



**ALEXANDER AGUILAR CASTILLO**

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO  
CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL  
UBS/ESF PINHAL SANTO ANTÔNIO - SINIMBU/RS**

**PORTO ALEGRE - RS  
FEVEREIRO DE 2018**



**ALEXANDER AGUILAR CASTILLO**

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO  
CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL  
UBS/ESF PINHAL SANTO ANTÔNIO - SINIMBU/RS**

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: Lucas Mello Pioner

**PORTO ALEGRE - RS**

**FEVEREIRO DE 2018**

## RESUMO

A Unidade de Saúde Familiar do Pinhal Santo Antônio localizada no município Sinimbu, no estado Rio Grande do Sul, tem como características principais uma população com baixo nível intelectual, assim como cultural e elevada taxa de desempregados, além disso tem como consequência uma elevada incidência de gravidez na adolescência. O projeto de intervenção realizado foi uma proposta de trabalho com os adolescentes e todas aquelas pessoas envolvidas no processo para evitar um fenômeno de este tipo (gravidez na adolescência). No estudo apresentamos um grupo de adolescentes previamente cadastrados entre 10 e 19 anos de idade, além disso também existiram profissionais capacitados para realizar diversas atividades sobre gravidez na adolescência, cujo objetivo principal é elevar o nível de conhecimento sobre este tipo de evento, assim como suas consequências e repercussão ante a vida dos adolescentes. Além disso através do TCC foram realizadas algumas atividades como estudo do caso clínico, atenção pré-natal e visita domiciliar, e seu comportamento na Atenção Primária da Saúde na Unidade de Saúde Familiar do Pinhal Santo Antônio no município de Sinimbu, mediante medidas de promoção, prevenção e educação para a saúde, cujo objetivo final é melhorar sempre a qualidade de vida dos pacientes e sua família de forma geral, assim como da própria comunidade.

**Descritores: Atenção Primária, Gravidez na adolescência, Promoção da Saúde, Saúde da família.**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO	9
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL.	14
4. VISITA DOMICILIAR	20
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	29

## 1. INTRODUÇÃO

A formação acadêmica na Faculdade de Ciências Médicas ocorreu na província de Granma Cuba, pertencente ao Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, culminando os estudos no ano 2008. Na sequência, após a formação, iniciei uma pós-graduação em Terapia Intensiva durante um ano. Após a conclusão do curso, trabalhei na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Rene Vallejo Ortiz de meu município de origem, Campechuela - Cuba.

Posteriormente, ao final do ano 2009, foi-me incumbida a tarefa de cumprir uma missão internacional na República da Venezuela, trabalhando como médico intensivista nas Unidades de Terapia Intensiva dos Hospitais Venezuelanos por quase 4 anos. O trabalho proporcionou resultados muito satisfatórios e no ano de 2013, voltei para meu país, onde continuei trabalhando na UTI do Hospital de meu município. Além disso, comecei neste mesmo ano a especialização em Medicina Geral Integral pelo intervalo de dois anos. Neste mesmo período, permaneci trabalhando no Hospital e realizando estágios específicos da formação em ambulatórios de atenção primária de saúde e exames de avaliação de disciplinas correspondentes da especialidade em estudo.

Como Idiomas de domínio tenho o Espanhol como língua materna, conhecimento em Inglês básico e inglês médico e a Língua Portuguesa em nível básico e conhecimento em termos médicos.

Em relação à participação em eventos posso citar:

- 2009: Palestra sobre doenças cerebrovasculares no Hospital Celia Sánchez Manduley.
- 2009: Curso intensivo sobre arritmias cardiovasculares no Hospital Celia Sánchez Manduley.
- 2009 Palestra sobre o comportamento do programa materno infantil na província de Granma e meu Município de Campechuela.
- 2010 Curso em metodologia da investigação em saúde.

Todo profissional da saúde, para ter um bom desenvolvimento das atividades na população que ele atende, deve conhecer bem suas características sociais, econômicas, culturais e suas origens. Sinimbu é um município localizado no estado de Rio Grande do Sul, com uma população de 10.404 (estimativa 2016), de origem alemã, com uma economia baseada principalmente na agricultura (fumo) e pecuária. Limita com os municípios de Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Herveiras, Passa Sete, Lagoão, Boqueirão do Leão, Gramado Xavier e Venâncio Aires. (RS, 2017).

A unidade de saúde onde trabalho se encontra localizada no interior do município de Sinimbu em uma comunidade chamada Pinhal Santo Antônio. Sua população cadastrada é de atualmente, 1585 habitantes. Possui como característica principal a predominância de meio rural e com muito baixo nível de escolaridade, cultural e econômico. (BRASIL, 2017).

De acordo com a lei 8.808 a saúde conta com fatores que determinam e condicionam a moradia, alimentação, o meio ambiente, o trabalho, renda, educação, transporte entre outros, sendo fatores que condicionam as direções para uma correta construção do perfil de uma comunidade, ocorrendo com clara consciência de compromisso com as transformações em saúde para melhoria da população, favorecendo assim o desenvolvimento do sistema de saúde. (LEI 8.080/1990 (LEI ORDINÁRIA) 09/19/1990).

Tendo em conta alguns indicadores da comunidade onde trabalho, em relação a qualidade vida da população local, podemos citar algumas características:

- Consumo de água: o maior percentual da população consome água não tratada, proveniente de poços e cacimbas, contribuindo assim para uma incidência elevada de parasitismo intestinal entre outras doenças do aparelho digestivo etc.
- Toda a população possui em suas casas energia elétrica, realizando bom uso desta.

Em relação ao perfil epidemiológico, podemos afirmar que é um indicador de vital importância, medindo vários fatores ou situações de uma comunidade no processo

saúde- doença. Nossa população local, conta com uma mortalidade infantil de 16,13 por mil nascidos vivos (município geral - 2013) sendo que as maiores causas da morte infantil ocorreram por malformações congênitas. Em pessoas adultas existem três causas mais frequentes de mortalidade entre elas: Neoplasias, Doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório. (BRASIL, DATASUS, 2017).

A maioria da população trabalha na agricultura (fumo), constituindo a principal fonte econômica do município. Assim sendo, observa-se uma elevada incidência e prevalência de doenças do sistema osteomioarticular, principalmente doenças da coluna vertebral (escoliose e outras deformidades), demonstradas como queixas principais nas consultas clínicas (lombalgia e cervicalgia).

Em minha unidade de saúde existe uma boa comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo como resultado final um trabalho interdisciplinar que resulta em satisfação do atendimento por todos. A intensão de toda a equipe é a melhoria contínua da qualidade de vida da comunidade local, mantendo sempre os pilares do código de ética de nossa profissão. A equipe de saúde da unidade em que atuo é composta por: um médico, nutricionista e psicóloga compartilhadas pelo NASF, higienizadora, recepcionista, odontóloga, auxiliar de consultório dentário enfermeira, técnica de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Tanto no município como em minha unidade, realizamos reuniões de equipe periódicas, que contribuem muito para melhorar os serviços de saúde e as metodologias de trabalho. Tudo isto reflete positivamente na comunidade, pois todas as reuniões levam em conta os aspectos da comunidade, como localização geográfica, condições de moradia, situação social e cultural, programas do governo como bolsa família, dados epidemiológicos e recursos humanos e materiais da equipe de trabalho.

A comunidade conta com uma associação de moradores ativa; um conselho municipal de saúde que é bem atuante que se reúne 1 vez por mês na sede da secretaria municipal de saúde. Além disso existe no município o PSE - Programa de Saúde na Escola, que trabalha em conjunto com a Secretaria de Educação, realizando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em toda a população escolar.

Como profissional atuante do programa mais médicos, escolhi como tema de meu projeto de intervenção a Gravidez na Adolescência, tendo como título "Plano integrado

de ações estratégicas para redução de gravidez na adolescência”. O projeto será desenvolvido na área adstrita da Unidade de Saúde Pinhal Santo Antônio que possui 112 meninas adolescentes cadastradas no e-SUS, na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. (BRASIL, DATASUS, 2017).

O problema a ser discutido neste projeto se trata da elevada incidência de gravidez na adolescência, população feminina de 10 a 19 anos de idade, que no ano de 2015 se apresentou em 17,28% dos nascimentos neste município. (BRASIL, 2017).

Este projeto será desenvolvido com intuito de elevar os conhecimentos das adolescentes e, assim, reduzir os riscos e as consequências da gravidez na adolescência, melhorando a qualidade de vida de cada mulher e preparando-as para uma boa etapa reprodutiva de sua vida.

Entendendo que a gestação na adolescência acarreta em possíveis consequências físicas, psicológicas e sociais, um trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a mudança de paradigmas culturais seria de grande importância no aumento da resolutividade local frente a esta questão, justificando assim este tipo de estudo.



## 2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 anos, raça branca, casado, dois filhos, produtor agropecuário durante toda a vida, 76 kg, 163 cm de altura, índice de massa corpórea (IMC) = 28,6 kg/m<sup>2</sup> (Sobre Peso). Antecedentes clínicos: Diabetes Mellitus tipo II em uso de Insulina NPH U-100 15UI 1 vez ao dia e Metformina 850mg 3 vezes ao dia há 15 anos; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uso de Enalapril 20mg 2 vezes ao dia, Hidroclorotiazida 25 mg ao dia e ASS 100 mg ao dia há 20 anos. O pai era portador de Diabetes Mellitus tipo II e a mãe portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ambos já falecidos.

O paciente chega a consulta deambulando com dificuldade, acompanhado por sua esposa e filho, referindo que a um mês não realiza tratamento contínuo prescrito para Diabetes Mellitus. Relata que parou seu tratamento por conta própria e a partir de então iniciou com astenia, redução do apetite, parestesias e dor nos membros superiores e inferiores, referiu estar urinando pouco (oligúria) e apresentava lesão ulcerosa no membro inferior direito há mais de 30 dias, sendo que ele mesmo realizava os curativos em sua casa, com produtos naturais.

Ao exame físico apresentava-se: Mucosas: hipocoradas; Pele: lesão ulcerosa em membro inferior direito - coxa terço inferior, região lateral externa, de 5 cm de diâmetro avermelhada, com secreção amarelada e presença de crosta enegrecida; descamação de ambos membros; Tecido Celular Subcutâneo: edema em ambos membros inferiores até terço médio de ambas pernas (++); Sistema circulatório: PA: 150/100 mmHg. Ausência do pulso pedioso bilateralmente.

Como conduta na primeira consulta, foi medicado para sua pressão arterial elevada com Captopril 25 mg, 1 comprimido por via oral. Foi reavaliado após 30 minutos, passando sua PA para 140/90 mmHg. Além disso, foram indicados exames laboratoriais: Hemograma completo, Coagulograma, Creatinina, Ureia, Ácido úrico, Lipidograma, Glicose em jejum, Hemoglobina glicosilada, TGO, TGP, Proteínas totais, Sódio, Potássio, EQU, Urocultura, Eletrocardiograma em repouso e Exame de fundo de olho. Foram dadas orientações sobre a dieta entre elas: evitar o consumo de açúcares, variar grupos de alimentos preferindo alimentos frescos e não processados, fracionar as

refeições (realizar lanches nos intervalos preferindo frutas), aumentar a ingestão de frutas, reduzir o consumo de gorduras e alimentos salgados. Prescrito o seguinte tratamento, Enalapril 20 mg 1 comprimido de 12/12 horas, Furosemida 40 mg 1 comprimido ao dia (9:00 horas), e ASS 100 mg 1 comprimido ao dia (noite), Insulina NPH U-100 20 unidades subcutânea pela noite, Metformina 850 mg 1 comprimido ao dia depois café de manhã via oral. Para a lesão ulcerosa: Cefalexina 500 mg 1 cápsula 6/6 horas por 10 dias por via oral, Metronidazol 250mg 1 comprimido 8/8 horas por 10 dias, Paracetamol 500 mg 1 comprimido 6/6 horas se dor ou febre, curativos com Neomicina pomada uma vez ao dia até desaparecer a lesão e Gabapentina 300 mg 1 comprimido 12/12 horas por via oral.

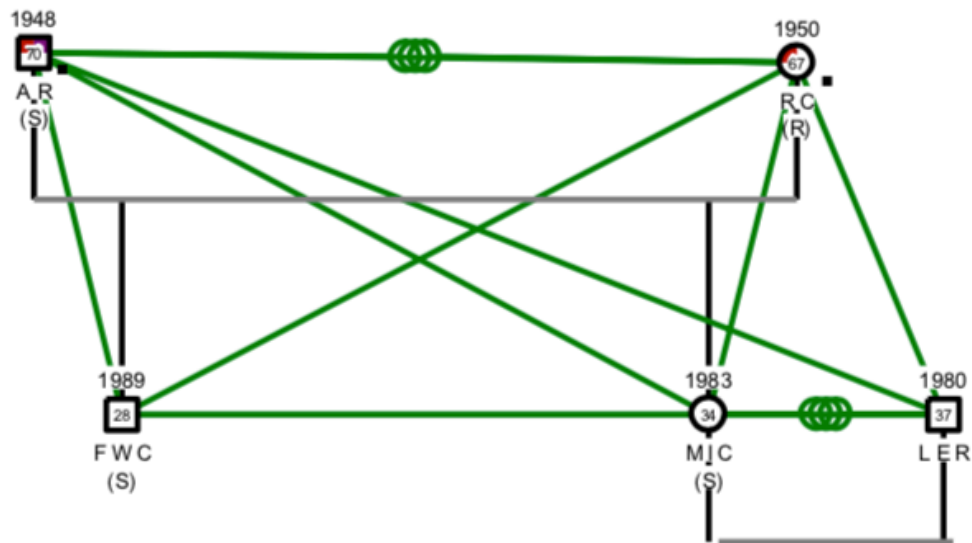
Na consulta de retorno, 7 dias depois, trouxe exames laboratoriais realizados que evidenciavam Leucócitos 14.000, Hemoglobina: 11,3 g/dl, Hematócrito 35, Glicose em jejum 168 mg/dl, Hemoglobina Glicada 9%, Urina tipo 1 com presença sangue oculto, Colesterol Total 270mg/dl, Colesterol LDL 160mg/dl e HDL 40mg/dl. O resto dos exames normais, o paciente foi encaminhado para serviço de oftalmologia para realizar fundo do olho.

Ao exame físico Mucosas: hipocoradas, Pele: lesão ulcerosa em membro inferior direito (coxa terço inferior, região lateral externa), de 2 cm de diâmetro, com boa cicatrização, sem secreções. Tecido celular subcutâneo: edema em ambos membros inferiores ao nível maleolar dos dois pés (+). Oriento a manutenção de tratamento medicamentoso para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em uso contínuo. Sinvastatina 20mg ao dia, por via oral à noite por 3 meses e finalizar os três dias restantes do tratamento com antibióticos e assim atingir os 10 dias prescritos. Continuar com os curativos até o desaparecimento da lesão ulcerada no membro inferior direito. Até o momento, está ocorrendo a adequada cicatrização da mesma.

Forneço novamente orientações nutricionais de acordo a consulta anterior e também oriento o paciente para a prática de exercícios aeróbicos para melhoria de seu controle glicêmico, manutenção do seu peso ideal e diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares. Tais exercícios deverão ser realizados de forma regular, com um total de 150 minutos por semana, distribuídos em três dias por semana, não mais de dois dias consecutivos evitando assim quadros de hipoglicemias. Após três meses de acompanhamento o paciente retorna para consulta de acompanhamento com um bom

controle metabólico de sua Diabetes Mellitus, Glicose em jejum 110 mg/dl, com HAS controlada com valores normais, Colesterol total 170 mg/dl, Colesterol LDL 98 mg/dl e Colesterol HDL 48 mg/dl. O resto dos exames normais.

Figura 1 - Genograma



## DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Neste caso clínico estamos em presença uma vez mais, de pacientes que não possuem aceitação de sua patologia como um problema, podendo assim ter repercussões negativas caso não tratado e cuidado corretamente. Tal problema é ainda mais evidente no sexo masculino que oferecem mais resistência a diferentes eventos da vida cotidiana.

O paciente em questão é portador de Diabetes Mellitus tipo II, Neuropatia Diabética como complicação microvascular da própria Diabetes, associado a Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Sobre Peso demonstrado pelo índice de massa corpórea e uma lesão cutânea infectada no membro inferior. Todos estes elementos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças renais, cardiovasculares, incluindo possíveis amputações em caso de tratamento inadequado para a ulcera infectada associada a neuropatia periférica por danos de nervos periféricos,

com perda da sensibilidade, associado a níveis elevados de colesterol em sangue. (OMS, 2017).

O paciente, na primeira consulta, foi diagnosticado com uma Diabetes Mellitus tipo II descontrolada por abandono do tratamento, com índices elevados de glicose em sangue, acompanhado de níveis elevados de Pressão Arterial e presença de lesão ulcerada no membro inferior direito, além de uma Neuropatia Periférica como complicação microvascular da Diabetes e Sobre Peso. O paciente foi medicado com hipoglicemiantes orais, por via subcutânea, anti-hipertensivos via oral, ao unísono com orientações dietéticas, logrando assim um bom controle do perfil glicêmico e parâmetros normais da pressão arterial. Ocorreu a boa cicatrização da lesão cutânea. Nas próximas consultas foi prescrito Sinvastatina por apresentar níveis elevados em sangue nos exames laboratoriais de Colesterol Total e Colesterol LDL. Ressalta-se aqui o aumento do risco de doenças cardiovasculares e doenças de natureza trombóticas com repercussão cerebral e cardiovascular fundamentalmente. Assim sendo, foi orientado manter o mesmo tratamento anti-hipertensivo para reduzir ainda mais o nível de risco deste paciente de doenças cardiovascular, junto a orientações de práticas de exercícios aeróbicos.

Observamos que o paciente ao início das consultas mostrou elementos diagnósticos sobre uma Síndrome Endócrino Metabólico descontrolada, dado por Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias, Microangiopatia Diabética, Sobre Peso, todos riscos para desenvolver doenças cardiovasculares, renais e cerebrais, realizando um tratamento oportuno neste paciente com resultados ótimos, reduzindo assim os riscos citados anteriormente. (OMS, 2017).

## **CONCLUSÕES**

No caso clínico analisado e descrito, devemos ter em conta que todos os esforços e estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos pacientes em cada comunidade, nunca serão suficientes o bastante. Temos de realizar um trabalho contínuo e efetivo com o intuito de captar precocemente os pacientes de risco, tratar adequadamente e estimular constantemente as atividades preventivas. (OMS, 2017). O

paciente referido neste estudo, além de apresentar Doenças Crônicas não transmissíveis de base (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) há vários anos, demonstrou um descontrole metabólico que pode ser tratado oportunamente evitando complicações maiores como doenças cardiovasculares graves, doenças cerebrovasculares e renais de grande magnitude. Foi tratado de forma medicamentosa, sendo reavaliado em cada consulta com resultados ótimos, junto alterações positivas em seu modo e estilo de vida, mediante orientações nutricionais, prática de exercícios. Ocorreu a melhora significativa dos níveis de glicose, colesterol, peso adequado e controle de sua HAS.

Assim sendo, é importante, cada dia mais, fortalecer as ações de prevenção e promoção e saúde, visando reduzir os indicadores de morbidade e de mortalidade por causas diversas em toda nossa população, além da melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL.**

A saúde e o bem-estar social são necessidades aos quais pessoas e grupos de pessoas aspiram por toda sua vida. Quando as pessoas pensam em ter saúde ou curar alguma patologia estabelecida, há uma forte tendência em ter a instituição hospitalar e aos profissionais nesse campo como referência principal de cuidado.

Para alguns, é difícil conceber que a produção da saúde tem que se fazer também, com outros profissionais assim como com outros setores. Reside aqui o mérito da promoção da saúde que pouco a pouco, ganhou espaço, não só no setor da saúde, mas também em outros setores sociais que são fundamentais nos determinantes sociais que condicionam o processo saúde-doença e permitem a manutenção e a melhorar as condições de saúde.

A promoção da saúde, simboliza uma habilidade ou estratégia importante para o enfrentamento dos distintos problemas de saúde que acontecem diariamente nas populações e seus entornos. A partir do conhecimento extenso e ampliado do processo saúde-doença e de seus determinantes, ela nos brinda um sem número de conhecimentos técnicos e habituais, a incorporação dos serviços comunitários, públicos e privados para desafio e resolução. Tal articulação estabelece as bases para a estruturação de uma região saudável.

Sob estes aspectos, ressalta-se a importância da educação da população como um todo, como um fator determinante na saúde dos indivíduos. É bem conhecido que aqueles que estão mais predispostos a ter pouca saúde não são apenas os mais pobres, senão aqueles que têm o menor nível educacional.

A participação da comunidade e de todas equipes de apoio à saúde é um princípio compartilhado pela educação em saúde. Tanto o sistema de saúde como os outros setores da sociedade estão conscientes da importância de a comunidade definir suas próprias prioridades.

O Sistema de Saúde tem como objetivo fundamental a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, curar ou aliviar e reabilitar quando necessário o paciente

doente. As medidas projetadas não só para evitar a aparência da doença, como a redução de fatores de risco, mas também para interromper o seu progresso e mitigar a suas consequências uma vez estabelecidas. (OMS 2016).

As Estratégias de Saúde da Família constituem um cenário fundamental para a realização de diferentes atividades de prevenção, promoção e educação para saúde. A equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família Pinhal Santo Antônio do Município de Sinimbu/RS realiza as atividades previstas pelo programa e possui como equipe: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, 5 agentes comunitários de saúde e a própria comunidade que trabalha de forma conjunta e ao unísono, mediante tarefas em vários programas do sistema de saúde, como atenção pré-natal.

Na portaria Nº. 648 de 28 de março de 2006 são apresentados os princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, as responsabilidades de cada esfera de governo, a infraestrutura e recursos necessários às suas ações, os processos de trabalho e atribuições das equipes de atenção básica, os processos de cadastramento das unidades de saúde e os processos de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica. (BRASIL, 2006).

Publicada no mesmo ano do decreto 7.508, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2011) se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde individual e coletiva, de promoção, prevenção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações devem ser desenvolvidas com caráter descentralizado e o mais próximo dos indivíduos, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como organizadora do modelo de atenção (BRASIL, 2011).

## DESENVOLVIMENTO

A ESF Pinhal Santo Antônio município de Sinimbu/RS, conta com uma população cadastrada pelo E-SUS de 1585 habitantes. Possui como característica principal a predominância de meio rural e com muito baixo nível de escolaridade, cultural e econômico. Conforme a Lei 8.080 de 1990 artigo 3º, a saúde conta com fatores que determinam e condicionam a moradia, alimentação, o meio ambiente, o trabalho, renda,

educação, transporte entre outros, sendo fatores que condicionam as direções para uma correta construção do perfil de uma comunidade, ocorrendo com clara consciência de compromisso com as transformações em saúde para melhoria da população, favorecendo assim o desenvolvimento do sistema de saúde (BRASIL, 1990). No que se refere às consultas de pré-natal, elas têm como objetivos fundamentais promover ações educativas, conhecimentos para a saúde da futura mãe, a família e a criança, vigilando o desenvolvimento e a vitalidade fetal durante todo o processo da gestação, assim como prevenir, diagnosticar e realizar tratamentos oportunos para evitar complicações durante a gravidez. (OMS, 2013).

Na prática diária das consultas pré-natais, observamos que muitas das gestantes desconhecem a planificação familiar e em que consiste a mesma, na primeira consulta pré-natal relatam que a gravidez não foi planejada ou mesmo desejada, com um maior índice nas adolescentes.

Observando este tipo de dificuldade, a equipe discutiu a necessidade de implementar práticas de planificação familiar, assim como elevar conhecimentos sobre a gravidez na adolescência, de forma mais extensiva para a toda a comunidade. Procurando-se a troca de ideias e o diálogo com as mulheres e comunidade, acentuando a importância sobre os métodos contraceptivos, incentivar sobre a importância do uso de contraceptivos sem limitações e preconceitos, além disso realizar palestras sobre saúde sexual e reprodutiva.

Para a realização das estratégias propostas foi necessário a capacitação de todos profissionais vinculados ao atendimento da comunidade e adolescentes para efetuar conferências, encontros e trocas, sobre os riscos da atividade sexual precoce, assim como as consequências de uma inadequada planificação familiar em mulheres adultas. Mediante o apoio das agentes comunitárias mediante o sistema de agendamento das consultas se intensificaram os agendamentos para as consultas pré-natais e planificação familiar, ressaltando a importância destas consultas, orientando o comparecimento à as mesmas no posto de saúde.

Com ajuda de outros líderes da comunidade e outros pacientes logramos identificar a demanda de adolescentes, gestantes e puérperas que precisavam de visita domiciliar e seguimento mais controlado. Mesmos com os agendamentos para consulta



facilitados ou visita domiciliar mais frequente, ainda se observaram pequenas dificuldades por parte das gestantes para realizar as consultas pré-natais de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde como deslocamento, acesso, momento de trabalho (safra de fumo) e valorização do momento em que se encontravam.

Para o Ministério da Saúde, as gestantes deverão realizar no Mínimo 6 consultas de pré-natal, dentre elas uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre. É ainda recomendado consultas mensais até 28ª semana de gestação, quinzenais da 28ª à 36ª semana e semanais da 36ª semana até o momento do parto. Tais consultas deverão ser compartilhadas com a equipe de enfermagem da unidade de saúde, avaliando o risco individual de cada paciente e os fluxos de atendimento do risco habitual, referência quando necessário e encaminhamento à maternidade para o parto ou após a 41ª semana (Fonte BRASIL, 2012).

Além das dificuldades encontradas no planejamento familiar, identificou-se por parte das gestantes e puérperas, grandes desconhecimentos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses, resultando por incorporação de leite artificial, outros produtos alimentícios ou desmame precoce do recém-nascido ou lactente, provocando doenças gastrointestinais (gastroenterite), desnutrição, transtornos do desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros problemas.

Com a identificação destes problemas, se efetivou um trabalho em equipe, localizado na Sala de Reuniões da Estratégia de Saúde da Família Pinhal Santo Antônio, junto a gestantes e puérperas, também em companhia de algum familiar como um fator estimulante. Este momento teve como objetivo principal fomentar medidas e ações de prevenção, promoção e educação em saúde, principalmente sobre as etapas da gestação, momento do parto, planejamento familiar e aleitamento materno exclusivo e suas vantagens tanto para a mãe como a criança em desenvolvimento. Em nossos encontros ocorreram trocas de experiências, debates por parte das gestantes, puérperas e familiares de forma muito dinâmica, compartilhando as vivências entre si, fortalecendo os conhecimentos sobre os benefícios e a importância do aleitamento materno exclusivo.

Contamos com uma situação em particular de uma mãe adolescente de 18 anos, mãe por primeira vez, visita o centro de saúde acompanhada de sua mãe para realizar consulta de puericultura, recém-nascido de dez dias, cesárea, Apgar 9/9 pontos, bom

peso ao nascer de 3.500 gramas, a mãe relata que sua filha de dez dias de vida, se encontra fraca e que não consegue se alimentar bem. Devemos ter em conta alguns aspectos a considerar como: no momento do parto foi atendida numa clínica privada, foi realizada cesárea por indução fracassada as 39.5 semanas, a primeira mamada foi oito horas após o nascimento, após 48 horas de vida encontrava-se amarela, (tinte icterico) e foi colocada em fototerapia por 24 horas, a mãe visitava a criança, dava de mamar, mas não deixava leite para ela, após melhora do quadro clinico é dada alta. Peso na alta 3.200 gramas. Em minha consulta a mãe relata que, nas primeiras noites sua filha chorava muito e colocava constantemente a amamentar, mas com muita dor nas mamas, que se encontravam cheias e duras, depois conseguia dormir bem, mas faz dos dias que a criança não realiza suas necessidades fisiológicas e é realizada troca de fraldas depois que amamenta sua filha. Exame físico: peso da criança 3.000 gramas, altura 50.2 cm, mucosas úmidas, mas se observa um pouco magra, sonolenta, ao retirar a roupa, acorda e chora. Ao exame físico das mamas observa-se endurecidas e com muitador, falamos para a mãe que comece a amamentar o seu bebe e se nota temerosa, sem apoiar as costas, mal alinhada, mostrando muita distância entre a nariz e a mama, observando-se só a aréola, tomando só o mamilo.

Na consulta junto a minha enfermeira e técnica de enfermagem, falamos para a mãe adolescente sobre as técnicas corretas do aleitamento materno, mãe se deve sentir confortável, com as costas apoiadas, idealmente, uma almofada no colo, apoia a cabeça da criança no ângulo do cotovelo. Segure o peito com os dedos em forma de "C". Explica-se também as frequências de aleitamento a livre demanda (sempre que tenha fome), o que ocorre de uma hora e meia a três horas, como conduta principal nessa primeira consulta foram as orientações sobre o aleitamento materno. Na segunda consulta de puericultura aos trinta dias, a mãe relata que a criança se encontra bem, bom estado geral, alimenta-se e dorme bem, realiza suas necessidades fisiológicas normais, ao exame físico encontra-se normal, mostrando um peso de 3.650 gramas, altura 50.5cm, recuperação de seu peso ideal.

Neste caso clinico estamos em presença uma vez mais de uma mãe adolescente, mãe por primeira vez, sem experiência nenhuma, com baixo nível intelectual. Observamos que ao início a criança não começou sua lactação após parto, senão 48

horas depois, além disso na primeira consulta a criança de dez dias nascida mostrou uma perda de peso de 500 gramas, justificando que as crianças logo do nascimento têm uma perda de peso justificável normal entre 5 % a 7 % do peso do recém-nascido, devido a: expulsão do mecônio, da urina e que ainda se alimentam pouco porque durante sua etapa embrionária recebia alimento constantemente através do cordão umbilical, mas uma vez que ele nasce isso termina (Revista Saúde Infantil, Bebe e mais. 2018), mas esta criança apresentava uma perda de peso de 500 gramas de acordo seu peso ao nascer, a mãe mostrava mamas endurecidas e com dor por uma inadequada forma de amamentar.

A paciente foi orientada pelos profissionais da saúde sobre as técnicas e frequência de aleitamento materno exclusivo, assim como os efeitos favoráveis tanto para ela como para sua filha, de retorno na segunda consulta observa-se recuperação de peso ideal na criança, com bom estado geral, assintomática, a mãe com mamas sem alterações, resultado de uma ótima amamentação.

O principal propósito ou meta traçada pela equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família Pinhal Santo Antônio era realizar um esforço para promover ações educativas e obter ótimos resultados em relação ao desenvolvimento da Gestação, Planificação Familiar e Aleitamento Materno Exclusivo, mediante atividades educativas destinadas a promover, prevenir e educar como:

1. Fortalecer a autoestima, auto valoração e autonomia para tomar as decisões certas sobre a sexualidade.
2. Uso de métodos contraceptivos sem limitações e preconceitos, tendo em conta suas indicações e contraindicações, utilizando sempre o mais eficaz para o paciente.
3. Prevenção da Gravidez na adolescência.
4. Indicações e conhecimentos sobre as formas de esterilidades cirúrgicas (vasectomia e laqueadura).
5. Estabelecimento dos dez passos para uma exitosa e eficaz amamentação, obtendo assim os benefícios para a mãe e a criança.
6. Técnicas corretas de amamentação.

7. Vantagens da amamentação materna exclusiva.
8. As possíveis consequências sobre o uso de medicamentos durante o período de amamentação.

De acordo o planteado pela OMS (2017), a amamentação é a maneira ideal de proporcionar às crianças pequenas, os nutrientes que precisam para um desenvolvimento saudável. Praticamente todas as mulheres podem amamentar, desde que tenham informações de qualidade o apoio de sua família e do sistema de saúde. A OMS sugere amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses e a introdução de alimentos adequados para a idade a partir dessa etapa.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

A medicina familiar é narrativa, é uma história ou relato composta pelas inúmeras visitas que o médico faz ao longo dos anos, estabelecendo um princípio de continuidade, uma vez que a equipe de cabeceira e o médico acompanham essa família na história de sua vida e participa dos marcos relacionados aos processos de saúde, doença e crises. O diálogo que o médico mantém com as famílias é marcado pelos marcos históricos de sua saúde, marcos que constituem uma parte importante de sua narrativa. A principal ferramenta da medicina familiar é a semiologia mediante o estudo dos sinais e sintomas apresentados com vistas a construir a narrativa com o paciente e suas famílias. A semiologia deve ser considerada como a arte de colecionar sintomas ou sinais, não apenas no campo biológico, mas em qualquer aspecto que permita ao médico estabelecer um modelo explicativo ou hipótese, de um papel institucional. (Medware .2007).

A semiologia ampliada permite ver o indivíduo e mais além dele, pois inclui todo o seu contexto, onde ele vive, com quem vive, as pessoas, seus relacionamentos e as circunstâncias em que seus eventos mentais ocorrem. Ainda sob este aspecto, deve sempre ser lembrado que é uma das atividades mais invasivas que os profissionais de saúde podem realizar, portanto, é uma atividade arriscada e não pode ser feita sem a preparação prévia.

Para todos os seres humanos, a casa é um espaço privado que deve ser protegido. Os profissionais que realizam visitas domiciliares devem imaginar o que aconteceria se uma pessoa chegasse à sua casa para abordar problemas de saúde, higiene, fatores ambientais. Desta forma, será mais fácil entender a assimetria que existe nessa área, especialmente nos setores mais desfavorecidos. Não lhes é permitido o direito de invadir as casas das famílias sem atender a certos requisitos entre os quais, o mais importante, é que se deve ter estabelecido um vínculo previamente. Os objetivos da visita familiar, do ponto de vista do sistema e de acordo com as necessidades de cada usuário, são: conhecer a casa, o meio ambiente e a situação familiar; detectar necessidades, recursos e redes; avaliar a família como uma unidade de cuidados; melhorar a definição dos problemas de saúde e diferenciar os diagnósticos das pessoas, permitindo que as pessoas sejam visualizadas, não como uma patologia, senão como seres humanos que têm um problema de saúde. (RBPS v. 26, n. 4, p. 513-522, 2013).

## **APRESENTAÇÃO DO CASO**

A Diabetes Mellitus em pacientes idosos e suas complicações demonstra, através de seus indicadores, uma das taxas de morbimortalidade mais frequentes ao nível mundial, constituindo um grupo prioritário para realizar acompanhamentos pelos diferentes serviços de saúde.

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica que, ao uníssono com idades avançadas, requer uma atenção médica contínua, assim como educação continuada, adequada aos pacientes e prevenindo complicações agudas da doença e reduzindo o risco de complicações a longo prazo. (OMS, 2017).

A prevalência de complicações em pacientes idosos com Diabetes Mellitus tipo II está aumentado em tudo o mundo. Continua sendo uma das principais causas de doenças cardiovasculares, cegueira, doença renal terminal, transtornos psicológicos, deficiências na locomoção, falta de apoio familiar, amputações e hospitalização.

É de muita importância a busca de alternativas e ações na comunidade que são encaminhadas, com o intuito de garantir a adesão do paciente ao seu tratamento e a manutenção da comunicação constante com os serviços de saúde, logrando um bom controle sobre sua doença de base. A ESF Pinhal Santo Antônio, município de

Sinimbu/RS, através das visitas domiciliares aumenta a adesão dos pacientes, integra sua família nos cuidados e fornece à equipe informações oportunas sobre os cuidados. Com as atividades realizadas, também é possível verificar as condições socioeconômicas das famílias dos pacientes residentes na área atribuída.

Realizamos visita domiciliar, paciente feminina, 76 anos de idade com Diabetes Mellitus tipo II há 22 anos, com longa evolução e complexidade. Realiza tratamento com Insulina NPH (U-100) 25 unidades subcutânea à noite e Metformina 850 mg, 3 comprimidos três vezes ao dia. Mora com seu esposo idoso de 77 anos que possui antecedentes de Demência Vascular. Tem cinco filhas que não moram com eles no mesmo município. Ambos são atendidos por uma cuidadora que suas filhas pagavam, a mesma comprava e preparava a comida.

A paciente em questão não queria ajuda para ingerir os alimentos, usava fraldas devido a incontinência vesical, transtornos do sono (descanso noturno intermitente com intervalos do sono durante a vigília), verbalizava encontrar-se fatigada e com poucas energias, sua imobilidade obrigava a permanecer em cama quase todo o tempo com ligeira perda da força muscular, a higiene corporal se realizava de três à quatro vezes por semana com ajuda total, mas tinha aspecto descuidado. A paciente referia o desejo de seguir vivendo para estar com suas filhas e netos, manifestava sentir-se sozinha. Realizamos glicemia pós-prandial 180 mg/dl. Nessa visita junto a minha enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e agente comunitária, realizamos uma avaliação dos problemas detectados, sendo notificados para realizar um plano de intervenção e dar solução a esses problemas encontrados com ajuda da toda a equipe ESF Pinhal Santo Antônio, a secretaria de saúde, o serviço de assistência social e psicologia (NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família), a comunidade e a família da paciente. A paciente foi visitada novamente após 21 dias. Observou-se bons resultados após as intervenções realizadas. A paciente se encontrava motivada, com melhor estado geral, alimentava-se bem, com ajuda da cuidadora social, com bom porte e aspecto em quanto a sua higiene pessoal, mas ainda mostrava dificuldades em quanto aos movimentos, o que ocasionava secundariamente um transtorno do sono. Neste segundo encontro ou visita, foi orientado a realização de exercícios passivos para a paciente evitando assim rigidez e úlcera de

pressão. A paciente recebia visitas de suas filhas, mas por pouco tempo. HGT pós-prandial 162 mg/dl.

Na terceira visita aos 45 dias, se observa uma paciente mais dinâmica, realizando movimentos passivos das articulações com ajuda da cuidadora, assim como deambulação com apoio, dormindo toda a noite sem acordar até na manhã, verbalizava que suas filhas visitavam a ela com muito mais frequência. Glicose pós-prandial 110 mg/dl.

Problemas detectados na paciente	Atividades a realizar
Inatividade física	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar dispositivos de ajuda.</li><li>• Exercícios para manter a força muscular.</li><li>• Animar implicação familiar.</li><li>• Eleger técnicas de traslados adequadas.</li></ul>
Deterioração da interação social	<ul style="list-style-type: none"><li>• Animar à paciente a desenvolver relações.</li><li>• Proporcionar melhorias do cuidado e aspecto pessoal (assistência social).</li><li>• Animar à paciente a interagir com o meio que a rodeia.</li></ul>
Risco de quedas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ter dispositivos de adaptação como cadeiras de rodas e de apoio no caso de deambulação.</li><li>• Modicar o ambiente para minimizar os perigos e riscos (retirar tapetes, minimizar degraus colocando rampas, corrimão em escadas e banheiro, ...).</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar os objetos ao alcance do paciente sem que ele tenha que realizar grandes esforços.</li> <li>• Identificar fatores e riscos que afetam o risco de quedas.</li> </ul>
Participação em as decisões sobre assistência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramitação de documentos para ajuda social.</li> </ul>
Suporte social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenção da lei da dependência.</li> <li>• Interação com sua família, vizinhos e conhecidos.</li> <li>• Incorporação da ajuda social.</li> <li>• Atendimento NASF.</li> <li>• Encaminhamentos especializados se necessário.</li> </ul>

## DISCUSSÃO

Este caso ilustra de forma factível como as pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, além de suas incapacidades próprias pela idade, constituem um grupo de risco com conseqüências que podem ser mortais, se não se tomasse uma conduta oportuna e rápida.

Nosso plano de execução se realizou de forma conjunta entre toda a equipe da ESF Pinhal Santo Antônio, assim como a própria família da paciente. Na primeira visita efetuada, se deu prioridade aos objetivos relativos ao diagnóstico de conflito de decisões e deterioração da mobilidade física, já que o resto dos problemas seriam secundários a estes. Os problemas relacionados ao padrão do sono e as dificuldades na interação social foram consideradas como uma manifestação dos problemas de mobilidade. Em relação conflito de decisões, foi detectado uma desaceleração e confusão nos tramites de definição de um tutor legal, assim como na aquisição de equipamentos para realizar os traslados dentro de sua casa.

Assim sendo, podemos observar que os conflitos internos familiares foram considerados fatores agregadores de dificuldades de comunicação, entendimento e efetivação dos objetivos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento deste paciente. Na visita subsequente, realizada aos 21 dias, observamos uma melhora significativa da



paciente com as orientações recebidas na visita anterior. Ainda continuavam algumas restrições em relação aos movimentos, o que ocasionava secundariamente um transtorno do sono. Foi reforçada a solicitação da realização de exercícios frequentes, melhorando assim o estado de mobilidade, reduzindo a rigidez nas articulações e conseguindo melhorar o padrão do sono. Foi detectado que as alterações posturais indicadas não foram realizadas da maneira adequada, sendo assim, reforçada as orientações.

Na terceira visita, efetuada aos 45 dias, se observa uma paciente mais recuperada que nas visitas anteriores, tendo em conta os problemas detectados na primeira visita. Com ajuda inclusive da própria família, elementos a destacar são a melhoria das cifras elevadas de glicose sanguíneas pós-prandiais e a resolução dos conflitos e problemas familiares. Entendemos desta forma que o fator fundamental que provocava a glicose elevada era o estresse a que a paciente estava submetida constantemente.

Em pessoas com diabetes, o nível de estresse, vai apresentar resposta com piores consequências do que em uma pessoa que não tem diabetes. Isso ocorre porque a insulina nem sempre pode liberar energia adicional nas células, o que faz aumentar o nível de glicose no sangue, além de entrar em ação outros hormônios como adrenalina, glicocorticoides, entre outros. Destacar a importância que mostrou a mobilização da família e os recursos sociais da paciente e a consequente melhoria do bem-estar apesar da deterioração clínica mostrada ao início. (OMS, 20170).

Observamos que a paciente, no início das visitas domiciliares, mostrou elementos diagnósticos de uma Síndrome de Fragilidade, demonstrando uma redução das suas resistências e reservas fisiológicas ante situações estressantes. Tal situação se mostra bastante frequente em pacientes idosos, dado pelo aumento do risco de quedas, deterioração da interação social e inatividade física com diminuição da força muscular, todos estes, elementos de risco para desenvolvimento de incapacidades, hospitalização e mortalidade.

Na prática realizada neste trabalho, evidenciam-se principalmente as implicações clínicas frequentemente relacionadas com pacientes portadores de Diabetes e suas complicações a curto e longo prazo. Fundamentalmente em pacientes idosos, devemos ter um olhar mais apurado e constante acompanhamento devido a presença de sequelas

mais incapacitantes. De um modo geral, percebemos e reforçamos a importância da detecção precoce da patologia, assim como a prevenção de complicações nestes pacientes de forma oportuna e eficaz através das visitas domiciliares. (OMS, 2017).

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Durante o processo das atividades desenvolvidas no curso, confecção dos trabalhos propostos e também durante as atividades realizadas com a equipe da saúde ESF Pinhal Santo Antônio, não ocorreram problemas de acesso ao portfólio e plataforma de estudos. O conteúdo do curso sempre esteve de fácil acesso e entendimento. Também foi de grande valia para incremento das atividades na minha unidade de saúde e para com a população do território em que atuo.

Cabe aqui ressaltar a importância que se mostram as tarefas e atividades de promoção, prevenção e educação para a saúde em nossa comunidade, mesmo tomando em conta as adversidades presentes na comunidade e a falta de apoio por parte dos organismos competentes do Estado ou governo.

Devemos realizar ênfases na promoção, prevenção e educação em saúde através do atendimento contínuo. No momento de intervenção, realizar essas atividades o mais cedo possível dentro o processo saúde doença ou processo de risco, reduzindo assim os problemas e sequelas, fortalecendo individualmente as ações de educação e promoção da saúde, nas pessoas e sua família, assim como da própria comunidade.

Por parte dos profissionais da saúde é necessário que se promovam mais capacitações, através de cursos ou atualizações sobre os diferentes eventos ou acontecimentos no campo da saúde, fundamentalmente na Atenção Primária da Saúde, assim como sobre as mudanças de condutas ante doenças e seus e protocolos.

Durante a elaboração deste estudo, podemos observar que a comunidade Pinhal Santo Antônio, além das atividades realizadas e desenvolvidas pela equipe de saúde, demonstra muitas dificuldades sociais e econômicas que interferem negativamente nos resultados dos trabalhos realizados pela equipe de saúde. Tais dificuldades se devem, principalmente, ao baixo índice de escolaridade, área predominantemente rural, difícil

acesso rodoviário e questões culturais muito restritas. Os problemas em questão, desencadeiam diferentes eventos adversos à saúde das pessoas e comunidade, repercutindo assim nas diferentes tarefas traçadas pela secretaria de saúde e a prefeitura de forma geral.

De maneira global, o presente trabalho contribuiu de forma geral e intensa, para minha formação e preparação profissional para atuação em um serviço de saúde pública e de atenção básica. As contribuições do estudo se refletem, não só para mim, senão também para com toda a equipe de saúde e para a comunidade Pinhal Santo Antônio do município de Sinimbu/RS, que é a diretamente beneficiária da qualificação da Equipe de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Brasília. Ministério da saúde,2006.

BRASIL. TABNET. Sistemas de Informação de Saúde. Acesso em 19.02.2018.

BRASIL. Atenção básica em Saúde da Família. Acesso em 14.03.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde 2013.

FESCINA, R. Saúde sexual e reprodutiva: guias para o contínuo de atenção da mulher e recém-nascido na APS. Montevideo: CLAP/SMR.2007.

Genograms in Family Assessment WW. Norton & Company (USA) Penguin Books Ltd (CANADA) 1985.

OMS. Saúde sexual e reprodutiva OMS. 2013. Acesso em 19.02.2018.

OMS. Diabetes Mellitus e seus impactos na sociedade. 2017. Acesso em 17.03.2018.

Revista Saúde Infantil, Bebe e mais 2018. Acesso em 07.03.2018.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985) Genogramas na avaliação familiar. Barcelona: Gedisa (3ª ed. 2000).

Medware. Revista Biomédica Revisada por Pares. Acesso 20.03.2018.

MOTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rev. bras. educ. med. v.39, n.2, p. 196-207, 2015.

NASCIMENTO, J. S., et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Revista Brasileira em Promoção à Saúde. v. 26, n. 4, p. 513-522, 2013.

RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde. v.25, n.1, p. 115-126, 2016.

GenoPro 2016 3.0.0.0. Atualizado em 24/08/2015. Aceso em 14.03.2018.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**ALEXANDER AGUILAR CASTILLO**

**PLANO INTEGRADO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DA GRAVIDEZ  
NA ADOLESCÊNCIA NA UBS/ESF PINHAL SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO  
SINIMBU/RS.**

**PORTO ALEGRE - RS  
FEVEREIRO DE 2018**

## **RESUMO**

A Unidade de Saúde Familiar do Pinhal Santo Antônio localizada no município Sinimbu, no estado Rio Grande do Sul, tem como características principais uma população com baixo nível intelectual, assim como cultural e elevada taxa de desempregados, além disso tem como consequência uma elevada incidência de gravidez na adolescência. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalho com os adolescentes e todas aquelas pessoas envolvidas no processo para evitar um fenômeno de este tipo (gravidez na adolescência). No estudo apresentamos um grupo de adolescentes previamente cadastrados entre 10 e 19 anos de idade, além disso também existiram profissionais capacitados para realizar diversas atividades sobre gravidez na adolescência, cujo objetivo principal é elevar o nível de conhecimento sobre este tipo de evento, assim como suas consequências e repercussão ante a vida dos adolescentes, este tipo de estudo realiza-se também em conjunto com seus pais ou cuidadores, logrando assim uma participação cooperativa de estes como o projeto, tirando-lhes dúvidas e acolhendo observações positivas.

**PALAVRAS CLAVES:** Atenção Primária de Saúde, Gravidez, adolescência.

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período da vida onde o ser humano adquire a capacidade reprodutiva. Transcorrendo pelos eventos ou fenômenos psicológicos da criança a adulto com consolidação da independência econômica, se encontra entre 10 e os 19 anos de idade. Neste período uma gestação possui muitos riscos. Quanto mais jovem é a futura mãe, maiores são estes riscos em função de que na maioria das vezes estas jovens não finalizaram seu desenvolvimento físico e a maturação de seus órgãos sexuais e reprodutivos. (OMS, 2014)

As complicações durante a gravidez e o parto nas adolescentes são uma das principais causas de morte entre 15 e os 19 anos em todo o mundo. Algumas adolescentes desejam e planejam sua gravidez, entretanto, na maioria dos casos isto não se confirma. Sua frequência se dá, na maioria dos casos, em comunidades pobres, com pouco recursos econômicos, baixo nível cultura e de escolaridade, bem como em zonas rurais, constituindo assim, um problema social e de saúde pública de forma geral, com repercussão negativa em todas as esferas na vida do indivíduo, suas famílias e comunidade. Observa-se que muitas adolescentes que ficam grávidas são obrigadas a abandonar sua escola. Soma-se a isto o fato de que uma adolescente sem educação tem poucas possibilidades e oportunidades para encontrar um bom trabalho. Verifica-se assim toda uma série de questões, entre elas um custo econômico elevado para o país, a perda de oportunidade de uma educação formal, os desenvolvimentos físicos e psicológicos normais perdidos, o atraso no ingresso ao mercado de trabalho e os ganhos ao longo de sua vida. (OMS, 2014)

As taxas de natimorto e morte entre as crianças de mães adolescentes nas primeiras semanas de vida é em torno de 50% mais elevado em mães menores de 19 e 20 anos que em mães que tem entre 20 e 29 anos. Assim sendo, quanto mais jovem é a mãe maior vai ser o risco, ocorrendo assim índices elevados de crianças com baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia perinatal e morte. As adolescentes grávidas tem maior tendência ao tabagismo, alcoolismo e outros hábitos tóxicos do que as mulheres de mais idade, hábitos estes que podem desencadear muitos problemas para a saúde



do feto durante o período da gravidez, assim como após parto e durante todo o desenvolvimento da criança. (OMS, 2014)

América Latina se encontra como a segunda região do mundo com maior taxa de fecundidade nas adolescentes depois de África Subsaariana, na Europa Ocidental a taxa de maternidade da adolescente é de 2%, estudos demonstram que a maternidade em jovens de 15 e 19 anos é maior em comunidades pobres e indígenas como Brasil, Panamá e Costa Rica. (UNICEF, 2015)

Os países com maior índice de gravidez na adolescência são: 1. Nigéria com mais de 233 gravidezes por cada mil mulher adolescente, 2. República Democrática do Congo com 230 gravidezes por cada mil mulher adolescente, 3. Angola com mais de 220 gravidezes por cada mil mulher adolescente, 4. Bangladesh e a Índia entre 47 e 30 % das adolescentes tem filho antes dos 18 anos, 5. Brasil 89 gravidezes por cada mil mulher adolescente com maior número registrados nas favelas mais pobres, 6. Venezuela, 7. Nicarágua, 8. Republica Dominicana, 9. Estados Unidos e México como número 10. No Brasil em 2015 os filhos de mães adolescentes representarem 18 % dos 3 milhões nascidos vivos em esse ano, com maior índice a região Nordeste com 180 mil nascidos para um 32 % do total, Região Sudeste com 172,9 mil nascidos para um 32%, Região Norte com 81,4 mil para um 14 %, Região Sul 62,475 para um 11 % e Região Centro Oeste 43,342 para um 8 %. (UNICEF, 2015)

Em um estudo feito em oito municípios do estado Rio Grande do Sul nos anos 2000 a 2005 ocorrerem 3668 nascimentos de mães adolescentes, outro estudo feito no ano 2014 pela Fundação Econômica e Estadística demonstrou que as adolescentes entre 10 e 19 anos do estado Rio Grande do Sul 4,12 % tem filhos pontando como fatores determinantes o baixo nível de escolaridade e econômico das adolescentes e sua família. (MARQUES LOPES, 2011)

Sinimbu é um município pequeno localizado na região central do Rio Grande do Sul. Possui população estimada em 10.400 habitantes (ano 2016), sendo que na área rural estima-se 8.640 habitantes. Sua população urbana está estimada em 1.760 moradores. Possui área de 510,12 km<sup>2</sup> e faz divisa com os municípios de Vale do Sol, Herveiras, Candelária, Lagoão, Passa Sete, Gramado Xavier, Boqueirão do Leão, Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul e Vera Cruz. Sinimbu. Se situa a 19 km ao Norte-

Oeste de Santa Cruz do Sul a maior cidade nos arredores. Situado a 67 metros de altitude, que possui como atividade econômica principal a agricultura e pecuária. (RS, 2017)

No município de Sinimbu, no ano de 2015, conforme dados do DATASUS, ocorreram 81 nascidos vivos, sendo que destes, 14 foram de mães entre 10 e 19 anos de idade, perfazendo um total de 17,28% dos nascidos vivos. Neste ano, não ocorreram óbitos em menores de um ano de idade. (BRASIL, 2017)

## **PROBLEMA**

Elevada incidência de gravidez na adolescência, população feminina de 10 a 19 anos de idade, no território da Estratégia de Saúde da Família Pinhal, na localidade de Pinhal Santo Antônio no município Sinimbu - RS.

## **JUSTIFICATIVA**

A área adstrita da Unidade de Saúde Pinhal Santo Antônio possui 112 meninas adolescentes cadastradas no e-SUS, na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. O problema a ser discutido neste projeto se trata da elevada incidência de gravidez na adolescência, população feminina de 10 a 19 anos de idade, que no ano de 2015 se apresentou em 17,28% dos nascimentos neste município.

Na atividade desenvolvida pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família Pinhal em Pinhal Santo Antônio existem alguns sistemas e programas para a prevenção da gravidez na adolescência como por exemplo o Programa de Saúde na Escola – PSE (ações preventivas de gestação na adolescência e conhecimento dos métodos anticoncepcionais), no qual se desenvolvem espaços de diálogo e troca de experiências, bem como conversas com a equipe de saúde do ESF. Tais atividades não são desenvolvidas com regularidade, seguimento e sistematização adequada, aumentando assim o desconhecimento pelas adolescentes do tema da gravidez em idades precoces da vida e com elevado índice de este evento, demonstrado cada ano pelas estatísticas

com resultados desfavorável para a criança, sua mãe nas diferentes esferas da sociedade.

Assim sendo, este projeto será desenvolvido com intuito de elevar os conhecimentos das adolescentes e, assim, reduzir os riscos e as consequências da gravidez na adolescência, melhorando a qualidade de vida de cada mulher e preparando-as para uma boa etapa reprodutiva de sua vida.

Entendendo que a gestação na adolescência acarreta em possíveis consequências físicas, psicológicas e sociais, um trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a mudança de paradigmas culturais seria de grande importância no aumento da resolutividade local frente a esta questão, justificando assim este projeto.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar ações de promoção como estratégia para a redução dos índices de gravidez na adolescência no território da ESF Pinhal Santo Antônio, município Sinimbu-  
RS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar capacitação dos profissionais vinculados ao atendimento dos adolescentes para efetuar conferências, encontros e trocas, sobre os riscos da atividade sexual precoce.
- Promover ações educativas para os adolescentes e incentivar sobre a importância do uso de contraceptivos sem limitações e preconceitos, na unidade de saúde.
- Realizar palestras sobre saúde sexual reprodutiva para os adolescentes.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A adolescência é uma das etapas de oportunidades para criança, um momento de muita importância, cujo objetivo fundamental é construir um bom desenvolvimento na primeira década de vida, ajudá-la a transitar por meio de riscos e vulnerabilidades. (UNICEF 2011). É difícil lograr estabelecer as vezes limites para as diversas etapas na que transcorre a adolescência, etapas que ocorrem entre 10 e os 19 anos de idade, existindo uma primeira fase de 10 aos 14 anos (precoce) e outra dos 15 aos 19 anos de idade (tardia) (OMS 2014).

O período da adolescência forma parte de umas das etapas mais importantes na vida das pessoas, do ser humano como tal, caracterizado por mudanças e desenvolvimentos acelerados, associado a fenômenos biológicos próprio do organismo do ser humano. Caracteriza-se por um processo de preparação para a vida adulta, em estas etapas produzem-se várias transformações de muita importância. Um número elevado de adolescentes ao encontrar-se sometido a pressões, muitas vezes utilizam como única via o consumo de álcool, tabagismo ou outras drogas, ou atividades sexuais desprotegidas, com repercussões negativas para sua vida futura. (OMS 2016).

O papel da família, a comunidade e dos profissionais da saúde é de muita importância, os adolescentes dependem de sua família, da comunidade, escola e serviços de saúde para uma melhor aprendizagem sobre diferentes questões sobre a mudança dos processos (infância, adolescentes e vida adulta) e poder ter a capacidade de dar frente a distintas pressões as quais são sometidos durante estas etapas. (OMS 2016).

Saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes é considerada uns dos problemas ou situações de maior preocupação a nível mundial, o seja dado pelos abortos em situações de risco e complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, sendo causas importantes a nível mundial de morbidade e mortalidade. A saúde sexual e reprodutiva vai estar influenciada por muitos fatores por exemplo: roles de gêneros, inequidades em saúde, o HIV, assim como as doenças não transmissíveis (OPS 2008). A gravidez na adolescência é um evento de muita importância e relevância a nível mundial e nacional

(brasileira). Nos últimos anos existe um aumento significativo de gravidez em etapas precoce da vida a nível nacional e mundial. Segundo dados oferecidos pelo e-SUS desde no ano 2000, dos milhões de partos feitos nos hospitais públicos da população brasileira, 689 mil forem de mães adolescentes menores de 19 anos de idade, esta cifra foi aumentando cada ano até atualidade. (DADOORIAN 2003).

Atenção Primária de Saúde tem um papel muito importante nas diversas etapas pelas quais transcorre cada ser humano desta sociedade, a adolescência é uma das etapas de maior dificuldades com repercussões negativas; existindo assim várias metodologias para um melhor enfrentamento das adversidades nesta etapa, mediante a criação de procedimentos gerais para aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, constituindo uma atividade programada e planejada e não deve ser desenvolvida dentro de outra consulta, já que é uma atividade que por seus objetivos e modelo não direto deve ser acordada previamente com os adolescentes, com níveis científicos ótimos e habilidade por parte dos conselheiros (médicos ou pessoal qualificado), dando resposta a tudo tipo de questões a os adolescentes, logrando um melhor conhecimento sobre gravidez na adolescência e seus impactos negativos sobre a pessoa afetada (adolescente), família e a sociedade, atuando assim a Atenção Primária de Saúde como primer nível ou link de prevenção para evitar este fenômeno tão precoce na vida das pessoas. (OMS 2106).

O programa Saúde implantado no 2005 nas escolas, fala que os adolescentes devem ter tudo tipo de conhecimento e capacidade, assim como saber enfrentar qualquer evento em quanto a saúde sexual, saúde reprodutiva e violência, além disso também o Programa de Fica Vivo unido ao Centro de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), tem como ação fundamental desenvolver ações contra os delitos e lograr a incorporação ante a sociedade destes adolescentes. A pesar de todos estes eventos, ainda não existe uma boa preparação pelos profissionais da saúde, não se encontram preparado realmente para o atendimento do conflito que enfrenta o adolescente, gerando assim uma deficiência na qualidade de atendimento deste tipo (gravidez na adolescência). A Atenção Primária de Saúde tem um papel primordial na prevenção dos problemas que acontecem nas diferentes etapas da adolescência, por ser estes profissionais acessível

à comunidade e, principalmente por seu trabalho na promoção da saúde. (UERJ Vol. 13 No 3-Jul/Set 2016).

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo na qual se realizará um estudo Clínico de Intervenção, buscando pacientes adolescentes com idades entre 10 a 19 anos, com probabilidade de gravidez, com o objetivo principal de mudar estilos e modos de vida nos adolescentes estudados para lograr diminuir os índices de gravidez na adolescência.

Mediante o cadastramento pelo e-SUS serão identificados os pacientes adolescentes formado, desta forma, o grupo de estudo. Nos primeiros 40 (quarenta) dias do projeto de intervenção, serão realizado a capacitação de todas aquelas pessoas (médicos, enfermeiras, psicólogos e outros qualificados cientificamente com habilidades no tema abordado), para a realização de encontros, conferencias com os adolescentes e falar sobre anatomia do corpo humano (aparelhos genitais principalmente e suas diversas transformações), assim como suas mudanças e desenvolvimentos na etapa da adolescência, as consequências sobre as relações sexuais desprotegidas em etapas precoces da sua vida e seus impactos na saúde deles.

Além disto, deverá ser garantido, a partir dos 20 (vinte) dias deste estudo, através das pessoas capacitadas, incentivar aos adolescentes sobre o conhecimento, assim como a importância do uso de contraceptivos e sua eficácia, cujo objetivo fundamental é lograr nível de confiança sem tabus e sem limitações de conhecimentos, evacuando assim todo tipo de duvida em esse tema. Será promovido e executado encontros cada quinze dias com as pessoas que se encontra vinculadas diretamente com os adolescentes (pais ou pessoa encargada de esse adolescente), tendo como objetivo fundamental o vínculo da família, comunidade e sociedade de forma geral durante a realização deste projeto, com participação mutua, esclarecendo todo tipo de dúvida e aumentando assim o nível de conhecimento sobre o tema de gravidez na adolescência, logrando a incorporação da família e a comunidade no processo de saúde reprodutivas dos adolescentes.

## 5. CRONOGRAMA

Procedimento	Jul	ago	set	out	nov	dez
Apresentação da proposta a equipe de saúde  USF Pinhal Santo Antônio.						
Apresentação do trabalho para Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.						
Organizar critérios de inclusão e exclusão do grupo de estudo dentro da área de abrangência do Território da Estratégia da Saúde da Família.						
Capacitação dos profissionais ligados ao  atendimento dos (as) adolescentes.						
Realizar levantamento de pacientes adolescentes  pelo e-SUS.						
Execução do Plano de Intervenção.						



Análise dos resultados.						
Discussão dos resultados e Avaliação do projeto.  pela equipe						

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

### 6.1 Recursos Humanos

- Equipe de saúde da família composto por 4 agentes comunitários, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 recepcionista.

### 6.2 Recursos Materiais

- Sala para realização de grupos;
- Computadores;
- Canetas;
- Impressora;
- Folhas;
- Prontuários dos pacientes presentes nas atividades;
- Cadernos de Atenção Básica (gravidez na adolescência, pré-natal e puerpério, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar entre outros).

## 9. RESULTADOS ESPERADOS

Com este projeto de intervenção, esperamos obter os seguintes resultados:

- Elevar o nível de conhecimento sobre gravidez na adolescência e suas consequências através de ações estratégicas e educativas.
- Ampliar o nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sua correta utilização por parte dos adolescentes, bem como divulgar e orientar sobre o fornecimento de anticoncepcionais e preservativos sem restrições e limitações quantitativas na unidade de saúde.
- Estimular e ampliar a responsabilidade de cada adolescente, membro da família e comunidade sobre os riscos da gravidez na etapa precoce da vida.
- Incorporar a família e a comunidade no processo da saúde reprodutiva dos adolescentes, reduzindo assim os fatores de risco e as consequências de uma gravidez precoce.
- Estimular a equipe de saúde da Estratégia da Saúde da Família Pinhal para o tema, através de capacitações e oficinas, buscando o estímulo dos mesmos para o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.
- Motivar o maior número possível de adolescentes para este tema, com a finalidade sempre, de reduzir os fatores de risco, os índices de gravidez na adolescência e suas consequências.
- Diminuir a incidência da gravidez na adolescência na região e suas consequências sociais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Brasília. Ministério da saúde,2006.

BRASIL. TABNET. Sistemas de Informação de Saúde. Acesso em 28.07.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Atenção Básica: SIAB. Brasília, DF,2013

Bruno, Z.V.et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. Rev. Bras. de Ginecologia, vol. 31, n .10:p.480-483, out 2009.

OMS. Gravidez na adolescência. OMS 2014. Acesso em 14.07.2017

NEVES, José Luís. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo, V.1, N°3, 2º Sem.,1996.

Santos, Vanessa sardinha dos, Gravidez na adolescência, Brasil Escola. Acesso em 15.07.2017

SUL 21. Renda inferior e fora da escola: pesquisa traça perfil e dificuldades das mães adolescentes no RS. Acesso em 15.07.2017

.

## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento informado**

Eu \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ anos de idade com CPF número \_\_\_\_\_, estou de acordo a participar no projeto e realizar todos os exercícios correspondentes.

\_\_\_\_\_

Assinatura

**Anexo 2** - Questionário sobre relações sexuais nos adolescentes e seu conhecimento sobre métodos contraceptivos.

Meu nome é \_\_\_\_\_ tenho \_\_\_\_\_ anos de idade, estudo na escola \_\_\_\_\_.

Moro com \_\_\_\_\_.

Tenho relações sexuais: Sim ( ), Não ( ), comesse minhas primeiras relações sexuais aos \_\_\_\_\_ anos de idade.

Atualmente tenho parceiro sexual: Sim ( ), Não ( ).

Conhece métodos contraceptivos para evitar a gravidez e doenças de transmissão sexual? Sim ( ), Não ( ), que conhece? Você utiliza métodos contraceptivos durante suas relações sexuais? Por que?

Que importância tem o uso de métodos contraceptivos durante as relações sexuais e durante a etapa da adolescência.