



PRISCILLA MENDES MORALES DOS SANTOS

QUALIFICAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESF VILA REAL

**PORTO ALEGRE- RS
2017**



PRISCILLA MENDES MORALES DOS SANTOS

QUALIFICAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESF VILA REAL

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: Cynthia Ramos

**PORTO ALEGRE- RS
2017**

RESUMO

A criação de ações estratégicas voltadas para a promoção da saúde do adolescente deve requerer o envolvimento de sujeitos e coletivos criando um ambiente saudável que pode não somente reduzir o adoecimento, mas comprometimento por parte dessa população. Independente do motivo (mudanças no desenvolvimento corporal, diferenças comportamentais, questões estéticas, curiosidades e/ou dúvidas sobre o início da vida sexual) que o adolescente busque o serviço de saúde, a equipe de saúde deve estar preparada para atender as necessidades do adolescente. Portanto, é importante que consigamos conhecer e compreender o adolescente, entender os espaços que ele frequenta, para organizar todas as ações de saúde voltadas para esse público por conta de tudo isso decidimos como equipe criar um grupo voltado para meninas de 9 a 16 anos com a finalidade de brindar informação na apenas das mudanças corporais e mentais que ocorrem na adolescência, mas também brindar informação sobre anticoncepção, gravidez na adolescência entre outros temas.

Descritores: Atenção Primária, Adolescente, Grávidas na adolescência, Prevenção em Saúde, Saúde do adolescente.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4. VISITA DOMICILIAR	11
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
REFERÊNCIAS	16
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	17

1. INTRODUÇÃO

Sou médica do Programa Mais Médicos (PMM) desde Maio de 2016, lotada na Estratégia da Saúde da Família Vila Real, localizado no bairro que leva o mesmo nome em Santana do Livramento, Rio Grande do Sul. Fiz medicina na Universidade H.A Barceló em Santo Tomé, Argentina conclui o curso em 2015 desde então retornei ao Brasil revalidei meu diploma pela UFRGS no ano de 2016.

Na cidade de Santana do Livramento, situada numa área territorial 6.950,37km², sendo considerado o segundo maior município do gaúcho e também da região Sul. Santana do Livramento (originalmente "Sant'Ana do Livramento") é um município do estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, área de 6 950,37km², sendo o segundo maior município gaúcho.

Faz parte da Região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, destacando-se na pecuária (bovinos e ovinos) e na produção de arroz e soja. Mais recentemente, vem ampliando a produção frutífera, com destaque para a vitivinicultura. No último censo realizado, Livramento apresentou um dos maiores índices de evasão populacional em todo o estado (-9,18%). Em números absolutos, se destaca na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tendo perdido mais de 8 000 habitantes desde o censo de 2000, caindo de 90 849 pessoas para 82 513 habitantes.

A ESF Vila Real conta com uma equipe de saúde formada por um médico, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitárias de saúde. A Estratégia de saúde da família Vila Real está localizada numa área de transição entre a zona rural e urbana da cidade de Santana do Livramento, sendo 4000 o número de pessoas atendidas. Dentro dessa área encontra-se o presídio municipal e um das ILP da cidade.

Na sua área de abrangência reside uma população predominantemente adulta com um número expressivo de mulheres, jovens e crianças, atendemos pessoas em privação de liberdade e idosos institucionalizados em uma instituição de longa permanência. Entre as famílias de nossa área podemos encontrar famílias totalmente estruturadas com nível intelectual alto e com plena compreensão de autocuidado porém contamos também com famílias numerosas com total desestruturação social, muitas tendo seus chefes de família presos do regime semiaberto o que reflete total desestruturação familiar. Contamos com um grande

número de mulheres em idade produtiva sendo grande a demanda para atendimento em saúde sexual e reprodutiva. Com base no planejamento estratégico situacional podemos identificar que na nossa área de abrangência o maior problema de saúde é o descontrole da natalidade.

O Planejamento Familiar define o direito do cidadão que, livre e conscientemente, faz a opção que melhor lhe aprouver em termos de filhos (**LEI Nº 9.263**, Art. 1º). O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (Art. 3º). O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações para a regulação da fecundidade. E todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Desenvolver esse trabalho não é tarefa simples, devido a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

A assistência à saúde na Atenção Básica necessita de conhecimentos sobre as diversas fases do desenvolvimento humano. Sabemos que a adolescência é uma fase cheia de transformações, questionamentos, mudanças de sentimentos e cheia de conflitos. Desse modo, como fazer para que esse adolescente se sinta acolhido pela equipe de saúde?

Os adolescentes não tendem a escolher os serviços de saúde como espaços de trânsito, portanto as ações ou programas de saúde devem sempre pensar em estratégias para encontrar esse adolescente. E a equipe de saúde deve ser capaz de compreender que a necessidade dos jovens em relação às questões que envolvem saúde está muito mais voltada a assuntos de ordem subjetiva, como: busca de compreensão das mudanças vividas, auto percepção, orientações, sexualidade, dentre outras (SILVA; RANÑA, 2006). Portanto, é importante que consigamos conhecer e compreender o adolescente, entender os espaços que eles

frequentam, as coisas que eles gostam para organizar todas as ações de saúde voltadas para esse público.

Na área de abrangência da ESF Vila Real onde atuo na Cidade de Santana do Livramento -RS existem inúmeros casos de gravidez precoce e não planejada. Por causas da incidência de casos de adolescentes grávidas e gravidezes não planejadas nos deparamos com inúmeros pré-natais ocorrendo de maneira inadequada e com início tardio. Após a análise do problema planejamos ações como equipe afim de diminuir a incidência de gravidez na adolescência.

No projeto de Intervenção o tema escolhido foi: "Qualificação na atenção da saúde das adolescentes na ESF Vila Real". O estudo proposto teve por finalidade qualificar a atenção as adolescentes em nossa ESF através da criação de um grupo para adolescentes com a finalidade de orienta-las sobre as transformações corporais, comportamentais durante a adolescência, anticoncepção, DST's, planejamento familiar com a finalidade de diminuir a incidência de gravidez precoce e não desejada em nossa área.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Caso clínico: ESF Vila Real

ANAMNESE

Identificação:

Nome: C.A.C

Idade: 18

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio incompleto

Religião: Cristã evangélica

Estado civil: Solteira

Profissão: estudante

Naturalidade: Santana do Livramento - RS

Residência Atual: Santana do livramento - RS

QUEIXA PRINCIPAL: Consulta de puerpério.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL (1ª Consulta Médica em 09/08/2016):

Paciente relata quadro de tristeza, desanimo, choro fácil após 5 dia de nascimento da sua primeira filha aliado a tudo isso relata grandes conflitos com a mãe.

Interrogatório sintomatológico: Sintomas Gerais: hipocorada e eupneia
Cabeça e Pescoço: cefaleia

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há praticamente um ano atua na ESF Vila Real em Santana do Livramento-RS e nesse período a prática mais relevante que adotei na ESF Vila Real foi a organização das consultas do pré-natal.

Primeiramente fiz o registro de todos os pedidos de teste rápido de gravidez e β HCG que foram por mim solicitados, nesse caderno anotava dados de identificação, endereço e agente comunitária de saúde. A adoção do preenchimento desses dados tinha como finalidade o controle de quantas mulheres foram solicitados o teste ou exame, a partir daí com o teste positivo era solicitado o teste confirmatório (β HCG) nessa oportunidade conversávamos com a paciente e dávamos as primeiras orientações sobre o pré-natal, caso as mesmas não voltassem a unidade com o resultado era solicitado as ACS que entrassem em contato com as pacientes afim de ter essa informação para que a adesão ao pré-natal fosse o mais precoce possível.

Toda mulher que voltasse a ESF vila Real ou que chegasse com β HCG positivo era avaliado o risco da gestação cumprindo os critérios de baixo risco imediatamente era preenchida uma segunda ficha (ficha de gestantes) onde constam dados de identificação, endereço, nome do agente comunitário de saúde da área, DUM, DPP, IG, AU, TA, resultados de exames, exames solicitados, vacinas, suplementação de Fe e Ac Fólico, data da consulta, próxima consulta, participação de atividades educativas que são realizadas mensalmente na ESF.

Também foi estipulado um dia para o atendimento das gestantes afim de brindar uma atenção de fácil acesso e melhor qualidade buscando a continuidade da atenção do pré-natal. Estas fichas ficam em minha posse, são organizadas em ordem alfabética numa pasta, de fácil acesso para sempre registrar estas informações que são muito semelhantes as que a gestante tem em sua carteira de gestante.

Antes de iniciar o trabalho nesta ESF muitas mulheres faziam teste de gravidez ou era solicitado o b-HCG porém não retornavam ou retornavam entre 15 - 20 semanas de idade gestacional, também muitas gestantes tinham o habito de agendar suas consultas em qualquer dia e com intervalo que elas achassem conveniente, muitas também não retornavam pois não sabiam que se realizava o

pré-natal na ESF. Tive a árdua tarefa de reorganizar o atendimento as gestantes estipulando dias para o seu atendimento e data marcada para o retorno.

As mulheres e as gestantes tinham uma visão equivocada quanto ao pré-natal pois muitas acreditavam que o pré-natal só poderia ser realizado por um obstetra e que a data de início não acarretava riscos ao binômio mãe e feto e também que o calendário das consultas podia ser realizado segundo a disponibilidade das suas agendas ou segundo a agenda do posto.

Sabemos que o pré-natal melhora os resultados perinatais e o mesmo para ser eficiente deve ser o mais precoce possível de preferência no primeiro trimestre de gestação permitindo a execução precoce de ações em saúde e detecção de gestações de alto risco. A atenção a gestante deve ser periódica, completa e de ampla cobertura com ações de promoção saúde garantindo assim diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal.

Segundo o Caderno de Atenção Básica-Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, “o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas.” (CAB Nº 32, 2013)

A assistência pré-natal deve ser organizada afim de atender as reais necessidades das gestantes, através de da utilização de conhecimentos e recursos mais adequados e disponíveis dentro da ESF. As ações devem ser voltadas para a população alvo em vista de assegurar continuidade do atendimento.

Conforme consta no Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da saúde 2000 é necessário que haja alguns elementos para que a assistência pré-natal seja efetiva:

- Captação precoce da gestante na comunidade;
- Controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo;
- Recursos humanos treinados;
- Área física adequada;
- Equipamento e instrumental mínimos;
- Instrumentos de registro e estatística;
- Medicamentos básicos;
- Apoio laboratorial mínimo;

- Sistema eficiente de referência e contra-referência;
- Avaliação das ações da assistência pré-natal.

4. VISITA DOMICILIAR

No dia 09/06/2016 às 14h30min iniciamos nossa visita domiciliar em duas residências, vou descrever a situação de nossa segunda visita domiciliar, a saber: Residência localizada no Bairro Vila Real – Santana do Livramento –RS. Fomos recepcionados pelo senhor J.C.R (filho) que abriu o portão e nos levou até a presença da anfitrião da casa (paciente alvo).

PACIENTE ALVO: SJR, 97 anos, viúvo, hipertenso desde 1990. Aposentado, possui um único filho. Seu Silvino mora em uma casa no mesmo pátio de seu filho o qual divide o cuidado com sua esposa e filhos.

IMPRESSÃO DO PACIENTE SOBRE A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE E EXPECTATIVAS: Seu Silvino é um senhor lúcido, bem-humorado, consciente de suas limitações devido à idade, porém leva a vida de maneira positiva apesar de reclamar muito de ficar maior parte do tempo sozinho mesmo morando no mesmo pátio da casa de seu filho.

QUEIXAS DO MOMENTO: Disúria, polaquiuria relata também dores lombares.

EXAME FÍSICO: Pessoa aparentemente saudável, corada e alegre, lúcido apesar da idade avançada. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Movimenta com destreza braços e pernas. Hipogástrio doloroso a palpação profunda.

TRATAMENTO ATUAL: Faz uso de Losartana, Hidroclorotiazida, AAS. Toma remédios às 08h, 12h e 20h, diariamente. Seu Silvino se encontrava na sala sentado num sofá, com travesseiros e bastante solícito. Recebeu-nos muito bem. Disse que sentia muito incomodo ao urinar e dores nas costas.

CUIDADOR: O cuidador principal de seu Silvino é sua nora Silvia 48 anos que no momento está desempregada. O cuidado de seu Silvino é dividido entre seu filho, nora e seus dois netos um de 12 e outro de 16 anos, a família tem que se organizar para que o mesmo fique o menor tempo possível sozinho.

ESTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio. Faz uso dos medicamentos acima citados fornecidos pela ESF VILA REAL. Silva compra apenas fraldas

descartáveis de seu Silvano, porque a Unidade de Saúde não fornece. A Sílvia é responsável pela alimentação da família. Seu filho J.C.R, 54 anos, ensino médio incompleto, trabalha como padeiro em uma padaria do bairro. Os netos de Silvano estudam em uma escola próxima ao bairro.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA: Pareceram-nos pessoas com poder aquisitivo baixo. As despesas são pagas com a aposentadoria de seu Silvano e com o salário que seu J.C.R recebe na padaria. Seu Silvano recebe visitas quinzenalmente pela ACS Larissa que repõem sua medicação e leva suas queixas até a ESF. Sílvia é responsável pela administração de medicamentos de seu Silvano.

ALIMENTAÇÃO: Sílvia é a responsável pelo preparo do alimento da família e responsável por levar a comida para seu Silvano. Seu Silvano almoça ao meio dia e às 19h janta. Com relação ao horário de tomar medicamentos é perfeitamente compatível (8h e 20h diariamente).

FERRAMENTAS SOCIAIS ENVOLVIDAS: Recebe ajuda do tipo religiosa semanalmente.

DOMICÍLIO: Casa de alvenaria, contendo 2 quartos, sala, um banheiro, cozinha, pátio amplo. O estado de conservação dos ambientes é bom, devidamente limpo seu Silvano passa maior parte do dia sentado e uma cadeira de balanço na sala junto a sua televisão.

FONTES DE PRAZER DO PACIENTE: Seu Silvano relata que sua única atividade diária é olhar televisão, como ele mesmo relata “sua amiga inseparável”, também afirma que gosta de receber visitas principalmente nas quartas feiras quando os seus amigos da igreja vão visita-lo.

METAS – PLANO DE CUIDADOS: Continuar com as visitas do Agente Comunitário de Saúde e a visita do médico mensalmente, que é principal no cuidado, fazê-la sentir-se amado e importante no contexto social.

PROBLEMAS CRÔNICOS: Hipertensão Arterial.

PROBLEMAS AGUDOS: Infecção do Trato Urinário e lombalgia.

É de extrema importância a realização de visitas domiciliares a pacientes que estão impossibilitados de ir até a unidade e brindar a eles um tratamento de qualidade e continuado dentro de sua própria residência. De um modo geral as visitas são muito gratificantes mesmo que não possamos resolver muitas vezes alguns problemas que não são de nossa competência, porém no que está em

nossas mãos tratamos de solucionar a fim de brindar uma atenção de qualidade a essas pessoas e famílias.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar Vol 1-2012 “a atenção domiciliar resgata os princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença.”

Para que funcione de maneira adequada é necessário que haja uma abordagem integral da família com total participação do usuário .

A Equipe não pode e nem deve trabalhar de maneira isolada e sim deve buscar os outros serviços dentro da rede de Atenção básica pois o cuidado do paciente em atenção domiciliar é complexo e exige total integração e interação dos componentes da rede.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A realização da pós-graduação em Especialização em Saúde para mim foi um grande desafio não apenas por ter que estar semanalmente estudando em frente a um computador, o que é custoso para aqueles que estão acostumados a estudar sobre um livro, porém, o maior desafio durante cada módulo, aula, artigo e atividade era refletir em cima de cada assunto abordado e colocar em prática dentro da realidade de onde trabalho.

Ao iniciar o eixo curricular I deparei-me com diversos conceitos sobre o processo histórico de formação e dos aspectos da conjuntura atual do sistema de saúde. Entender os princípios e a história da formação do Sistema Único de Saúde foi de extrema importância para a minha formação como profissional, pois como minha graduação foi no exterior entender tudo isso foi de grande valia.

Dentre os temas abordados no eixo curricular I o que mais foi desafiador, foi a implementação de práticas educativas em saúde dentro de nossa ESF, porém colocar em prática atividades de promoção e prevenção em nossa área foi desafiador porém obtivemos grandes resultados.

O eixo curricular II correspondeu ao núcleo profissional do curso, no qual foram abordados temas de relevância médica, através de diretrizes e protocolos aplicados a APS. Foram abordados temas do nosso cotidiano em Atenção Primária à Saúde, como doenças crônicas não transmissíveis, atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do idoso, promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, problemas de saúde mental, musculoesqueléticos, infecciosos e de pele, situações de urgência e emergência, violência, trauma, alguns problemas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, vacinas, orientação familiar, dependência química e atenção domiciliar.

No município onde atuo, a implementação das Estratégias de Saúde da Família é muito recente, portanto ainda algumas coisas são realizadas com dificuldade, porém com empenho e muita força de vontade diariamente somos desafiados a brindar um serviço de qualidade aqueles que durante muitos anos descreditaram que dentro das ESF existissem bons profissionais. Quando iniciei a trabalhar na ESF Vila Real não havia grande demanda, pois, os pacientes tinham um pouco de receio com o trabalho dos médicos, descreditavam nas atividades

grupais, a atenção aos adolescentes não havia, tampouco os pré-natais eram realizados de um maneira adequada porém realizando reuniões de equipe semanais abordado as dificuldades da nossa área decidimos realmente brindar um serviço com qualidade, igualdade, continuidade, focamos nas atividades grupais pois sabemos dos grandes êxitos que podemos alcançar através delas.

Hoje realizamos atividades exclusivas para adolescentes, temos grupo de gestantes e hiperdia mensalmente, construímos uma horta juntamente com a escola local, realizamos atividades multiprofissionais juntamente com o NASF, temos um grupo de mulheres que fazem artesanato para doarem aos necessitados. Se não podemos fazer grandes feitos pelo menos os pequenos estamos fazendo com excelência.

REFERÊNCIAS

SZEJER, M. **Palavras para nascer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GOLSE, B. **Au début de la vie psychique**. Paris: Odile Jacob, 1999.

Caderno de Atenção Básica: **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. CAB, Nº 32, 2013.

DIAZ, G. SCHWARCZ, R. FESCINA, R. DUVERGES, C. **Control prenatal**. Uruguai: Centro Latino-Americano de Perinatologia. Publicação científica, 971. 1985, p. 22.

FAJARDO, M. L., et al. Assistência pré-natal: **Normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde. 1998, ed 3.

Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**, 2000.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, v. 2.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

PRISCILLA MENDES MORALES DOS SANTOS

QUALIFICAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESF VILA REAL

**SANTANA DO LIVRAMENTO- RS
2017**

1. INTRODUÇÃO

Santana do Livramento (originalmente "Sant'Ana do Livramento") é um município do estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, área de 6 950,37km², sendo o segundo maior município gaúcho. Faz parte da Região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, destacando-se na pecuária (bovinos e ovinos) e na produção de arroz e soja. Mais recentemente, vem ampliando a produção frutífera, com destaque para a vitivinicultura.

No último censo realizado, Livramento apresentou um dos maiores índices de evasão populacional em todo o estado (-9,18%). Em números absolutos, se destaca na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tendo perdido mais de 8 000 habitantes desde o censo de 2000, caindo de 90 849 pessoas para 82 513 habitantes. A Estratégia de saúde da família Vila Real está localizada numa área de transição entre a zona rural e urbana da cidade de Santana do Livramento, sendo 4000 o número de pessoas atendidas. Dentro dessa área encontrasse o presídio municipal e um das ILP da cidade.

Na sua área de abrangência reside uma população predominantemente adulta com um número expressivo de jovens e crianças, atendemos pessoas em privação de liberdade e idosos institucionalizados em uma instituição de longa permanência. Entre as famílias de nossa área podemos encontrar famílias totalmente estruturadas com nível intelectual alto e com plena compreensão de autocuidado porém contamos também com famílias numerosas com total desestruturação social, muitas tendo seus chefes de família presos do regime semiaberto o que reflete total desestruturação familiar.

Com base no planejamento estratégico situacional podemos identificar que na nossa área de abrangência o maior problema de saúde é o descontrole da natalidade. O Planejamento Familiar define o direito do cidadão que, livre e conscientemente, faz a opção que melhor lhe aprouver em termos de filhos (**LEI Nº 9.263** Art. 1º.) O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde(Art. 3º). O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações para a regulação da fecundidade. E todas as instâncias gestoras do Sistema Único de

Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais.

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Desenvolver esse trabalho não é tarefa simples, devido a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde.

A assistência à saúde na Atenção Básica necessita de conhecimentos sobre as diversas fases do desenvolvimento humano. Sabemos que a adolescência é uma fase cheia de transformações, questionamentos, mudanças de sentimentos e cheia de conflitos. Desse modo, como fazer para que esse adolescente se sinta acolhido pela equipe de saúde?

Os adolescentes não tendem a escolher os serviços de saúde como espaços de trânsito, portanto as ações ou programas de saúde devem sempre pensar em estratégias para encontrar esse adolescente. E a equipe de saúde deve ser capaz de compreender que a necessidade dos jovens em relação às questões que envolvem saúde está muito mais voltada a assuntos de ordem subjetiva, como: busca de compreensão das mudanças vividas, auto percepção, orientações, sexualidade, dentre outras (SILVA; RANÑA, 2006). Portanto, é importante que consigamos conhecer e compreender o adolescente, entender os espaços que eles frequentam, as coisas que eles gostam para organizar todas as ações de saúde voltadas para esse público.

PROBLEMA

O trabalho que está sendo desenvolvido na ESF Vila Real está centrado no cuidado da saúde da mulher, gestantes, idosos e crianças não havendo nada para adolescentes sendo que esses tem buscado constantemente a ESF. Adolescentes e pré-adolescentes que por falta de orientação das famílias ,da própria ESF estão engravidando com apenas 13 anos, apresentam DST's e acham que são doenças comuns e que não trarão consequências a sua saúde física. Adolescentes que

desconhecem seu corpo e as mudanças que nele ocorrem; jovens que aos 15 anos buscam uma gravidez como se fosse a principal prioridade de suas vidas.

JUSTIFICATIVA

Tendo em conta tudo isso, percebemos que a raiz dos problemas de saúde de nossos adolescentes se deve a que não há conhecimento sobre as mudanças do corpo na adolescência, a métodos anticoncepcionais, DST-AIDS refletindo em um total descontrole da natalidade em nossa área de abrangência, inúmeras adolescentes com gravidez precoce não planejada; mulheres com inúmeros filhos vivendo em situação de precariedade, refletindo em famílias super-numerosas e totalmente desestruturadas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar a atenção a adolescentes da área de abrangência da ESF Vila.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar adolescentes que apresentam dificuldade no autocuidado.
- Identificar adolescentes com dificuldade na anticoncepção
- Promover atividades educativas com adolescentes de 10 a 18.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A adolescência pode ser definida de diferentes formas. Trata-se de uma etapa de crescimento marcada por transformações físicas, mentais e psíquicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Para a OMS, a adolescência é dividida em três fases:

- Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos,
- Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos
- Juventude – dos 15 aos 24 anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a adolescência é o período delimitado entre 10 a 20 anos incompletos; o período de 10 a 24 anos é considerado como juventude.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade incompletos percebendo-se que há um período onde adolescência e juventude coincidem. Desde a sua criação em 1990 o ECA tem sido referência para criação de leis e programas que garantam os direitos desta população.

Caracteriza-se a adolescência como um período de transição entre a infância e a vida adulta marcado por significativas transformações sendo necessário políticas voltadas a essa população por isso foi criado através da Portaria 980 de dezembro de 1989 o Programa de Saúde do adolescente -PROSAD que passou a assumir o compromisso de assegurar os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade de ações a essa população.

Em função de tal vulnerabilidade os adolescentes vivenciam inúmeros problemas como gravidez indesejada e precoce, DST-AIDS e desrespeito aos seus direitos de cidadãos.

Os adolescentes não costumam buscar os serviços de saúde ao menos se são motivados por seus pais pois a maioria sente vergonha, medo de ser reprimido e intimidado pela figura do profissional de saúde. Os adolescentes não tendem a escolher os serviços de saúde como espaços de trânsito, portanto as ações ou programas de saúde devem sempre pensar em estratégias para encontrar esse

adolescente. E a equipe de saúde deve ser capaz de compreender que a necessidade dos jovens em relação às questões que envolvem saúde está muito mais voltada a assuntos de ordem subjetiva, como: busca de compreensão das mudanças vividas, auto percepção, orientações, sexualidade, dentre outras (SILVA; RANÑA, 2006)

Portanto, é importante que consigamos conhecer e compreender o adolescente, entender os espaços que ele frequenta, para organizar todas as ações de saúde voltadas para esse público.

A criação de ações estratégicas voltadas para a promoção da saúde do adolescente deve requerer o envolvimento de sujeitos e coletivos criando um ambiente saudável que pode não somente reduzir o adoecimento, mas comprometimento por parte dessa população. Independente do motivo (mudanças no desenvolvimento corporal, diferenças comportamentais, questões estéticas, curiosidades e/ou dúvidas sobre o início da vida sexual) que o adolescente busque o serviço de saúde, a equipe de saúde deve estar preparada para atender as necessidades do adolescente.

Ações de intervencionistas devem ser feitas para adolescentes que possuem condições sócias desfavorável afim de diminuir o risco de problemas de saúde física e mental.

MEDIDAS DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Além dos inúmeros conflitos que os adolescentes enfrentam com relação as mudanças biológicas e mentais muitos enfrentam problemas relacionados as condições sócio econômicas, desamparo ou descaso por parte da família, exploração sexual, risco a DST-AIDS, gravidez precoce não desejada tornando fundamental a criação de ações de prevenção e promoção de saúde.

Diversas estratégias devem ser criadas afim de criar vínculos entre as ESF e essa população. O acesso do adolescente a ESF deve ser facilitado evitando interromper o desfazer o vínculo dos mesmos, todos os profissionais devem estar dispostos a ouvir suas dúvidas anseios e necessidades não adotando atitude discriminativa afim de desenvolver vinculo e confiança com eles.

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A criação de grupos dentro das ESF tem como objetivo promover atividades educativas para os usuários brindando trocas de experiências e vivências.

Os grupos também podem ser um espaço para que as pessoas valorizem sua própria experiência de vida e saberes práticos que desenvolveram (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011)

4. MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção onde será criado um grupo chamado Real Teen voltado para meninas entre 10 a 16 anos com o objetivo de brindar informações não apenas sobre anatomia e funcionamento dos órgãos reprodutivos, aos métodos contraceptivos, DST-AIDS mas envolve uma participação ativa da adolescente no sentido de refletir sobre os caminhos que pode tomar em sua vida, desenvolvendo assim sua autonomia e sua responsabilidade.

5. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de seis meses e está apresentado no quadro abaixo.

ATIVIDADES	2016					
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X					
Realizar o levantamento do número de adolescentes pelos ACS		X				
Busca ativa das adolescentes pelas ACS		X	X			
Execução do Plano de Intervenção			X			
Avaliação do trabalho			X			
Busca ativa por parte das ACS das adolescentes que não compareceram.				X		
Execução do Plano de Intervenção					X	
Avaliação do trabalho					X	
Avaliação do trabalho e análise de resultados						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 4 agentes comunitários de Saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médicos.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Folha A4;
- Impressora;
- TV-DVD
- Brindes-Itens de higiene pessoal

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se que tenhamos adolescentes com maior conhecimento sobre seu próprio corpo, as mudanças que ele enfrenta, os riscos que ele corre; de uma maneira interativa e informal brindar informação sobre anticoncepção, DST-AIDS e assim mudar a realidade que hoje nos assola.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde do adolescente. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de saúde da adolescente. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. 42 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>.
- CORDELLINI, Julia Valéria Ferreira. Protocolo de atenção à saúde do adolescente. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>
- SILVA, Lucília Nunes da; RANÑA, Fernanda Fernandes. Captação e acolhimento do adolescente. In: _____. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006. 328 p
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Saúde em casa: atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte, MG: SAS, 2006. 152 p.
- COSTA, Antonio Carlos Gomes da. Protagonismo Juvenil - Adolescência, Educação e Participação Demográfica. Fundação Odebrecht. Salvador, 1998 (mimeo).
- FRANCO, T. A. V.; SILVA, J.L. L.; DAHER, D. V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde, v.7, n.2.p.19-22, 2011.

ANEXO 2 – LISTA DE PROBLEMAS E MEDICAÇÕES EM USO PELA PACIENTE

HAS: losartana 100 mg/dia + hidroclorotiazida 25mg/dia + AAS 100 mg 1 cp VO após o almoço.

ANEXO 3 – ARQUIVO PESSOAL



AMIGOS DA ESTRATÉGIA



AMIGOS DA ESTRATÉGIA



GRUPO REAL TEEN

(imagens autorizadas pelos responsáveis)

ANEXO 4 – ARQUIVO PESSOAL



HIPERDIA



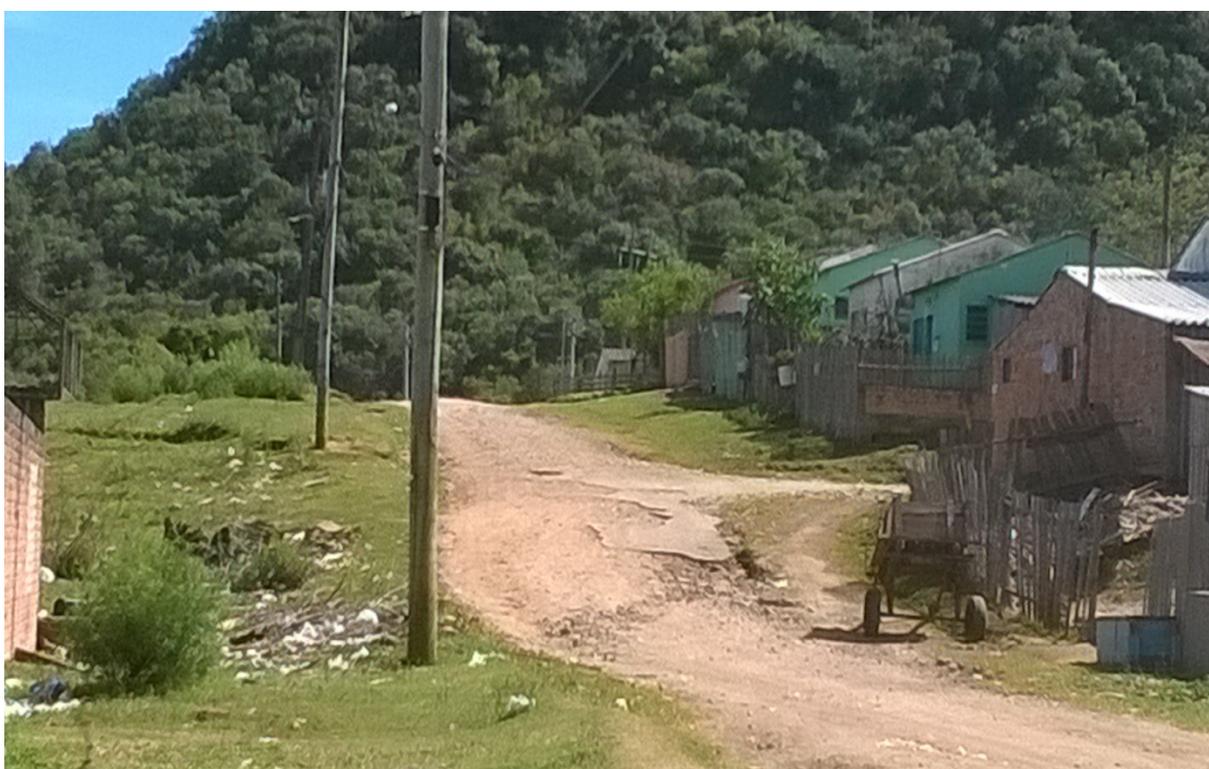
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA REAL

(imagens autorizadas pelos responsáveis)

ANEXO 5 – ARQUIVO PESSOAL



ÁREA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA REAL



ÁREA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA REAL

(imagens autorizadas pelos responsáveis)

ANEXO 6 – ARQUIVO PESSOAL



ÁREA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA REAL



GRUPO REAL TEEN

(imagens autorizadas pelos responsáveis)

ANEXO 7 – ARQUIVO PESSOAL



GRUPO DE GESTANTES



GRUPO VOLUNTÁRIO MÃOS SOLIDÁRIAS

(imagens autorizadas pelos responsáveis)