UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DAYSELIS RIVERA ROMERO

PORTFÓLIO FINAL

PORTO ALEGRE

2017

DAYSELIS RIVERA ROMERO

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Bruno Brunelli, Doutor em Ciências Médicas e médico de família e comunidade.

PORTO ALEGRE

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 04

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 06

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 11

4 VISITA DOMICILIAR 13

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 16

6 REFERÊNCIAS 18

7 ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO 19

1- INTRODUÇÃO

Meu nome é Dayselis Rivera Romero, tenho 32 anos, sou natural do estado de Guantánamo, Cuba, onde cresci e terminei minha educação básica em escolas públicas. Continuei meus estudos na faculdade de ciências médicas durante 6 anos, e me graduei com o título de Doutora em Medicina em 02 de agosto de 2008 pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba. Iniciei minha carreira profissional como médica em Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Mayarí, estado de Holguín por 3 anos, neste período realizei minha residência na Especialidade de Medicina Geral Integral, Posteriormente no ano 2011 continuei minha profissão em outro município chamado Cueto, no mesmo estado, onde moro atualmente, Atuando numa Estratégia de Saúde da Família, até outubro do 2012 que culminei minha residência e me graduei como Especialista em primer grau em Medicina Geral Integral. Logo trabalhei como Diretora de uma Policlínica (na APS), até agosto do 2015; continuei atuando em Estratégia de Saúde da Família até Julho do 2016. Em agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil e, desde então, atuo na cidade de Lajeado –RS há um ano. Estou lotada na Estratégia de Saúde da Família São Bento, cuja área de abrangência atende aos bairros Floresta e São Bento. O território adscrito à ESF corresponde a 5 micro áreas.

O município de Lajeado está localizado no estado do Rio Grande do Sul, suas principais atividades econômicas são à indústria alimentícia e a agricultura. É conhecido por ser a “capital do Vale do Taquari”. A população de Lajeado é formada por descendentes de alemães e italianos principalmente, possui 79.172 habitantes, tem uma população rural e urbana. Desde julho de 2013, o município assumiu a gestão plena do sistema de saúde. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser prioridade, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF São Bento, situa-se no município de Lajeado/RS, em área rural. Existe um convênio com a universidade local (Univates), como campo de estágio de técnicas de enfermagem e enfermagem.

A unidade possui estrutura física adequada após a reformação realizada.

A ESF São Bento tem uma equipe de saúde composta por 1médico, 1 pediatra, 1 odontóloga, uma enfermagem, 2 técnicas de enfermagem uma administrativa, 5 agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar geral de limpeza.

Contamos com estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como rede de apoio (uma creche, e duas escolas). Há duas Igrejas, e uma quadra de esportes.

Na área de abrangência existe predomínio das doenças crônicas (Hipertensão arterial, Diabetes mellitus), Hiperlipidemias e doenças mentais. Possui uma população de 3114 habitantes, na área rural, sendo 213 adolescentes femininas cadastradas na faixa etária de 12 a 18 anos, contamos com um total de 19 grávidas, delas 7 são adolescentes.

PROBLEMA

Alto índice de gravidez na adolescência na população acompanhada pela equipe do posto de saúde São Bento, e o pouco conhecimento de cuidados das famílias para com uma adolescente grávida e as repercussões sociais desta na sociedade.

Diante do exposto o plano de ação tem por objetivo promover ações de educação em saúde na prevenção da gravidez na adolescência e orientações ao cuidado de familiares às adolescentes grávidas na Equipe de Saúde São Bento, Lajeado- Rio Grande do Sul.

JUSTIFICATIVA

A incidência de gravidez em adolescentes que se apresentam para o cuidado no pré-natal no posto de saúde São Bento, município Lajeado- Rio Grande do Sul.

Elege-se este o problema de saúde para um plano de ação por despertar preocupação em toda a equipe de saúde, levando-se em conta as complicações que podem acarretar na saúde destas jovens. A gravidez na adolescência desde o início significa um risco para saúde da adolescente e de seu filho porque nesta

faixa etária pouco é o preparo biológico e psicológico para receber uma gravidez, ademais, na maioria das vezes, são gestações não planejadas e nem desejadas, o que atrasa a busca por atendimento pré-natal e agrava o risco de complicações.

Levando-se em consideração o alto índice de gravidez na adolescência na população acompanhada pela equipe do posto de saúde São Bento, e o pouco conhecimento de cuidados das famílias para com uma adolescente grávida e as repercussões sociais desta na sociedade motiva-se a realização deste plano de ação com intervenção Educativa para ações de prevenção da gravidez na adolescência e promoção da saúde da adolescente.

2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente V.F, 73 anos, com histórico de HAS e Diabetes Mellitus tipo 2, há 10 anos, em uso de medicação continua com Hidroclorotiazida 25 MG, Enalapril 10 mg, Metformina 850 mg, e Insulina NPH, vem à consulta médica no dia 26/12/2016 com os dados da triagem:

PA: 192/102 mmHg

Peso: 74,40 k g.

IMC: 26,36 Sobre peso.

Glicemia capilar: 202,00 mg/dl.

Vem a renovar receita e solicitar exames de rotina. Quando questiono sobre queixas, a mesma refere dor nos pés há algum tempo, negando outra sintomatologia; durante o interrogatório comprovo que a paciente não estava realizando o tratamento corretamente, ela faz uso do Enalapril 1xdia, tendo a indicação de 1cp 2xdia, e a Insulina NPH só de manhã (Indicado anteriormente 28 UI antes do café e 12 UI antes da janta). Além disso que moram ela e seu esposo sozinhos, sendo que ele controla os medicamentos dela, razão pela qual apresenta HAS e Diabetes Mellitus tipo 2 descompensadas; no exame físico não há evidencias de lesões nos pés. Então oriento medidas gerais, mudanças de estilos de vida (MEV), oriento sobre alimentação adequada, pratica de atividades físicas sistemática, a importância da adesão ao tratamento; indico captopril (25

mg) 2 cp vo na hora e solicito exames (orientando sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue), oriento acompanhamento da PA durante 7 dias, e controle da glicose com HGT, no posto de saúde, e agendo retorno a consulta com os resultados dos exames pra reavaliação.

A paciente retorna no dia 04/01/2017 com os dados da triagem:

PA: 189/98 mmHg

Peso: 72,00 kg

Altura: 1.72 cm

IMC: 24,34 Peso adequado.

Glicemia capilar: 225,00 mg/dl.

Tinha realizado o acompanhamento da PA durante dias e manteve cifras elevadas; Apresenta o resultado de glicemia de jejum (02/01/2017) de 95,0 mg/dl, Hemoglobina glicada (HbA1C): 6,3%, Creatinina: 0,90 MG/DL, Triglicerídeos: 217,0 mg/dl, EQU positiva, com Urocultura que informa: E.Coli.

Ao exame físico apresenta:

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 99 bpm; FR: 19 irpm).

Conforme preconizado pelo CAB (2013) realizo o exame dos pés, cavidade oral e a encaminho ao oftalmologista para fundos cópia.

Oriento quanto à importância da mudança de estilos de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso. Além disso encaminho a paciente à nutricionista para receber orientações quanto à dieta para diabetes e HAS. Também indico tratamento pra ITU com Nitrofurantoína (100 mg) 1cp de 6/6 horas por 7 dias, aumento a doses de Enalapril 10 mg pra 2 cp 2xdia, oriento acompanhamento da PA por 7 dias, Instituo o tratamento não farmacológico isolado para a paciente com controle

glicêmico capilar (hemoglicoteste HGT) na ESF duas vezes por semana, e agendo retorno em 10 dias pra reavaliação.

Foi discutido o caso na reunião da equipe, e descobrimos por meio da agente de saúde, que a paciente consume cerveja todos os fines de semanas, e não realiza o tratamento correto; e faltou a consulta com a nutricionista; então programamos uma visita domiciliar supressiva pra o dia 30/01/17

No dia 17/01/2017 a paciente retorna a consulta pra mostrar o controle realizado da PA, apresentando cifras instáveis. Havia culminado o tratamento pra ITU, estava assintomática. Não foi realizada HGT, pois a paciente não estava em jejum. Os dados da triagem:

PA: 185/96 mmHg;

Peso: 72.00 kg.

Oriento quanto à importância da mudança de estilos de vida para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação e atividade física regular, e a adesão ao tratamento farmacológico. Foram solicitados EQU e Urocultura evolutiva, e agendado retorno pra 15 dias.

No dia 30/01/2017 foi realizada a visita domiciliar, para acompanhamento e montagem do genograma familiar, a paciente assintomática, com os seguintes dados:

PA: 190/130 mmHg.

Glicemia capilar: 157 mg/dl.

Quando questiono a paciente não tinha aplicado a doses de insulina NPH, que correspondia na noite anterior, nem em noites anteriores porque não tinha ido na casa da cunhada quem aplicava a doses de Insulina; mas descobrimos que ela mora na frente da casa da sua filha, quem sim pode ajudar com a aplicação da insulina; Então orientamos novamente a importância da adesão ao tratamento, e solicitamos entrevista na ESF com a filha da nossa paciente.

GENOGRAMA:

A paciente retorna no dia 03/02/2017, acompanhada de sua filha, com os seguintes dados da triagem:

PA: 156/89 mmHg

Peso: 72,00kg.

Traz consigo a glicemia de jejum (31/01/2017) de 112 mg/dl, EQU e Urocultura negativa, mas não trouxe o resto dos exames realizados, nem o controle do HGT da semana, Quando questiono a paciente não está fazendo uso da insulina na noite. Solicito novo CG semanal, oriento a filha dela sobre os cuidados do paciente diabético, e agendo o retorno para quinze dias.

No dia 06/03/2017 retorna a consulta e relata que está fazendo uso da Metformina 850 mg 3 comprimidos por dia, e da insulina de manhã 28 UI, e de noite 12UI; HGT do dia anterior 141 mg/dl, traz consigo resultado do triglicerídeos: 217 mg/dl (alto), não traz resultado de Creatinina nem HbA1C, diz que foram extraviados, também relata que é difícil pra ela restringir o consumo de alimentos gordurosos, não consegue.

Dados da triagem:

PA: 180/98 mmHg;

Peso: 72.00 kg;

IMC: 24,34 %

Oriento novamente sobre mudanças de estilos de vida para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada e atividade física regular, e a adesão ao tratamento farmacológico. Indico tratamento com captopril 25 mg na hora (por PA alta), tratamento pra dislipidemia (TG alto),

oriento novamente avaliação por Nutricionista, solicito exames pra controle, acompanhamento da PA durante 7 dias, e agendo retorno em 15 dias.

No dia 29/03/2017 a paciente retorna à consulta com os resultados dos exames realizados, estava assintomática, mas continuava com cifras altas de PA. Creatinina (15/05/2015): 0.70 mg/dl, Glicose: 87,0 mg/dl, HbA1C: 6,3 %, e os dados da triagem:

PA: 177/101 mmHg

Peso: 72,00 kg.

IMC: 24,34 %

Segundo o preconizado no Caderno de atenção básica de Diabetes (2013) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) a avaliação do controle glicêmico e feita mediante a utilização dos testes de glicemia e os de hemoglobina glicada (HbA1c). As metas estabelecidas para a caracterização do bom controle glicêmico pelos métodos tradicionais, devem ser individualizadas de acordo com a duração de Diabetes, idade /expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicações microvasculares e hipoglicemia não percebida. Sendo que a HbA1c em torno de 7% em adultos, entre 7,5 e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde.

De acordo com o Caderno de atenção básica de Diabetes (2013) e a sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), a paciente está controlada.

A paciente continua com cifras altas de PA, por tanto é medicada na hora com Captopril 25 mg, logo de estabilizar a PA (140/90 mmhg), troco Enalapril por Losartana potássica 50 mg, 2xdia, oriento sobre alimentação adequada, pratica de atividade física regular, ofereço participar no grupo de Hipertensos, e agendo retorno em 30 dias para controle.

No dia 28/04/17 retorna a consulta pra controle, refere não ter ido a consulta com a nutricionista, mas relata que está seguindo as orientações da dieta e atividade física regular. Dados da triagem:

PA: 145/78 mmHg.

Peso: 72.00 kg.

Ao exame físico apresenta:

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 88 bpm; FR: 20 irpm).

Oriento quanto a importância de manter o controle da dieta, a adesão ao tratamento, e solicito retorno em 3 meses pra controle.

No dia 17/07/17 retorna à consulta sem queixas, mas não tinha tomado a medicação pra HAS, pela manhã, com os seguintes dados da triagem:

PA: 189/94 mmHg

Peso: 72.00 kg.

IMC: 24,34 %.

Não foi realizada HGT, pois a paciente não estava em jejum.

Ao exame físico apresenta:

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 83 bpm; FR: 20 irpm).

Oriento novamente sobre a importância da adesão ao tratamento, e solicito novos exames pra controle, e agendo retorno em 3 meses.

3- **PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Há mais de um ano atuo na ESF São Bento do município Lajeado, do estado do Rio Grande do Sul.

A prática mais relevante que adotei na área das Dislipidemias, foi o direito aos cuidados de saúde integral, devido a desde que cheguei percebei que era um problema de saúde, tinha uma grão porcentagem de pacientes com Dislipidemias e obesidade na minha área de abrangência.

O excesso de peso configura um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e está relacionada a dislipidemia, importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Diversos estudos demonstram que há relação entre excesso de gordura corporal e risco de doenças, que são importantes causas de

morbimortalidade, inclusive doenças cardiovasculares, que estão entre as primeiras responsáveis por mortes no Brasil e no mundo. (Carvalho DF. 2007, Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2017)

Primeiramente, comecei a fazer o registro personalizado dos usuários maiores de 18 anos com dislipidemias que procuravam atendimento só para renovação de receitas e pra solicitar exames de Colesterol e Triglicerídeos pra controle, através do preenchimento de fichas individuais de controle, donde além de colocar dados de aferição de PA, peso , altura e IMC, também colocava dados pessoais como endereço, medicações utilizadas, data e quantidade de comprimidos prescritos, patologia(s) associada(s), dados laboratoriais referentes aos valores de Colesterol e Triglicerídeos, fatores de risco pra doença cardiovascular, assim como renda perca pita familiar e escolaridade.

A avaliação epidemiológica do perfil lipídico é uma ferramenta importante para a promoção de políticas de saúde que visam prevenir fatores de risco cardiovascular da população. (Sociedade Brasileira de Cardiologia.2002). Tendo em vista os grandes problemas que a obesidade e suas consequências representam a saúde, fizemos as ações com este grupo de pacientes pra melhorar sua qualidade de vida.

Os dados foram coletados por meio das visitas domiciliares e nas próprias consultas realizadas na unidade de saúde, donde também avaliávamos perfil lipídico, estado nutricional por IMC, e circunferência abdominal. Solicitei as ACS a elaboração dum listado por micro áreas dos pacientes com dislipidemias, donde estavam incluídos os dados já mencionados; assim nós sabíamos a situação de nossa população com estes problemas de saúde, garantindo o atendimento dos mesmos e acompanhamento na unidade, que pra muitos deles seria o primeiro contato com a unidade de saúde, devido a que realizavam atendimento só nas consultas particulares, ou nos casos de alguns que nunca tiveram atendimento de nenhum tipo. Por isso nosso empenho pra estabelecer estratégias de promoção de saúde pra diminuir a prevalência das Dislipidemias em nossa área de abrangência, e a prevenção de doenças crônicas.

Inicialmente os pacientes reclamavam por ter que agendar as consultas com antecedência e ter que aguardar o atendimento na sala de espera, muitos

não gostavam faltar ao trabalho, porque descontavam seu salário, reclamavam porque eram questionados sobre os estilos de vida e a alimentação, porque eram orientados pra fazer mudanças nos estilos de vida e a manter alimentação adequada; mas nós continuávamos nosso trabalho com apoio das ACS, mesmo porque conhecemos que a maioria dos pacientes com dislipidemias, e obesidade era por causa secundária aos maus hábitos alimentares, e estilos de vida não saudáveis, porém muitos deles já sofriam doenças como HAS, e Diabetes Mellitus tipo 2, e outros com sequelas de AVC; além disso porque a consulta médica é uma oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral.

Depois de aumentar nosso trabalho diretamente com este grupo de pacientes, conseguimos ter um grupo de caminhadas e de ginástica que funciona três vezes por semana na unidade, além do grupo de gestantes, no qual foram incorporadas aquelas que foram identificadas com obesidade e dislipidemia, isso permitiu abordar questões específicas sobre a obesidade, dislipidemias e seus riscos pra saúde, a importância da pratica de atividade física regular, e como manter estilos de vida saudáveis. Também foram feitos encaminhamentos pra avaliação por Nutricionista, e hoje alguns deles ainda estão em acompanhamento.

Mas os efeitos em longo prazo dessa prática evidenciaram bons resultados na melhoria da assistência desse grupo. Portanto, conhecendo a população com dislipidemia da área em que atuo pude implementar ações como: identificação de pacientes obesos com doenças crônicas descompensadas, mulheres grávidas com dislipidemias, e obesidade, pacientes que nunca tiveram atendimento na unidade de saúde, situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, e encaminhamento pra avaliação por Nutricionista. Portanto deve-se prover o cuidado para as comorbidades clínica mais frequentes nessa população.

Ainda temos muito trabalho por fazer, pra diminuir a prevalência das dislipidemias, e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas; temos que continuar as ações de promoção de saúde, tendo em conta que estudos internacionais apontam a dislipidemia como um problema global.

4- VISITA DOMICILIAR

No dia 16/10/2017 ás 09h10 min iniciamos nossa visita domiciliar em duas residências, vou descrever a situação da nossa primeira visita domiciliar, a saber:
Residência localizada no Bairro São Bento- Lajedo RS
Fomos recepcionados por Lorni Johann, dona da casa, quem nos abriu o portão e nos levou até seu esposo seu Dorval Oscar Johann (paciente alvo).
Obs. Ao abrir o portão o cachorro da família saiu em desembalada correria pra a rua.

Paciente alvo - DJ, 66 anos, casado, cadeirante, com Hemiparesia direita em decorrência de acidente cérebro vascular (AVC) em agosto do 2015, curso superior completo. Não trabalha, é pensionista do INSS. Possui 2 filhos adultos.
Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde.

Expectativas: Dorval Oscar Johann tem consciência de seu estado, por ser um paciente esclarecido, mas não aceita não poder falar adequadamente como era antes, nem poder caminhar, portanto fica deprimido. Está fazendo fisioterapia, e leva acompanhamento por Neurologista; a pesar de ficar triste conta com o apoio e carinho dos filhos, sendo que um mora com eles, e de sua esposa.

QUEIXAS DO MOMENTO: A esposa dele alega que Dorval tem desenvolvido uma lesão na axila direita, com coceira intensa, causado pela imobilidade do braço, e máculas hipercômicas nas pernas, referidas pela esposa, além de Episódio Depressivo, devido á sequela de AVC, fato que impossibilita a fala e a locomoção, usando medicação continua.

EXAME FÍSICO: Pessoa aparentemente saudável, corado. Movimenta
Com destreza o heme corpo esquerdo e a cabeça.

TRATAMENTO ATUAL: Faz uso de Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp pela manhã, Enalapril (10 mg) ½ cp de 12/12 horas, Atorvastatina 40 mg ao dia, Escitalopram 10 mg ao dia, Donepezila 5 mg 1 cp ao dia, e Paroxetina 20 mg 1p cp ao dia, os medicamentos são administrado pela esposa; Dorval se encontrava na cadeira de rodas, na sala, ele recebeu nos com um sorriso no rosto, e tentando falar, mesmo que não consegue.

CUIDADOR: A esposa dona Lorni Johann, fica responsável de tudo, da sua higienização, e tem realizado muito esforço físico com ele, razão pela qual

queixa- se de dor nas costas e nos ombros; seu filho trabalha e fica o dia tudo fora de casa, mas é quem leva ele nas consultas, e pra fisioterapia.

EXTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio.

Faz uso dos medicamentos acima citados fornecidos pela Neurologista e por sua médica de família, sendo que uma parte dos medicamentos ganha na unidade de saúde e outros na farmácia do estado.

Perguntada se há outras necessidades e Lorni alegou necessitar dum cuidador, pra lê ajudar, e pra ela se ocupar de seus problemas de saúde, o filho que mora com eles é responsável pela alimentação da casa, e tem que manter seu trabalho.

SITAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA: Pareceram- nos pessoas de poder aquisitivo razoáveis, observamos a existência de 1 carro na garagem, e o filho andava no seu pra o trabalho, eles andam de carro quando precisam sair da residência. Recebem a visita da Agente Comunitária de Saúde Ane Lize Ritter, quem repõe os medicamentos.

ALIMENTAÇÃO: Lorni é a responsável pelo preparo do alimento da família, almoçam ao meio dia, e ás 19h jantam.

Com relação ao horário de tomar medicamentos é perfeitamente compatível 8h e 20h.

FERRAMENTAS SOCIAS ENVOLVIDAS: Não recebem ajuda do tipo religiosa ou política.

DOMICÍLIO: Casa de alvenaria, piso em cerâmica, contendo 5 quartos, sala, 2 banheiro social, cozinha e área de serviço. Quintal grande, o quarto é espaçoso, e Dorval utiliza o banheiro próximo a seu quarto, quem ajuda a deitar e ir ao banheiro é esposa Lorni. O estado de conservação dos ambientes é bom, devidamente limpo e Dorval faz uso de cadeira de roda.

FONTES DE PRAZER DO PACIENTE: Dorval não tem atividades diárias prazerosas em casa, pois ele fica deprimido pela impossibilidade de locomoção e o transtorno da fala, a pesar de que normalmente ele fica cercado da família, que apoiam- ló muito, e recebe constantemente amigos.

METAS: Necessidade dum cuidador. A Lorni solicita ajuda pra ela se ocupar também de sua saúde, pois além da HAS, sofre de Depressão, e ultimamente tem apresentado fortes dores articulares. Plano de cuidados: Continuar com as

visitas da Agente Comunitária de Saúde e a visita da médica mensalmente, porque é principal no cuidado, fazê- lo sentir amado e importante no contexto social.

PROBLEMAS CRÔNICOS: Hipertensão Arterial, Sequelas de AVC, Hipercolesterolemia Pura, Transtorno Depressivo.

PROBLEMAS AGUDOS: Tinea Corporis. Ceratoses Seborreica.

A importância na detecção das doenças no paciente e acompanhamento contínuo buscando as soluções possíveis e a carência e demora nos encaminhamentos foi solucionada com a parceria feita com as clínicas das universidades locais (UNIVATES), que realizam atendimentos com especialistas em Fisioterapia, Psicogeriatria, Neurologia, Nutrição e Assistência social, dessa forma solucionamos rapidamente as consultas pra melhorar a qualidade de vida e a recuperação do paciente.

5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.

Quando penso e reflito sobre minha trajetória no curso de especialização, poso dizer que tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois a través das aulas, artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em pratica todo este conhecimento. O mais relevante foi em relação à mudança no aspecto profissional nas questões de organização de ações, com maior iniciativa e participação nas reuniões da equipe.

Outra mudança importante foi em relação ás condutas no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade e Saúde Mental.

Quando iniciei meu trabalho na ESF São Bento, há pouco mais de um ano, os prontuários tinham pouquíssima ou nenhuma informação sobre os usuários, pois os anteriores médicos só registravam a queixa principal e a conduta de modo sucinto.

Comecei a coletar mais dados nas consultas e a exigir o modelo SOAP para registro das informações que consiste na queixa principal e história da doença atual (Subjetivo), exame físico(Objetivo), hipóteses diagnóstica (Avaliação) e

conduta (Plano terapêutico). Coloco a lista de problemas e a conduta pra cada problema para ter seguimento longitudinal do caso.

Outra mudança relevante que aprendi no curso foi quanto á adoção das consultas programadas na minha agenda profissional. Na minha ESF antes só havia atendimento pra Hipertensão e Diabetes, mas na atualidade minha agenda está organizada para atendimento de grupos de idosos, saúde da mulher, pré – natal, saúde do homem e grupo de lactantes; esta organização facilitou meu trabalho, pois hoje a população sabe que as consultas são programadas, sendo 2 vagas pra atendimento de urgência, e não se limitam à demanda espontânea, assim cumprimos nosso objetivo que é a promoção de saúde e a prevenção de agravos.

O desenvolvimento de meu trabalho durante o tempo das aulas de especialização foi transformado em estreita relação com a reflexão dos casos clínicos empregados, enriquecendo nossa experiência sobre os modelos práticos usados, baseados no ensino polêmico.

Cada um dos casos clínicos estudados refletia em alguns momentos a nossa realidade vivenciada no dia a dia, as dificuldades, as fragilidades e deficiências de atendimento e de resolutividade de problemas. Achei muito às revisões de medicina baseada em evidencias, e emprego de algoritmos que dão maior agilidade nas consultas médicas, além dos artículos sobre psicoterapia incluídos. Em fim com este curso de Especialização em saúde da família tive a possibilidade de trocar conhecimentos com os participantes, pensamentos, ações que estava desenvolvendo e os resultados que estavam sendo obtidos; também me ajudou no crescimento profissional a aperfeiçoar no dia a dia as minhas condutas técnicas, nos meus atendimentos com meus pacientes, e formando vínculos, aprendi a interagir com a equipe, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço.

Agradeço pela possibilidade de ter vindo pra o Brasil, e sonho com um futuro melhor, donde todas as iniciativas deste curo sejam implementadas, assim como políticas de saúde sejam estabelecidas, pra que nós médicos consigamos melhorar ainda mais a saúde deste povo.

REFERÊNCIAS BIBIOGRÂFICAS:

- Adolfo Melich; José Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015- 2016). São Paolo: AC Farmacêutica, 2016.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

- Bras Cardiol, v. 81, n. 4, p. 343–348, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17. SUS, U. A. do. Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS. 2015.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

-Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC; Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013;101(4 supl. 1):1-22

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR. Arq Bras Cardiol. 2002;78(supl.1):1-13.

- Carvalho DF, Paiva AA, Melo AS, Ramos AT, Medeiros JS, Medeiros CC, et al. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):491-8.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2017;109(2 supl. 1):1- 76

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Dayselis Rivera Romero

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DA ESF SÃO BENTO NA CIDADE DE LAJEADO/RS

PORTO ALEGRE
2017

RESUMO

A gravidez na adolescência é representada como um problema a ser enfrentado com o suporte familiar. Este estudo de intervenção educativa tem como objetivo promover ações de educação em saúde na prevenção da gravidez na adolescência e orientações ao cuidado de familiares às adolescentes grávidas na Equipe de Saúde São Bento, Rio Grande do Sul. Será utilizado como estratégia metodológica: formação de um círculo de adolescentes, organização de consultas trimestrais a esta população, identificação das adolescentes com maior risco de engravidar e disponibilização de métodos anticoncepcionais adequados, indicar palestras aos familiares das grávidas, criação de círculos de famílias com adolescentes grávidas e das adolescentes de risco, fazer encontros geracionais entre ambas as populações verificando seus conhecimentos sobre os riscos. Considera-se que, ao se valorizar a perspectiva dos familiares sobre a gestação na adolescência, o cuidado profissional à adolescente grávida e à família pode se dar em parceria, facilitando o enfrentamento de conflitos e reconhecendo a família como sujeito ativo nesse processo.

Palavras-chave: Gravidez. Atenção Primária à saúde. Saúde do adolescente.

SUMÁRIO

1. Introdução 4

1.1 Problema 4

1.2 Justificativa 5

2. Objetivos 6

2.1 Geral 6

2.2 Específicos 6

3. Revisão da literatura 7

4. Metodologia 9

5. Cronograma 11

6. Recursos necessários 12

7. Resultados esperados 13

8. Referências 14

1. INTRODUÇÃO

O município de Lajeado está localizado no estado do Rio Grande do Sul, suas principais atividades econômicas são à indústria alimentícia e a agricultura. É conhecida por ser a “capital do Vale do Taquari”. A população de Lajeado é formada por descendentes de alemães e italianos principalmente, possui 79.172 habitantes, tem uma população rural e urbana. Desde julho de 2013, o município assumiu a gestão plena do sistema de saúde. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser prioridade, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF São Bento, situa-se no município de Lajeado/RS, em área rural. Existe um convênio com a universidade local (Univates), como campo de estágio de técnicas de enfermagem e enfermagem.

A unidade possui estrutura física adequada após a reformação realizada.

A ESF São Bento tem uma equipe de saúde composta por 1médico, 1 pediatra, 1 odontóloga, uma enfermagem, 2 técnicas de enfermagem uma administrativa, 5 agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar geral de limpeza.

Na área de abrangência existe predomínio das doenças crônicas (Hipertensão arterial, Diabetes mellitus), doenças mentais. Possui uma população de 3114 habitantes, na área rural, sendo 213 adolescentes femininas cadastradas na faixa etária de 12 a 18 anos, contamos com um total de 19 grávidas, delas 7 são adolescentes.

1.1 PROBLEMA

Alto índice de gravidez na adolescência na população acompanhada pela equipe do posto de saúde São Bento, e o pouco conhecimento de cuidados das famílias para com uma adolescente grávida e as repercussões sociais desta na sociedade.

Diante do exposto o plano de ação tem por objetivo promover ações de educação em saúde na prevenção da gravidez na adolescência e orientações ao cuidado de familiares às adolescentes grávidas na Equipe de Saúde São Bento, Lajeado- Rio Grande do Sul.

1.2 JUSTIFICATIVA

A incidência de gravidez em adolescentes que se apresentam para o cuidado no pré-natal no posto de saúde São Bento, município Lajeado- Rio Grande do Sul.

Elege-se este o problema de saúde para um plano de ação por despertar preocupação em toda a equipe de saúde, levando-se em conta as complicações que podem acarretar na saúde destas jovens. A gravidez na adolescência desde o início significa um risco para saúde da adolescente e de seu filho porque nesta faixa etária pouco é o preparo biológico e psicológico para receber uma gravidez, ademais, na maioria das vezes, são gestações não planejadas e nem desejadas, o que atrasa a busca por atendimento pré-natal e agrava o risco de complicações.

Levando-se em consideração o alto índice de gravidez na adolescência na população acompanhada pela equipe do posto de saúde São Bento, e o pouco conhecimento de cuidados das famílias para com uma adolescente grávida e as repercussões sociais desta na sociedade motiva-se a realização deste plano de ação com intervenção Educativa para ações de prevenção da gravidez na adolescência e promoção da saúde da adolescente.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Promover ações de educação em saúde na prevenção da gravidez na adolescência e orientações ao cuidado de familiares às adolescentes grávidas na Equipe de Saúde São Bento, Lajeado Rio Grande do Sul.

2.2 Específicos

- Aumentar o número de adolescentes e familiares que serão contempladas pelo projeto.
- Acompanhar as consultas das adolescentes gestantes em todo o pré-natal.
- Desenvolver ações de educação em saúde que possam diminuir a incidência da gravidez na adolescência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (1990), considera-se adolescente, a pessoa na faixa etária entre 12 e 18 anos. A adolescência pode ser caracterizada como um período da vida marcado por mudanças físicas e emocionais, momento esse considerado, por alguns, como de crise no qual o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social (HERCOWITZ 2002).

A adolescência é uma fase bastante conturbada. Na maioria das vezes, em razão das descobertas, das ideias opostas as dos pais e irmãos, formação da identidade, fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras e tabus. Muitas alterações são percebidas na fisiologia do organismo, nos pensamentos e nas atitudes desses jovens que podem estar relacionadas com a saúde reprodutiva. (PELÁEZ MENDOZA, 2000).

Segundo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA,2013), todos os dias, nos países em desenvolvimento, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações de gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, das quais 2 milhões são menores de 15 anos, número que podem aumentar para 3 milhões até 2030, se a tendência atual for mantida.

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dê a luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens em todo o mundo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) mais de 20000 adolescentes dão a luz cada dia, em 2013 dos 27 mil partos, mais de 7 mil foram de adolescentes, sendo estatisticamente uma taxa elevada para o país (SANTOS SILVA, 2000).

Essas adolescentes têm sido consideradas cientificamente como um grupo de risco para a ocorrência de problemas de saúde em si mesma e em seus conceptos, uma vez que a gravidez precoce pode prejudicar seu corpo ainda imaturo e seu crescimento normal. Esse grupo também está sujeito à eclampsia,

anemia, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e recém-nascidos de baixo peso (SANTOS SILVA, 2000).

Além dos fatores biológicos, a literatura correlata acrescenta que a gravidez em adolescentes também apresenta repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico, que afetam a jovem, a família e a sociedade (PELÁEZ MENDOZA, 2000).

Parece haver consenso no reconhecimento de que uma gravidez, nessas circunstâncias, configura-se como um ponto de grande interesse social e até como um problema de saúde pública, dada as consequências já mencionadas, necessitando de atendimento diferenciado nos serviços de saúde (COSTA, 2003).

Nesse sentido, tem-se sugerido, sempre que possível, a inclusão do pai do bebê, da família, ou até de outra pessoa significativa no acompanhamento das gestantes adolescentes pelos serviços de saúde, no intuito de garantir uma gestação prazerosa e com menor índice de intercorrências (COSTA, 2003). Tem-se por parte da sociedade, a expectativa de que a família produza cuidados a seus membros e, nesse processo, pode estar envolvida nos cuidados do sistema profissional de saúde para apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la (ELSEN et al, 2002).

Logo, na prática dos profissionais de saúde com famílias, os fenômenos que envolvem os processos de saúde e doença de seus membros devem levar em consideração as expectativas, relações e os contextos familiares. Ao se revisar a literatura científica que privilegia a gravidez na adolescência, sobre uma abordagem compreensiva, depara-se com a crescente preocupação em apreender a perspectiva das adolescentes sobre esse fenômeno, entretanto, constata-se, ao mesmo tempo, que existe uma produção ainda incipiente de pesquisas explorando a visão dos familiares quando vivenciam esse processo em suas famílias. (DIAS GOMES, 2000).

As adolescentes precisam do apoio da família e da escola, porque nessa idade estão no processo de formação da personalidade e as influências e padrões são importantes, cabe a equipe de saúde da sua comunidade incentivar este apoio para uma melhor formação de valores que ajudem à formação de uma personalidade estável (CREATSAS ELSHEIKH, 2002).

4. METODOLOGIA

Para a realização deste plano de ação contaremos com a participação de toda a equipe e com os líderes da comunidade. Destaca-se que a maior parte desta atividade será desenvolvida nas escolas onde está concentrado o maior número das adolescentes. Para o desenvolvimento deste plano de ação serão utilizados diferentes momentos:

Primeiro momento: Educação em saúde para a prevenção da gravidez na adolescência.

Método

- Formação do círculo de adolescentes da USF São Bento fazendo trabalho educativo sobre diferentes temáticas de saúde e educação.
- Fazer palestras nas escolas, bairros e diferentes cenários sobre a importância de evitar a gravidez na adolescência por seus altos riscos complicações e repercussões sociais e familiares.

Avaliação

- Verificação da formação e funcionamento do círculo de adolescentes.
- Quantificar o número de palestras realizadas nos diferentes pontos planejados.

Segundo momento: Avaliação integral periódica das adolescentes da área da saúde.

Método

- Planejamento das consultas para adolescentes com uma frequência de três meses.

Avaliação.

Quantificar o número de pacientes adolescentes que vem a consultas planejadas.

Terceiro momento: Traçar a conduta necessária em cada avaliação realizada.

Método

- Avaliar em cada controle à adolescente com risco elevado de ficar grávida e utilizar o método anticoncepcional mais adequado.

Avaliação.

- Quantificar o número de pacientes nas quais se indicarem métodos anticonceptivos.

.

Quarto momento: Promover o uso de preservativos.

Método.

- Palestras sobre a importância e benefícios do uso de preservativos em adolescentes que tem relações sexuais.

Avaliação.

- Quantificar o número de preservativos entregues nos encontros com os adolescentes.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	X	X				
Segundo momento		X		X		
Terceiro momento			X		X	
Quarto momento	X		X			

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a execução do projeto serão necessários os seguintes recursos:

6.1 RECURSOS HUMANOS

- 5 agentes comunitários de Saúde.
- 2 Técnicas de enfermagem.
- 1 Enfermeiro.
- 1 Dentista.
- 1 Técnico de saúde bucal.
- 1 Médico

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para realização de grupos.
- Balanças.
- Esfignomanómetro DIGITAL.
- Canetas.
- Computadores.
- Impressora.
- Folhas A4.
- Fichas de Acompanhamento Domiciliar.
- Cadernos de Atenção Básica.
- Requisição para exames laboratoriais.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

7. RESULTADOS ESPERADOS

O benefício social para a comunidade, a diminuição do índice de gravidez na adolescência; estabelecer a função de cada equipe com mais claridade e responsabilidade, obter o cadastramento de todas as grávidas adolescentes na primeira consulta do atendimento com a participação de algum membro da família na assistência a consultas com elas, que pelo menos 0 50 % das lideranças da comunidade se interessem pelo projeto e ajudem nele, que sejam aceitadas as palestras a realizar nas escolas, e discussões em grupo, procurando incorporar a experiência de outras adolescentes que engravidam para auxiliar no esclarecimento e sanar dúvidas do público alvo sobre gravidez precoce.

8. REFERÊNCIAS

1. HERCOWITZ A. Gravidez na adolescência. Pediatria Moderna, a cidade? v.38, n.8, p. 392-5, 2002.

2. CHRIS M, SOUVER L. Family Health international. Saúde reprodutiva dos adolescentes. FHI, cidades? v.17, n.3, p. 2-10, 2002.

3. SANTOS IMM, SILVA LR. Estou grávida, sou adolescente e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: Ramos FRS, Monticeli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, p.176-82, 2000.

4. PELÀEZ MENDOZA J. Adolescentes grávidas. Características e riscos. Revista Cubana Obstetrícia y Ginecologia, v.22, n.1, p.11-5, 2000.

5. COSTA LR. Gravidez na adolescência: experiência do Hospital Municipal São João Batista, Volta Redonda RJ. Pediatria Moderna; v.39, n.6, p.182-6, 2003.

6. ELSEN I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN I, MARCON SS, SANTOS MR, organizadoras. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; p.11-24, 2002.

7. DIAS ACG, GOMES WB. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicol Reflex Crit, v.13, n.1, p.109-25.2000.

8. CREATSAS G; ELSHEIKH A. Adolescent pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care, v.28, n.2, 2002.