¿Conhece as possíveis complicações da gestação durante a adolescência para a gestante e para o bebe?		
10. ¿Conhece o aparelho reprodutor feminino e como funciona?		
11. ¿Conhece o aparelho reprodutor masculino e como funciona?		
12. ¿Conhece os métodos anticonceptivos?		
13. ¿Tem utilizado algum método anticonceptivo?		
14. ¿Conhece como utilizar os métodos anticonceptivos?		
15. ¿Conhece as doenças de transmissão sexual?		

Apêndice 2. Tabela 1

Comportamento da Gravidez na Adolescência ESF VTX1. 2016.

Bairros e Comunidades	Gravidez na Adolescência			
	Seis meses antes		Seis meses depois	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Barrio centro				
Barrio Invasão I				
Barrio Invasão II				
Total				

Apêndice 3. Tabela 2 Resultados do Indicador:

Bairros e Comunidades	Gravidez na Adolescência			
	Seis meses antes		Seis meses depois	
	Frequência Absoluta	Indicador	Frequência Absoluta	Indicador
Barrio centro				
Barrio Invasão I				
Barrio Invasão II				
Total				

ANEXO 2 – OUTROS ANEXOS

Unidade de Estratégia de Saúde da Família VTX1



Mural informativo

