

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 16**

Maria Victoria Guerra González

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NA UBS CRUZEIRO,
SALTO DO JACUÍ, RS.**

**PORTO ALEGRE, RS
2018**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES NA UBS CRUZEIRO,
SALTO DO JACUÍ, RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde da Família da
Universidade de Porto Alegre.

Orientadora: Prof. Giovana Bacilieri

Porto Alegre, RS/ 2018

A Deus, minha família e às pessoas que sempre acreditaram em mim.

Agradecimentos

A meus orientadores Giovana e Guilherme, obrigada pela paciência, apoio e amor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Contextualização da UBS	5
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	10
2.1 Relato de Caso	10
2.2 Discussão	12
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	13
4 VISITA DOMICILIAR.	16
5 REFLEXÃO	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	21
Anexo I- Projeto de Intervenção: Melhorias da Atenção à Saúde de Adolescentes na UBS Cruzeiro, Salto do Jacuí/RS	21
Anexo II- Enquete para o Projeto.....	34

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Meu nome é Maria Victoria Guerra González, sou médica cubana e trabalho no Programa Mais Médicos para o Brasil no município Salto do Jacuí, RS. Graduada como médico clínico geral em 1986 na Havana, Cuba. Especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 1991 na Faculdade Calixto García Iñiguez. Trabalho na Atenção Primária de Saúde há 31 anos.

1.1 Contextualização da UBS

Salto de Jacuí, município do Rio Grande do Sul foi fundado em 1º de fevereiro de 1983 com uma área territorial de 519 km quadrados e uma população de 11 mil 988 habitantes (Censo do IBGE 2010), limita-se com os municípios de Jacuizinho, Fortaleza dos Valos, Estrela Velha e Júlio de Castilhos. A economia do município baseia-se na agropecuária (soja, milho, trigo, criação de gado), na mineração (extração de pedras preciosas), a geração de energia elétrica (Usinas Hidrelétricas Leonel Brizola e Passo Real) e dos diferentes comércios do município.

Segundo o histórico do município por volta de 1877 oito famílias açorianas fixaram suas moradias no atual município de Salto do Jacuí, vindos de locais vizinhos. A história da formação do município está intimamente ligada ao nome do Capitão Joanes Guerreiro de Amaral, que era proprietário de aproximadamente 40 colônias de terras, desde 1870, dedicando-se a criação de gado e agricultura. Ocorreu, anos depois, um processo de aceleração da povoação da Vila do Salto Grande, formando-se a vila residencial dos funcionários da CEEE (Companhia Estadual de Energia Elétrica), que trabalhavam na usina, dando ao município o nome de capital gaúcha da Energia Elétrica.

O município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde indígena, um ambulatório municipal e quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF). Estabeleceram-se novos limites geográficos a partir da proposta de três novas ESF, duas localizadas na área urbana e uma na zona rural, sendo aprovada no mês de outubro de 2014 pelo Ministério de Saúde a transição para ESF das três unidades que funcionavam: uma, como pronto atendimento que foi a nossa; outra como Unidade Básica Central e a ESF rural.

A nossa ESF encontra-se localizada na área urbana da cidade, no bairro chamado Cruzeiro, atinge uma população de 2.660 habitantes, dos quais 175 estão compreendidos na faixa etária de 10 a 19 anos (7% do total); oferece dois turnos de atendimento de segunda a sexta, sem vínculo com o ensino e possui área geográfica definida. Constituída por quatro micro áreas:

- Micro área 01: BAIRRO CRUZEIRO NORTE: Área interna do território.
- Micro área02: BAIRRO CRUZEIRO SUL: Área interna do território que compreende a Comunidade do Aeroporto, divisa com a área rural, Comunidade das Domingas-Prolongamento da Av. General Câmara; Assentamento Sede, Rua Veríssimo Pereira, prolongamento (Chácara do Pacífico); Vila Habitacional Cruzeiro (em implantação).
- Micro área 03: BAIRRO MENINO DEUS/PORTÃO: Área interna do território.
- Micro área 04: BAIRRO PORTÃO/CRUZEIRO: Área interna do território.

Pertence a nossa área a Escola Municipal de Ensino Fundamental Siegfried Heuser, a creche Pingo de Gente, a Secretaria de Obras do município, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), oito igrejas de diferentes grupos religiosos e quatro pontos de casas noturnas.

A equipe está composta por uma médica especialista em medicina geral integral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde; não contamos com equipe de saúde bucal. O cadastramento das famílias está sendo feito pelos agentes de saúde dentro do novo modelo e-SUS (Sistema Único de Saúde).

Com relação à estrutura física, a unidade, embora seja uma casa alugada pela Secretaria de Saúde tem boas condições estruturais. Ainda em fase de terminação o novo consultório médico padrão de ESF localizado também na nossa área de abrangência nos ajudaria a melhorar a eficiência e qualidade de nosso serviço à população. Para o atendimento clínico contamos com um consultório médico confortável e com privacidade. Há ainda uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos (onde se realizam os curativos, se administram os medicamentos injetáveis, inalatórios e pequenos procedimentos), uma sala de coleta para exame cito patológico, uma sala de vacinas, uma copa/cozinha, banheiro para funcionários, e central de material e esterilização.

Na unidade temos disponibilidade e suficiência adequada de equipamentos e instrumentos de uso geral e o abastecimento dos materiais e dos insumos para a

realização das atividades da UBS. Realizam-se na unidade diferentes testes diagnósticos: glicemia capilar, teste rápido de gravidez, de sífilis e para HIV, recém começamos a aplicar o teste rápido para hepatite B. Não realizamos bacterioscópicos da secreção vaginal nem teste rápido de urina.

A descentralização da farmácia básica e o serviço odontológico para cada ESF estão sendo avaliadas pelos gestores do município. A vacinação já foi descentralizada.

O prontuário eletrônico ainda não foi implantado no município.

A população de nosso bairro é a de menor renda do município, quase a totalidade das casas é construída de madeira local com teto de zinco e outras em menor número de tijolos sendo também a mais movimentada da cidade e com um alto índice de roubos e assaltos, assim como de usuários de álcool e drogas.

Na rua é comum observar vendedores de frutas e hortaliças, grupos de homens, na maioria desempregados bebendo álcool e fumando.

É interessante como a maioria dos moradores são torcedores do futebol, tema de conversa e discussão de homens, mulheres e crianças. Nos fins de semana gostam de visitar o Balneário da cidade onde curtem competições de lanchas velozes, pescam e participam do rodeio.

As pessoas depositam o lixo de toda natureza, seja orgânico ou não, sem receber nenhum tipo de tratamento, também acumulam água nas vazilhas dentro e fora das moradias, favorecendo a proliferação de vetores e aumento da incidência de doenças transmissíveis, sem dúvida uma vulnerabilidade no processo saúde-doença que envolve o indivíduo e a comunidade, meses antes causou proliferação de mosquitos *Aedes Aegypti* no município.

Contamos com outros profissionais que atendem à população, mas não estão vinculados à ESF: um ginecologista, que no momento não temos, um pediatra, um cirurgião, cinco dentistas e uma nutricionista (esta última encontra-se incorporada às atividades da ESF). Embora não dispomos de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), contamos com o NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica), composto por um psicólogo e uma assistente social com a proposta para o próximo ano de funcionar como NASF.

O município conta com atenção hospitalar, o hospital da cidade conta com 27 leitos, 24 deles destinados ao SUS e 03 para convênios.

O acesso aos exames complementares é restrito. De três laboratórios clínicos no município só um deles faz os exames pelo SUS, e o agendamento demora aproximadamente um mês. A amostra coletada dos exames de alta complexidade é enviada a laboratórios de apoio em outras cidades (Porto Alegre e Passo Fundo). Os que são de urgência demoram três dias em média para serem realizados.

O resultado da citologia de colo uterino e da mamografia demora entre 30 a 60 dias, o eletrocardiograma esteve quebrado por mais de três meses, há dois meses começou novamente a funcionar. O município não tem ultrassonografia que seja feita pelo SUS, este serviço é contratado com entidades privadas, priorizando-se os obstétricos e os urgentes. Poucos pacientes podem pagar pelo serviço privado.

Quando se solicita o laudo das radiografias, demora entre 15 a 20 dias para ser entregue. No caso da tomografia e ressonância magnética os pacientes são encaminhados a Cruz Alta (o tomógrafo está quebrado há três meses).

O encaminhamento ao atendimento especializado tem dificuldades, o agendamento das consultas geralmente se consegue para 30 ou 40 dias depois e os pacientes têm que se deslocar a outros municípios geralmente em transporte da secretaria de saúde para receber o atendimento por especialidades como dermatologia, hematologia, cirurgia, nefrologia, urologia, ortopedia e traumatologia, oncologia, cardiologia, cirurgia vascular entre outras, uma vez que o tempo de viagem varia de uma a quatro horas a depender do município.

As especialidades de urologia e reumatologia são as mais críticas, pois o agendamento das consultas se consegue para seis meses.

No município realizam-se cirurgias de vesícula e hérnias, outras cirurgias são realizadas em Porto Alegre ou Cruz Alta.

Por meio da territorialização amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população da nossa área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios.

Problemas de saúde existentes no território:

- Doenças respiratórias.
- Doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, AVC, Dislipidemias, Asma Bronquial.
- Doenças de Saúde Mental, alta incidência de usuários de álcool e drogas.

- Doenças sexualmente transmissíveis.
- Alta incidência de doenças renais e do aparelho osteomioarticular.
- Não adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas, grávidas faltosas às consultas de pré-natal agendadas.

As ideações e tentativas de suicídio junto ao uso de álcool e de outras drogas ilícitas tem tido um incremento nos últimos meses na nossa população adolescente, fatos que comprometem a vida e bem-estar deles, por isso é muito importante seu acompanhamento na ESF, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde, com especial prioridade para as mudanças de estilos de vida. Observamos com frequência a procura dos familiares na consulta de atenção médica de urgência e/ ou de internações hospitalares como solução dos problemas, por tudo isso, nossa equipe de trabalho realizará a análise e a discussão de nossos problemas, que constitui um desafio para nosso trabalho do dia a dia, com a criação de uma equipe multiprofissional e com a participação intersetorial.

Acreditamos ser necessário desenvolver uma intervenção já que a situação não é favorável, pois pode levar à violência e ao maltrato. Intervenção que tem como propósito desenvolver ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, modificando a realidade situacional da UBS, que é desfavorável com relação à atenção dos adolescentes, serão avaliadas diferentes ações de saúde que incluirão as visitas domiciliares pela médica e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o cadastro dos pacientes que ainda não estão cadastrados na unidade, as pesquisas, e a criação do grupo de adolescentes da nossa comunidade, as palestras uma vez ao mês e também incorporaremos seguindo a problemática a grupos ou oficinas: de música, esportes seguindo as preferências e em um tempo determinado realizar uma segunda avaliação. Esperamos com esta intervenção mudanças de estilos de vida e a incorporação dos adolescentes e as suas famílias em novos projetos com uma maior qualidade de saúde de nossa população.

A intervenção e a participação dos adolescentes nas oficinas são uma estratégia para buscar e acompanhar aos pacientes com problemas biopsicossociais e com riscos de desenvolver doenças na esfera de saúde mental.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O sofrimento social e psíquico é de fundamental importância na aparição de diferentes sintomatologias e doenças nos indivíduos. Assim, influencia no funcionamento familiar.

O adolescente pode ter uma desorganização dos aspectos de sua personalidade para organizar sua identidade, pois nesse período, ele não é considerado nem criança nem adulto, seguindo diferentes estudos podem ter afetações nos aspectos físicos, sexuais, cognitivos, emocionais, caracterizando-se como fase de reorganização emocional segundo Ribeiro K C (São Paulo 2012). São vulneráveis várias patologias, entre elas depressão e ansiedade.

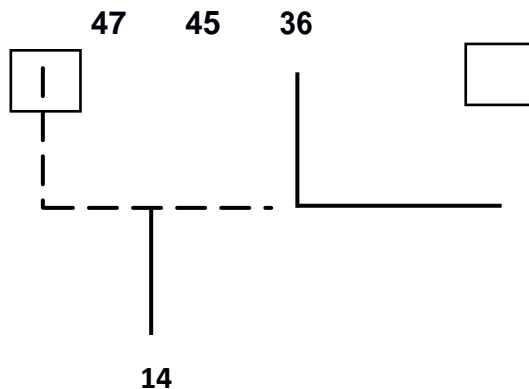
É comum que, durante a etapa da adolescência, surjam mudanças significativas nas relações familiares. Em muitos casos, essas mudanças fazem-se acompanhar de um aumento de conflitos entre pais e filhos. Sabe-se que a adolescência é uma fase de grande intensidade emocional, na qual a identidade vai, progressivamente, se consolidando.

2.1 Relato de Caso

Paciente J. L. de 14 anos de idade, branca, estudante do Ensino Médio, que mora com sua mãe (45 anos) e seu padrasto (36) em uma casa alugada; ele, alcoólatra, frequentemente a desempregado, sem um salário fixo, quando consegue trabalhar é por sua própria conta como pedreiro; passa muito tempo fora de casa. A mãe, auxiliar de limpeza, poliqueixosa, com várias doenças crônicas sendo internada muitas vezes por descompensação da diabetes e da sua doença pulmonar obstrutiva crônica; possui uma renda familiar baixa. O pai biológico (47) visita pouco o domicílio e só passa a pensão alimentícia a cada 4 ou 5 meses.

A jovem foi avaliada no Pronto Atendimento do Hospital de nossa cidade por cortar os pulsos com navalha, o hospital a encaminhou para o posto de saúde para uma posterior avaliação e acompanhamento na unidade e atenção psiquiátrica especializada. Na consulta queixou-se de tontura, tristeza, dor de cabeça, e falta de concentração na escola.

Genograma Familiar:



A.P.P (Antecedente Patológico Pessoal): Asma Bronquial intermitente.
Menarca: 12 anos.

A.P.P Ginecológico: G0, P0, A0. Primeiras relações sexuais: 14 anos (usou camisinha).

Há poucos dias se separou do noivo, agora não está em nenhum relacionamento amoroso.

Acolhida pela técnica de enfermagem: com tomada de temperatura (36 graus), peso (44 kg), altura (143 cm) com Índice de Massa Corpórea (IMC) = 21.5 (peso normal) e aferição da pressão arterial (90/60).

Ao exame físico:

Na inspeção observamos feridas lineais nos pulsos de ambas as mãos; nos explicando que ela provocou as mesmas.

Temperatura: 36 graus centígrados

Tecido adiposo: normal. Ausência de edema. Mucosas e Pele: úmidas e coradas.

Aparelho cardiovascular: Batimentos cardíacos de boa tonificação, sem sopros, Batimentos cardíacos: 84 b.p.m. Pulsos periféricos: Presentes e sincrônicos.

Aparelho respiratório: Oroscoopia sem alterações. Murmúrio Vesicular normal, não estertors, Frequência respiratória: 20 r.p.m.

Abdome: plano, sem cicatrizes, ausência de circulação colateral, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, Ruídos Hidroaéreos normais.

Aparelho ginecológico: Genitália externa: Estágio de Tanner: genitália estágio 4, pelos pubianos estágio 4: pelos já cobrem o púbis e ficam mais espessos.

Mamas: Crescimento e projeção de aréola e de papua formando uma elevação por cima do corpo da mama.

Extremidades: sem anormalidades.

Foi agendada uma nova consulta para o dia seguinte com a enfermeira para realizar os Testes rápidos de HIV, VDRL, Hepatite B e Hepatite C.

2.2 Discussão

Neste caso temos uma adolescente integrante de uma família disfuncional, com depressão moderada onde foi indicado tratamento com antidepressivos e ansiolíticos naturais. Toda a família foi incorporada à dinâmicas familiares realizadas no consultório e no domicílio da paciente. Atualmente está em acompanhamento com a psicóloga e a assistente social do NASF e pela nossa equipe de saúde do ESF, ainda incluída no Grupo de Adolescentes da nossa comunidade. No grupo as palestras são realizadas uma vez ao mês. A adolescente foi incorporada ao grupo de esportes (atletismo).

Realizou-se uma segunda avaliação da Jovem, pela equipe de saúde na visita domiciliar primeiro pela agente de saúde, e logo pela equipe assim como uma visita à escola para avaliar seu comportamento e sua incorporação às diferentes atividades escolares e ao seu relacionamento com o resto dos colegas e a professora.

Esperamos com esta intervenção mudanças do estilo de vida e a incorporação da J. e sua família em novos projetos na comunidade. Atualmente a adolescente se encontra com uma participação ativa no grupo de modelagem artística de sua escola.

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

A promoção, educação e prevenção de saúde é muito importante na Atenção Básica de Saúde, bem refletido no Caso Amélia onde as ações realizadas pela equipe de saúde na abordagem da paciente com esquizofrenia foi um êxito, pois logrou a reincorporação dela às atividades sociais, a adesão ao tratamento da sua doença de base (esquizofrenia) e da tuberculose pulmonar, assim como assistir às consultas de acompanhamento de odontologia e de saúde mental e a realização do exame citopatológico na prevenção do câncer cérvico-uterino.

A promoção da saúde consolida-se na Estratégia da Saúde da Família reforçando os princípios do SUS, especialmente o da integralidade na atenção à saúde e da participação social. Uma das formas de realizar a promoção da saúde é por meio da educação. Afinal, a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

A atenção básica, dentre todos os cenários em saúde, é um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, pois esses serviços são caracterizados pela maior proximidade com a população, com ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde.

As atividades de educação em saúde estimulam a prevenção de doenças, a promoção de saúde e o engajamento da população, e sua participação em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, através de ações educativas. Seu objetivo é contribuir com a melhora da situação de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e população em geral, e devem ser desenvolvidas de forma multidisciplinar e multissetorial.

Na assistência, os aspectos preventivos e de tratamento também são atributos centrais do direito à saúde e, como parte desse direito, está o acesso gratuito aos medicamentos. É importante salientar que o Estado tem o dever de assegurar que os medicamentos estejam disponíveis dentro do seu território, além de ser obrigatória a garantia não apenas em relação à disponibilidade dos insumos, mas que estes estejam acessíveis à população.

Segundo Czeresnia 2003 a prevenção de saúde é preparar, chegar antes de, impedir que se realize, exige ação antecipada, baseada no conhecimento da

história natural da doença para tornar seu progresso improvável. Implica o conhecimento epidemiológico para o controle, redução do risco de doenças.

Com a Lei nº 9.716, que estabelece a Reforma Psiquiátrica no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, criou-se no Brasil uma nova Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. Os manicômios foram denunciados como instituições de violências e foi proposta a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

Seguindo esses preceitos e, também, os da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, parágrafo único do artigo 2º, é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade sendo tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 1992).

Em nossa comunidade o envolvimento de jovens e adultos com a drogadição é muito expressivo, sendo este um problema grave que afeta a todos. Muitas famílias buscam na ESF, apoio e informação sobre encaminhamentos de jovens e adultos às Clínicas de Recuperação ou Fazendas Terapêuticas como forma de intervir e modificar a realidade existente.

Em nosso caso problema paciente adolescente de 14 anos que constitui um paciente de risco devido sua idade, os conflitos sociais e familiares que tem, aumenta sua vulnerabilidade ante uma situação estressante ou de sofrimento e de tem uma depressão e aumentar o risco de intento suicida, doença e risco muito frequente em esta população, sendo necessárias ações preventivas por toda equipe, a identificação oportuna e rápida, estratégias de acompanhamento, visitas domiciliares bem estabelecidas evitaram a repetição de as autolesões e a estabilização do funcionamento familiar.

As famílias têm papel fundamental desde a prevenção do uso de drogas até a recuperação de um usuário com doenças mentais. No entanto, elas não estão preparadas para agir nessa realidade pela falta de informação sobre o assunto, falha

na estrutura emocional e psicológica, fatores de risco (histórico familiar de envolvimento com o vício, localização territorial desfavorável, falta de diálogo e afetividade) tornam a situação mais preocupante. Entende-se que o risco para um adolescente usar drogas está associado, de forma combinada, a fatores como ausência de união entre pais e filhos, práticas disciplinares inconsistentes ou excessivas permissividade, a perda dos valores, além da presença em grande quantidade, de drogas na comunidade de convivência, que também é vista como facilitadora para o uso de drogas entre jovens e adultos.

Não se deve julgar a pessoa com transtorno mental. É preciso entender que cada um responde de forma diferente aos problemas e pressões do dia a dia. Nem sempre é possível lidar com o mundo ao nosso redor de uma forma positiva. A pessoa com algum tipo de transtorno mental precisa de cuidados, não só os psicológicos, mas também cuidados médicos. (Portal Educação. Programa de saúde mental no SUS)

A depressão se encontra vinculada aos casos de suicídio, se todos nossos esforços se centraram na prevenção, no sentido de detectar e tratar estes casos em nosso serviço diminuiria os riscos de suicídio.

Oferecer suporte ao paciente, acompanhá-lo em tratamento, com apoio psicológico, para diminuir a reinternação, além de diminuir a incidência de atendimentos emergenciais por meio da prevenção é um desafio do dia a dia para a nossa equipe na realização de ações necessárias para melhorar a saúde de nossa comunidade.

4 VISITA DOMICILIA

A visita domiciliar nos momentos contemporâneos, segundo Neves R. (2012) e outros autores, busca por estratégia a redução de custos refletindo as políticas neoliberal de gastos estatais até mesmo nas ações de saúde, a partir dos conhecimentos da realidade dos indivíduos e suas famílias, fortalece o vínculo dos pacientes, da terapêutica e do profissional assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e agravos.

Na atenção básica que é o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, é responsabilidade das equipes de atenção básica atenderem aos cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2012).

Assim, pressupõe o estabelecimento de vínculo, de corresponsabilidade, de desenvolvimento de autonomia entre os trabalhadores de saúde e as pessoas que vivem no território da área de abrangência de cada equipe. A visita domiciliar só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados, seguindo a portaria 825 de 25 de Abril de 2016. Podendo ainda ser definida como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial. Constitui-se como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família, proporcionando ao profissional o

conhecimento das condições socioeconômicas, culturais e ambientais onde trabalha. Também é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmico (SANTOS e MORAIS, 2011).

A organização da atenção domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da atenção básica/SUS. As diferenças locais devem ser observadas uma vez que o número de profissionais que atuam o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contrarreferência do sistema de saúde, pode ser determinante da qualidade da atenção. Compete à gestão municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da atenção domiciliar na atenção básica, considerando os princípios e diretrizes propostas neste documento como norteadores dessas ações.

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. Para nortear a atenção domiciliar realizada na atenção básica, propõem-se os fundamentos descritos a seguir, abordagem Integral à Família, Abordagem integral à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano. A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado.

Na nossa ESF, as demandas de visitas domiciliares são discutidas nas reuniões de equipe, os casos são trazidos, geralmente pelas agentes comunitárias. A solicitação da atenção familiar pode ser feita pelas agentes de saúde, outro integrante da equipe ou pela própria família. As visitas são realizadas com uma frequência semanal (terças feiras à tarde) sendo priorizados os pacientes acamados, idosos com limitações físicas motoras e que precisam autocuidado e não tem condições para seu traslado, captação de recém-nascidos e puérperas, altas hospitalares entre outros. Também se realizam no domicilio atividades e procedimentos como curativos de feridas e escaras, orientações e cuidados de saúde, aferição de pressão arterial, administração de medicação oral, injetável, troca de bolsa de paciente ostomizado, entrega de medicamentos e troca de sonda.

5 REFLEXÃO

O curso de especialização em saúde da família em primeiro lugar proporcionou-me ferramentas para desenvolver minhas habilidades e para meu aperfeiçoamento como profissional tanto no trabalho do dia a dia na Unidade Básica de Saúde, como na minha qualificação para atuação na atenção à saúde dos pacientes e da comunidade.

No plano pessoal, foi um desafio o desenvolvimento do curso a distância em um ambiente virtual e o processo de dominar completamente as tecnologias da informação e comunicação eletrônicas. O curso me oportunizou conhecer melhor o sistema de saúde brasileiro e aplicar ferramentas para análise e desenvolvimento de ações necessárias para melhorar a saúde de nossa comunidade.

Com a intervenção se estreitaram e fortaleceram as relações interpessoais entre todos os integrantes da equipe, que colaboraram e participaram com verdadeiro entusiasmo para o fortalecimento do trabalho na unidade. O espaço das reuniões sistemáticas da equipe é um momento importante e necessário para a análise e a tomada de decisões e nos ajudou a uma melhor organização do trabalho.

A intervenção continuará como parte da rotina de nosso posto. Os agentes de saúde elaborarão outro cronograma de atendimento junto com a enfermeira. Outro espaço que disponibilizaremos no horário das quartas quintas à tarde será o dia do Grupo dos Adolescentes da unidade.

Agradecemos a colaboração, a parceria e a adesão de todos às ações que desenvolvemos. A participação da comunidade na gestão de nosso serviço é sempre bem-vinda e representa uma oportunidade para o trabalho voltado para as necessidades de nossa comunidade.

Assim, ampliamos o número de pacientes acompanhados na UBS pois muitos dos adolescentes não estavam cadastrados nem assistiam às consultas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar/** Ministério da saúde, Secretaria da atenção básica à saúde. Brasília DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

_____. Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas** Abril, 2016. Disponível em: <<https://www.nescom.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 01 janeiro de 2017.

CAMPOS, G.W.S, et. al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família.** In: CAMPOS, G. W. S, GUERRERO A. V. P., organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.

CREVELIM, M.A, PEDUZI, M. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família:** Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? CiSaúde Colet. 2005;10(2):323-331.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Polit DF. 16 out. 1996. BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

DURAND M, Heidemann ITSB. **Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família.** *Rev. Esc. Enferm*2013; 47(2):288-295.

HUNT,P; KHOSLA, R. **Acesso a medicamentos como um direito humano.** Sur [Internet]. 2008 [citado 2010 fev. 23];5(8): 101-21. Disponível em: <http://www.surjournal.org/conteudos/pdf/8/hunt.pdf>

LE BRETON, David. **Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica.** Horiz. Antropol. PortoAlegre, v. 16, n. 33, p. 25-40, June2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832010000100003&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 Oct. 017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832010000100003>.

LIMA M.; et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** Acta Paul Enferm. 2007;20(1):12-7.

MARTINS, C.B. de G; ANDRADE, S. M. A. **Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil:** atendimento em pronto socorro, internações e óbitos. Rev. Bras. Epidemiol. [s.l], v. 8, n. 2, p.194-204, 2005.

NEVES, R., Dimenstein, M., Paulon, S., Nardi, H., Bravo, O, Brito V., ... Figueiró, R. (2012). A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30, 356-368.

RAMOS D.D; LIMA Mads. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre**. Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.

RODRIGUES, G. S.; et al. **Estratégias de enfrentamento da mortalidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre**, Ciênc Saúde Coletiva, 2008; 13 (1):111-120.

SANTOS, E. M; MORAIS, S. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros**. CogitareEnferm. 2011 Jul/Set; 16(3):492-7. Acesso em: 02 de janeiro de 2018. <revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761

SILVEIRA, Ribeiro K C; et al. **Representações sociais e sofrimento psíquico de Adolescentes com sintomatologia depressiva**. Artigo original Psicol. Teor. prat. vol. 14 n. 3 São Paulo. Dez 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **Caso Clínico: Cutting**. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/CUTTING-ARTIGO-2.pdf.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco; 2002.

Sites:

[http:// www.sesc.com.br](http://www.sesc.com.br). O que é Educação em saúde.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/esporte/programas-de-saude-mental-no-sus/48161>

ANEXO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNASUS**

**Melhoria da atenção à saúde de adolescentes na UBS Cruzeiro, Salto do Jacuí,
RS.**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância UNASUS/ UFCSPA como requisito para aprovação na unidade de análise estratégica.

Orientador: Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

Dra. Maria Victoria Guerra González

PORTO ALEGRE

JULHO 2017

RESUMO: Os adolescentes constituem uma população com uma alta susceptibilidade e tem doenças e dificuldades desde ponto de vista social nas adaptações às novas situações e a rebeldia que os caracteriza. A UBS Cruzeiro no município Salto do Jacuí, tem uma população adolescente com altas vulnerabilidades, temos observado nos últimos meses alta incidência de pacientes adolescentes com intentos e ideias suicidas, aumento de pacientes que se iniciam como usuários de álcool e de drogas e familiares procurando atenção médica de urgência e internações, quando o mais importante é a prevenção e promoção da saúde, porque, após análises e discussão com a equipe de saúde este desafio precisa de um trabalho em equipe multiprofissional e Inter setorial, com a tarefa de realizar uma intervenção com os seguintes passos: Visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médica, cadastro os pacientes que não estão cadastrados; pesquisas, criação do grupo de adolescentes e palestras uma vez ao mês. Também visa incorporar, seguindo a problemática, a grupos ou oficinas: de música, esportes seguindo as preferências e um tempo determinado fazer uma segunda avaliação. Espera-se com esta intervenção mudanças de estilos de vida e incorporação de os adolescentes e famílias em novos projetos e maior qualidade de níveis de saúde; contar-se-á com participação de escola de ensino fundamental que localiza-se próximo à UBS e pertence à Comunidade de atuação.

Palavras Chave: Grupos de Riscos, Intervenção, Adolescência.

INTRODUÇÃO

Os adolescentes constituem uma população com uma alta suscetibilidade e com doenças e dificuldades desde o ponto de vista social nas adaptações às novas situações e a rebeldia que os caracteriza.

A organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 anos e os 18 anos 11 meses e 29 dias e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. A faixa etária entre 10 e 24 anos corresponde a 30% da população de nosso município e o 20,3% da população onde atuamos, possuem especificidades que devem ser consideradas na atenção à saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cruzeiro, no município Salto do Jacuí, apresenta uma população adolescente com altas vulnerabilidades, temos observado nos últimos meses uma alta incidência de adolescentes com tentativas e ideações suicidas e um incremento do uso de álcool e de outras drogas e a queixa dos familiares procurando a atenção médica de urgência e das internações como solução aos problemas, sendo o mais importante a prevenção e promoção da saúde. A equipe realizará uma análise e discussão da problemática, sendo um desafio para o trabalho do dia a dia, com a criação de uma equipe multiprofissional e uma participação Intersetorial.

O presente trabalho apresenta a perspectiva de melhorar a atenção dos adolescentes da área de abrangência da unidade de saúde onde será desenvolvida uma intervenção com o propósito de realizar ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, modificando a realidade situacional da UBS, que é desfavorável com relação à atenção dos adolescentes.

Serão avaliadas diferentes ações de saúde as quais incluirão visitas domiciliares pela médica e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o cadastro dos pacientes que ainda não estão cadastrados na unidade, as pesquisas, e a criação do grupo de adolescentes da comunidade, as palestras uma vez ao mês e também a incorporação, seguindo a problemática, em grupos ou oficinas: de música, esportes seguindo as preferências e em um tempo determinado realizar uma segunda avaliação. Espera-se com esta intervenção mudanças de estilos de vida e a incorporação dos adolescentes e as suas famílias em novos projetos com uma maior qualidade de níveis de saúde da população.

2- PROBLEMA:

Deficiente atenção e acompanhamento dos pacientes adolescentes cadastrados na ESF Cruzeiro.

3- JUSTIFICATIVA:

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Cruzeiro, temos um total de 2660 pacientes dos quais o 7% encontra-se compreendido na faixa etária de 10 a 19 anos.

A Intervenção e a participação dos adolescentes nas oficinas são uma estratégia para buscar e acompanhar os pacientes com problemas biopsicossociais e com riscos de desenvolver doenças na esfera de saúde mental.

4- OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Identificar na comunidade, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal.
- Modificar os problemas e a situação da saúde dos adolescentes de nossa Unidade Básica da Saúde.
- Melhorar a qualidade da atenção de saúde dos adolescentes na ESF Vila Cruzeiro, Salto do Jacuí, RS.

4.2 Objetivos Específicos

- Promover a saúde e educação dos adolescentes.
- Determinar quais são os principais problemas de saúde existentes na nossa população de adolescentes.
- Melhorar a adesão dos adolescentes e seus familiares nos programas na Unidade Básica de Saúde.
- Realizar o registro das informações.

5- REVISÃO DE LITERATURA

Adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social. (Evelyn Einstein- Tanner JM Growthat Adolescente).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (jovens), critério este usado principalmente para fins estadísticos e políticos. Usa-se o termo de jovens e adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos. Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos. (2017).

É comum que, durante a etapa da adolescência, surjam mudanças significativas nas relações familiares. Em muitos casos, essas mudanças fazem-se acompanhar de um aumento de conflitos entre pais e filhos. É sabido que a adolescência é uma fase de grande intensidade emocional, na qual a identidade se vai, progressivamente, consolidando.

Uma das primeiras manifestações deste processo é a necessidade, por parte do adolescente, de se “afastar” da sua família de origem e envolver-se, de forma mais profunda, com o seu grupo de pares. O “afastamento” do jovem é muitas vezes sentido, por parte dos pais, como “rebeldia sem motivos aparentes”. Os pais poderão sentir-se particularmente lesados quando julgarem que criaram uma boa base relacional, de confiança, que não deveria “provocar” este tipo de comportamento da parte do/a seu/sua filho/a., No entanto, a adolescência traz consigo a necessidade de questionar, de descobrir, de redirecionar.

Um/a filho/a mais instável e irritado/a pode tão somente estar a manifestar, à sua maneira, a necessidade de diferenciação das figuras parentais, em busca da sua própria identidade. Os adolescentes desafiam o sistema familiar porque essa é a natureza do desenvolvimento. A resposta de que necessitam, por parte dos

pais/cuidadores deverá, no entanto, ser promotora do reequilíbrio emocional.
(FROTS, 2007)

O adolescente ainda não é adulto, pelo que necessita de contar ainda com uma família que lhe garanta as necessidades de afeto, de segurança e de estrutura.

No entanto, torna-se necessário apostar num aumento da flexibilidade das fronteiras e na forma de expressar a autoridade dos pais/cuidadores, de forma a manter a harmonia familiar (DENER, 2014).

6- METODOLOGIA

Realizar-se-á estudo descritivo longitudinal em forma de uma intervenção partindo de os casos adolescentes conhecidos por a ESF Cruzeiro, Município Salto do Jacuí e NAAB do município com diagnósticos e riscos de saúde mental como são: depressão, riscos suicidas e usuários de drogas

O **primeiro momento** a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde.

O **segundo momento** será aquele em que a equipe de saúde organiza os materiais, fará o levantamento dos recursos necessários para a execução do projeto. Após ter todos os materiais disponíveis, se realizará uma reunião de equipe para a discussão dos instrumentos para implementação da intervenção.

O **terceiro momento** é composta pela identificação de pacientes elegíveis.

O **quarto momento** é a elaboração projeto das oficinas terapêuticas.

O tempo dos pacientes nas oficinas é indeterminado, tem um primeiro momento de três meses, mas nas avaliações multidisciplinar dos pacientes é quem determina a extensão por mais tempo da participação nas mesmas,

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

O **sexto momento** vincula-se ao processo de acompanhamento e avaliação.

O **sétimo momento** consiste em avaliar as novas propostas

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

7.1 Recursos Humanos

Equipe de saúde da família composta por 5 agentes comunitários de Saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico.

7.2 Recursos Materiais

- Computadores;
- Fichas de Acompanhamento de Consultas;
- Folha A4 500 unidades
- Impressora: 1 unidade

7.3 Estrutura, equipamentos e materiais

Local	Atividade Realizada
Unidade Básica de Saúde	Reuniões Sistemáticas da Equipe
Unidade Básica de Saúde	Guardar material e realizar ações de educação permanente

7.4 Investimentos necessários (materiais e equipamentos):

- 01 Computador para uso da Equipe;
- 01 Impressora para uso da Equipe;
- 02 Poltronas para atendimento individual;
- 02 Prateleiras para acomodação de materiais para grupo;
- 02 Armários para arquivos de materiais de atendimento;
- 01 Mesa para apoio a atendimentos e questões burocráticas;
- 01 cadeira giratória para apoio a atendimentos e questões burocráticas;
- 01 Máquina fotográfica;
- 01 pendrive 8 G;
- 01 Projetor Multimídia Data Show;
- 01 aparelho de DVD/ Blu Ray;
- 01 TV 32 polegadas.

5 CRONOGRAMA

Procedimentos	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Busca das informações no sistema de informação do SSC/GHC, separado por área de abrangência Apresentação do Projeto e Entrega das listas	X	X	X									
Apresentação do Projeto e Entrega das listas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dados dos pacientes para as equipes das áreas de abrangência em reunião de equipe	X	X	X	X								
Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas de Abrangência		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS x Grupos coletivos		X	X	X	X	X						
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS x Oficinas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Avaliação				X		X		X		X		X

6 RESULTADOS ESPERADOS

O projeto utiliza os serviços e recursos já existentes e integra e promove a translação de conhecimentos obtidos em investigações e intervenções anteriores com o objetivo de otimizar e melhorar os serviços do ESF Cruzeiro relacionados com efeitos na promoção do bem-estar de pacientes e famílias com a participação da equipe de saúde.

Os seguintes resultados são expectáveis:

- Individualmente – a capacitação dos integrantes da equipe de saúde permitirá e referenciarão de jovens em risco de terem um problema de saúde biológico, mental e social em fases mais iniciais, contribuindo assim para a intervenção precoce.

Atualmente não se conhecem as doenças e problemáticas de os adolescentes de nossa área de abrangência com um acompanhamento adequado são inflacionados pelas falhas na detecção e intervenção precoces, que permitirá reduzir os custos sociais e econômicos associados à saúde ao promover o acesso a cuidados especializados em estádios mais iniciais da doença e evitando o tratamento daqueles que dele não necessitem.

- Comunitariamente – este projeto permitirá melhorar a acessibilidade e equidade no acesso aos serviços de atenção básica de saúde. A ligação entre o sistema educativo e o de saúde, através da melhoria da organização dos serviços existentes, resultara numa maior integração e proximidade. Os profissionais de saúde e de educação desempenham um papel central na definição de comportamento e atitudes e estão em contato direto com adolescentes e respectivas famílias.

- Quanto ao sistema- o projeto fornecerá um apoio integrado e contínuo à jovens em risco ou que já sofrem de doenças. Em longo prazo, é expectável que o aparecimento de problemas de saúde diminua, devido a uma melhor identificação e referenciarão dos casos de risco. Como os problemas de saúde mental, sociais e familiares são as principais causas de suicídio, espera-se igualmente uma diminuição das taxas de suicídio entre os adolescentes.

Os adolescentes e população em geral estarão mais aptos para identificar situações de riscos, e o seu impacto, bem como os recursos e as formas de ajuda disponíveis.

As variáveis de resultados incluem:

- Reduzir o número de jovens em risco ou com doença mental sem ajuda/tratamento
- Reduzir o estigma associado às questões da saúde
- Reduzir o número situações (não identificadas)
- Otimização dos recursos de saúde das ESF.
- Clarificar papéis, responsabilidades e diretrizes para os diferentes provedores de serviços de saúde e comunitários.

As variáveis intermediárias são:

- Satisfação com as ações de formação (professores)
- Satisfação com a resposta e apoio da Escola a questões de saúde (pais)
- Aumento e melhora relação entre os integrantes da ESF, saúde mental, professores, pais e crianças/jovens
- Aumento da confiança dos professores na gestão de problemas de saúde mental
- Pais e jovens sentem-se mais protegidos.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. (1997). "Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil". Revista "A gente na adolescência acha que sabe tudo, mas não sabe nada!": gravidez na adolescência, redes ...

ABRAMO, H. W. ... do adolescente no Brasil. 2004. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8069 de.

AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde na Escola/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica-Brasília: Ministério da Saúde, 2009.(160p .versão preliminar

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069/90. São Paulo, Atlas,

BRASIL. Ministério da Saúde – <http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. SIAB. Manual do sistema de informação de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Secretaria da de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica -. R.,;R,4ta. Reimp. -Brasília. Ministério da Saúde -2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.M 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, vol. 4, N. 3, p. 317-321, jul/set, 2004.

Ministério da Saúde-<http://dab.saúde.gov.br/publicações.php>.

Série Vida em Movimento, SESI/CNI/Instituto Amankay. Vídeos. Disponível em: <http://www.amankay.org.br/home/index.php> e www.youtube.com.br Trata de atividades físicas, educação, trabalho, esportes adaptados, recreação, acessibilidade e tecnologias assistidas, do ponto de vista da inclusão.

Terrorismo poético e outros crimes exemplares. São Paulo: Conrad Editora do Brasil. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8069/1990. Violência Intrafamiliar Contra Criança e Adolescente: ... Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. In: Ponto de Referência:

ANEXO 2 ENQUENTE PARA O PROJETO

CONSENTIMENTO INFORMANDO O PACIENTE

Para a melhora constante da atenção dos adolescentes em nossa comunidade, far-se-á uma pesquisa para conhecer dados do paciente para um posterior cadastro e acompanhamento em nossa Unidade de Saúde. Os dados aqui coletados serão usados para um trabalho de investigação, para desenvolver a atenção dos adolescentes na Atenção Básica do município sem que se conheçamos dados pessoais.

1. Concorda com sua participação em nosso trabalho?

() SIM () NÃO

2. Nome completo: _____

3. Idade: _____ 4. Sexo: _____

5. Ocupação:

5.1 Estuda: Sim () Não () Parou ()

5.2 Trabalha: Sim () Não () () Nunca

6. Encontra-se: () Solteiro (a) () Casado (a) () Noivo (a)

7. Vive Com quem: () Família () Sozinho

8. Relações Familiares: () Boas () Más () Não Respondeu

9. Temas que gostaria de conhecer:

() Sexualidade () Tabagismo () Doenças Transmissíveis

() Sexuais () Doença Atual () Outros Qual (is) _____

10. Grávida no momento da entrevista? () SIM () NÃO

11. Tem Filhos? () SIM () NÃO

12. Quanto fez consulta de rotina no posto pela última vez?

() Este Ano () Ano Passado () Há Muitos Anos () Nunca

13. Exame Clínico:

13.1 verificação dos Sinais Vitais

Peso _____ () Música () Dança () Teatro () Esportes

Altura _____

Imc: _____

Aferição da Pa _____

14. Exame Físico
Geral:

15. Atividades que
gostaria de
realizar: