

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Oswaldo Huerta Bermúdez

**ELABORAÇÃO DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA MULHERES SOBRE OS
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, NA USF LOMBA GRANDE, NOVO
HAMBURGO/RS**

Porto Alegre

2018

Oswaldo Huerta Bermúdez

**ELABORAÇÃO DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA MULHERES SOBRE OS
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, NA USF LOMBA GRANDE, NOVO
HAMBURGO/RS**

Trabalho de terminação do curso de especialização baseado em uma elaboração de um grupo educativo para mulheres sobre os métodos contraceptivos, USF Lomba Grande, Novo Hamburgo/RS

Orientadora: Ariadna J. Drumond Morais.

Porto Alegre

2018

Dedicatória

Dedico o Trabalho de Conclusão do Curso a Deus, a minha mãe, a meus filhos e esposo. A Deus por estar sempre a meu lado, cuidar-me e dar-me forças para continuar, a minha mãe quem me educo, cuido e apoia em todo momento, os meus filhos, por ser exemplo amar-me, estando longe deles, e meu esposo quem deposita toda sua confiança em mim a cada novo reto sem duvidar de minha inteligência e capacidade. Vocês são o mais importante na minha vida.

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado do esforço conjunto de todos os que formamos a equipe. Por isso agradeço a todos em especial ao Enfermeiro. SCHIAVON, Dionatan Einhardt.

As minhas tutoras às quais devo grande parte dos meus conhecimentos, graças pela paciência e ensino. Finalmente, um eterno agradecimento a esta prestigiosa universidade, a qual abriu suas portas a médicos estrangeiros como eu, preparando-nos para um futuro competitivo e formando-nos como pessoas de bem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	6
2. ESTUDO DE CASO CLINICO -----	8
3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE -----	12
4. VISITA DOMICILIAR -----	16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA -----	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	22
ANEXOS -----	23

1 INTRODUÇÃO.

Meu nome é Osvaldo Huerta Bermúdez, cubano, integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, formado em medicina na Universidade de Ciências Médicas Raúl Dorticos Torrado (Cienfuegos – Cuba), no ano 2012, Especialista de primeiro grau em Medicina Geral Integral desde o 2015, diplomado em Ecografia Geral. Trabalho no município Novo Hamburgo, Estado Rio Grande Do Sul, na USF (Unidade de Saúde da Família) Lomba Grande, desde Janeiro de 2016.

O município, banhado pelo Rio dos Sinos, compreende uma área de 223 km², contando com uma população de 238.940 habitantes (IBGE, 2010). Durante muito tempo, a indústria foi praticamente formada apenas pela cadeia coureiro calçadista, com várias empresas de destaque. Tem 25 bairros na zona urbana da cidade, Lomba Grande é um bairro localizado ao norte do município brasileiro de Novo Hamburgo. É o bairro rural da cidade, e o mais grande em tamanho. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.36 para 1.000 nascidos vivos (CENSO/IBGE 2010).

A USF Lomba Grande conta com três equipes, eu trabalho na equipe que atende a área 26, com aproximadamente 1038 famílias, com uma população de 2750 pessoas na área de abrangência. A população é basicamente rural. Algumas famílias de classe média e alta procuram serviços particulares, mas a maioria é atendida pelo SUS. Em quanto a estrutura comunitária, segundo o levantamento realizado pelos ACS temos 2 escolas municipais, e 3 creches as quais duas são municipais e 1 da iniciativa privada, e uma associação comunitária. O horário de atendimento é das 08 horas às 12:00 horas, e das 13:00 horas às 17 horas. A estrutura física da ESF é constituída por: sala de espera, recepção, 4 consultórios médicos, consultório odontológico, 3 salas de enfermagem, sala de pediatria, sala de vacinas, sala de procedimentos, farmácia, cozinha, esterilização, depósito e 4 banheiros. A equipe de saúde é composta por um médico geral, um odontólogo e uma pediatra (que atende a população das três equipes), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde com 2 áreas descobertas e um nutricionista (que também atende as três equipes) além do psicólogo do CAPS que faz o matriciamento. A equipe de saúde oferece grupos de saúde como: de gestantes e Hipertensão (pacientes diabéticos e hipertensos)

Os principais problemas de saúde no território da USF são doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e doenças mentais baseados nos dados dos prontuários. São realizadas visitas domiciliares programadas semanalmente a pacientes acamados ou com necessidades especiais. No município existe uma Unidade de Saúde Central com consultas de ginecologia onde são consultadas as gestantes de alto risco, contamos com um hospital municipal com serviços especializados de ginecologia, sala de parto, cirurgia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, unidade de cuidados intensivos, entre outros. Os casos de pediatria são atendidos no Hospital Regina que pertence a Rede Privada e tem convênio com o SUS.

São muitas as questões que envolvem a saúde reprodutiva da mulher, e notamos a dificuldade durante o tempo que levo trabalhando na USF em escolher o método contraceptivo mais adequado para elas, uma área onde não se prestava uma boa orientação. Diante dessa situação considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção pela importância que representa um bom planejamento familiar para à família mesma e à sociedade brasileira. Por isso, o objetivo de meu projeto de intervenção é promover o conhecimento dos métodos pelas mulheres em idade fértil atendidas no território da USF Lomba Grande.

2 CASO CLÍNICO

M.V.S é uma mulher de 58 anos de idade, mora no bairro Lomba Grande há 8 anos em companhia de 3 filhos. R.V.S de 28 anos que trabalha em uma loja de calçado, D.V.S de 18 anos, obeso, portador de Asma alérgica e A.V.S de 16 anos. A família veio morar na Lomba Grande após à morte, aos 42 anos, de seu esposo C.L.Z devido a um acidente de carro. A mudança ocorreu para que pudessem ficar mais próximos da família dela e receber ajuda no cuidado com os filhos. Ela trabalha como padeira de segunda a sexta e fim de semana alterno. Gosta de comer na rua, consome álcool 2 ou 3 vezes na semana sem chegar a estado de embriagues e em algumas ocasiões briga com seu filho D.V.S, o qual não quer estudar nem trabalhar. Este mesmo filho demonstra uma conduta inadequada e gosta de pedir dinheiro a sua mãe para sair à noite.

M.V.S é obesa, hipertensa e diabética. Há sete anos não procurava atendimento médico. Entretanto, veio até nossa USF buscando atendimento médico nestes dias porque sentia zumbido no ouvido, visão turva, tonturas, fraquezas, tremores, dor de cabeça, seu coração queria sair do peito e dor nas pernas. Relata que tomava eventualmente Enalapril (10 mg) um comprimido ao dia e Metformina (850mg) um comprimido após o café da manhã.

Na consulta observamos que M.V.S relata as condições em que vive e as preocupações que tem, além disso, a pouca percepção de risco que tem em relação à sua saúde.

2.1 Exame físico

Hoje refere sentir-se bem, afebril, BEG, necessidades fisiológicas normais.

HGT: 340 mg/dl

Exame Físico.

Face e marcha não característica de processos patológicos.

Peso: 120 kg

Altura: 175 cm

IMC: 39,1

CA : 123 cm.

Pele: sem lesões.

Cavidade oral. Sem alterações evidentes.

Pescoço: Não ingurgitação jugular, não ausculto sopro carotídeo, tireóide sem alterações.

APR: Frequência respiratória: 18 x minuto, não palpo roce pleural, sonoridade pulmonar normal, murmúrio vesicular audível, não ausculto estertores.

ACV: não, frêmito ne outra alteração, choque da ponta não visível ne palpável, ruídos cardíacos rítmicos e bem golpeados não ausculto sopro, FC. 88 x minutos, pulsos periféricos presentes e normais. PA. 140/90 mmhg

Abdome. Inocente, que segue os movimentos respiratórios, RHA presentes e normais, não sopro renal, não palpo massas ne visceromegalias.

Membros Inferiores: sem edemas, ne outras lesões.

2.2 Avaliação do caso.

Paciente apresentando as seguintes hipóteses diagnosticas:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica, Estagio 1
2. Diabetes mellitus tipo 2 com mal controle metabólico.
3. Obesidade Grau 2.
4. Risco cardiovascular alto.

Segundo (Brasil, 2013a; Brasil 2013b) quando uma paciente apresentar cifras de PAS entre 140-159 mmhg e PAD entre 90-99 encontra-se no estágio 1 da HAS, o bom controle pressórico seria ter menos de 130/80 mmhg por ser uma paciente hipertensa e diabética. Em quanto aos níveis de glicemia em jejum para falar de bom controle metabólico a mesma deveria estar entre 70-130 mg/dl, a obesidade grau 2 é aquela onde o índice de massa corporal está entre >35 e <39,9 kg/m²,

como o paciente apresenta diabetes mellitus já e considerado com risco cardiovascular alto.

Os principais problemas encontrados neste paciente são:

- Desconhecimento dos riscos e/ou das doenças que ela sofre, do manejo, da prevenção e das complicações
- Estilo de vida inadequado (não cuida da alimentação, não pratica exercícios físicos regulares e consome bebidas alcoólicas)
- Mau seguimento do paciente por parte da equipe.
- Inadequada adesão ao tratamento.
- Relaciones interfamiliares inadequadas

Com o objetivo de diminuir as dificuldades encontradas de conjunto com a paciente segundo o recomendado em (Brasil, 2013a; Brasil 2013b) definimos o seguinte plano:

- Necessidade de adesão ao tratamento e mudanças de estilo de vida;
- Acompanhamento com nutricionista, para perda de peso e adequação da alimentação;
- Inserção ao grupo de qualidade de vida;
- Realizar exercícios físicos de forma regular;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Integrar os demais familiares à Equipe de Saúde da Família;

- Apoio psicológico a família em geral.
- Participar e beneficiar-se das atividades do grupo de hipertensos e diabéticos.
- Auto mensuração da pressão arterial (AMPA)

Solicito: Microalbuminúrica de 24 horas, creatinina sérica, EQU, colesterol total, HDL e LDL, triglicerídeos, glicose em jejum, hemoglobina glicada, potássio sérico. Fundoscopia e eletrocardiograma.

Tratamento farmacológico:

- Enalapril (10mg) 1cp de 12/12h
- Hidroclorotiazida (25mg) 1cp ao dia, sempre pela manhã
- Metformina (850 mg) 1 cp, após a café da manhã, almoço e janta
- Sinvastatina(20mg) 1 cp a noite.

Reavaliar em 15 dias.

2.3 Conclusões.

Neste caso se evidencia como os pacientes com Diabetes mellitus e Hipertensão arterial, que não recebem um acompanhamento adequado na Atenção Primária de Saúde e não cumprem as orientações fornecidas em consultas, além de má adesão ao tratamento, apresentam outras comorbidades como a Obesidade as quais se não são bem manejadas e controladas aumentam as chances de ter uma doença cardiovascular (microvascular o macrovascular)

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

O crescimento e desenvolvimento é o eixo central do atendimento à criança. Essa atividade garante a qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social. Possibilita a visão global da criança, inserida no contexto em que vive, permitindo a humanização do atendimento, na medida em que a conhece mais e melhor, inclusive nas suas relações no ambiente familiar. O Cartão da Criança é o instrumento básico para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e deve sempre ficar com a família.

Na minha área encontrei um bom desempenho na área de puericultura sobre os cuidados e desenvolvimento das crianças. É importante reconhecer o trabalho organizado do município com a rede mãe – bebê, pois este trabalho acompanha o nascimento de todas as crianças e contatam com as unidades de saúde para agendar a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana e depois o seguimento pela pediatra da unidade até os 12 anos. Realizamos o pré-natal e seguimos acompanhando a família durante a puericultura da criança segundo preconiza o ministério da saúde em (Brasil, 2012a).

- Realizar a primeira consulta nos primeiros 7 dias. Grau de recomendação D.
- Utilizar e preencher de maneira adequada a caderneta. Grau de recomendação C.
- Avaliar as condições do pré-natal e parto. Grau de recomendação D.
- Realizar um exame físico completo, e compartilhar os achados com os pais. Grau de recomendação D.
- Avaliar as situações de riscos e vulnerabilidades à saúde do recém-nascido (ser residente de área de risco, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia grave, internações/intercorrências, mães com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de crianças com menos de cinco anos de idade. Grau de recomendação D.

- Avaliar e orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de dois anos e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência. Grau de recomendação D.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo, a sua importância e os benefícios. Grau de recomendação B.
- Dar orientações gerais sobre os cuidados com recém-nascido: lavado das mãos, evitar que pessoas doentes fiquem perto da criança, não permitir fumadores na casa para prevenir doenças respiratórias. Grau de recomendação A.
- Cuidados com o banho e o coto umbilical. Grau de recomendação A. Prevenção da morte súbita orientando que a criança deve deitar de boca para cima e evitar o coleito. Grau de recomendação B.
- Prevenção de acidentes. Grau de recomendação A.
- A importância de realizar o teste do pezinho a partir do 3º dia de vida da criança conforme o estabelecido no Programa Nacional de triagem neonatal, permitindo assim, a detecção de doenças que podem ser diagnosticadas e evitar sérios danos para a saúde do bebê. Grau de recomendação A.
- Verificar se a criança foi vacinada no hospital e orientar o esquema vacinal, oferecer as informações sobre a sua importância. Grau de recomendação D.
- Programar a consulta seguinte que deve ser feita aos 30 dias.

Nas consultas subsequentes:

- Estabelecer entre profissional de saúde, a família e a criança uma boa relação de confiança ao longo do acompanhamento, recomenda realizar sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem

de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Grau de recomendação D.

- Não realizar exame físico completo. Grau de recomendação C.
- Monitorização do crescimento mediante o registro nos gráficos do peso, comprimento ou da estatura, do perímetro cefálico até os 2 anos, entre os 2 e 10 anos recomendasse fundamentalmente o registro da altura, do peso e do IMC. Rastrear a displasia evolutiva do quadril. Grau de recomendação C.
- A ausculta cardíaca e recomendada assim como a palpação dos pulsos, no mínimo de 3 vezes no primeiro trimestre da vida devendo-se repetir no final do primer ano de vida, na idade pré-escolar e na entrada na escola. Grau de recomendação D.
- Avaliar a visão para detectar doenças como ambliopia, miopia e hipermetropia, sem ter evidências atuais que determinem o grau de prevenção, realizar o teste de reflexo vermelho, na primeira consulta, aos 4,6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos.
- Avaliar a audição com a TAN (triagem auditiva neonatal) feita no período neonatal e por volta do 4 e 5 mês de vida para a prevenção de perda auditiva congênita e/ou adquirida com início da reabilitação até os 6 meses de idade. Grau de recomendação B.
- Rastreamento da criptorquidia. Grau de recomendação B. Não deixar de abordar os quatro itens fundamentais: dar atenção a queixa fundamental, revisar os problemas já apresentados, enfatizar a prevenção e a promoção oportunas e estimular a mudança de hábito na busca por cuidado. Grau de recomendação D.
- Recomendar a posição de dormir adequada de “barriga para cima”, berço firme, sem objetos em volta das crianças ne lençóis frouxos, para prevenir a morte súbita. Grau de recomendação B. Prevenir as infecções respiratórias. Grau de recomendação A.

Fazer o seguimento como preconizado a permitido depois de aprofundar no estudo dos casos clínicos e da literatura oferecer uma atenção à criança mais organizada, objetiva, baseados na promoção, prevenção e educação permanente, interatuar com a família, conhecer as suas queixas, dificuldades, tirar as dúvidas, garantindo um acompanhamento sistemático, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta.

Buscamos gerar impacto e promover mudanças de comportamento que reflitam positivamente na atenção à criança em seus primeiros anos de vida.

A saúde da criança é prioridade dentro dos cuidados à saúde das populações, logrando assim que se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente.

4 VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares também são parte importante do acompanhamento aos pacientes de nossa área de abrangência a maioria dos pacientes avaliados na atenção domiciliar são idosos, com incapacidade física por doenças degenerativas ou com sequelas de complicações de doenças como HAS e Diabetes.

Para melhorar a qualidade da atenção domiciliar temos que ter em conta as características estabelecidas que deve cumprir essa forma de atenção, segundo (Brasil, 2012b) as quais são:

- Ações sistematizadas, articuladas e regulares;
- Integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;
- Responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;
- Desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, que cumpra com os critérios de inclusão: morador de área de abrangência e paciente com condição clínica e limitação funcional.

Nossa equipe planeja adequadamente as visitas, o que inclui aumentar o número de visitas mensais e maior frequência (sistematicidade), pois na minha USF eu só tenho espaço na agenda para as VD a terceira segunda feira do mês. Cada quarta feira na reunião de equipe peço informação aos agentes dos pacientes na comunidade, incluindo os pacientes com necessidade de VD e se analisa os candidatos a próxima visita.

4.1 O caso

A filha da paciente solicita ao ACS uma visita domiciliar da equipe, devido à impossibilidade de se deslocar até o serviço de saúde. O ACS agenda a visita domiciliar para a próxima segunda-feira no horário da manhã. A equipe discutiu o caso e revisou o prontuário. Além disso, no dia em que a filha solicitou a visita, foi realizada anamnese para conhecer melhor a situação clínica da paciente e

organizar os materiais necessários para a visita: receitas, requisição de exames e esfigmomanômetro.

Paciente do sexo feminino, de nome R.M.Z., 68 anos com antecedentes patológicos de Hipertensão arterial sistêmica, com tratamento de Losartana Potássica (50 mg) 1 comp 12/12, Hidroclorotiazida (25 mg), além de fazer ciclos de tratamento com anti-inflamatório e analgésicos durante as crises de dor intensa. Recebeu alta hospitalar depois de 6 dias internada com o diagnóstico de AVC isquêmico tendo como sequela hemiplegia direita com dificuldades para a locomoção.

Durante o deslocamento pelo bairro, as crianças brincavam na rua, devido à falta de local apropriado para atividades de lazer. Os arredores do bairro encontravam-se sujos e com bastante lixo depositado. A equipe foi recebida pela filha e as netinhas. Elas haviam terminado de almoçar, e sobre a mesa encontravam-se garrafas de refrigerantes. Na casa de 6 cômodos, com luz, esgoto, água encanada, há geladeira, fogão, micro-ondas, televisão e outros eletrodomésticos. Observou-se má higienização da casa e dos arredores. A paciente estava sentada no sofá, respondeu ao interrogatório com alguma dificuldade na fala, conseguiu ficar de pé com apoio para receber a equipe. Durante a conversa a filha falou que está trabalhando numa fábrica calçadista aproximadamente dez horas ao dia, e suas filhas passam todo o dia na escola. A filha conta que está procurando uma cuidadora para ficar com sua mãe enquanto aguarda alguns meses para a família se mudar e ir morar próximo ao irmão (em outro bairro de Novo Hamburgo), que irá auxiliá-la nos cuidados com a mãe.

Exame físico geral.

Mucosa: normocorada.

TCS: sem edemas.

Cabeça: Face: assimetria do facial inferior.

Pescoço: sem alterações

Tórax: sem alterações

Região axilar: sem alterações

Região inguinal: sem alterações

Extremidades: MSD e MID sem alterações

MSE atitude da hemiplegia, queda do ombro, o braço esquerdo paralelo ao tronco. Diminuição da força muscular

MIE Diminuição da força muscular com extensão e rotação externa no pé.

Exame físico por aparelhos

Aparelho respiratório: não dispneia, não tiragem, murmúrio vesicular audível, não estertores, FR: 19 resp/min.

ACV: Ruídos rítmicos, não sopros, FC: 90 lat /min, PA: 140/90 mmHg

Abdômen: Plano, depressível, não doloroso, RHA presentes.

Neurológico: Assimetria facial inferior.

Atitude da hemiplegia, queda do ombro e braço do lado esquerdo, membro inferior esquerdo em extensão com rotação externa no pé.

A atitude de pé, o ato de sentar-se, o ato de se levantar está prejudicado precisando apoio para realizá-lo.

Marcha: Deambula com dificuldade precisando de apoio para a locomoção. Diminuição da força muscular nos membros superior e inferior esquerdos.

Exames realizados no hospital

Hemoglobina 12,6. 00 g/dl.

Leucograma 5.100/mm³.

Plaquetas: 220 000 mg/dl.

Glicose em jejum: 100 mg/dl.

Hemoglobina glicosada: 5,5%.

Creatinina: 0.91 mg/dl.

TGO: 12 U/l. TGP: 15 U/l.

Colesterol Total 106 mg/dia.

Triglicerídeos: 210 mg/dl.

Ácido Úrico: 4,8 mg/dl.

Os demais exames não constam no prontuário. Solicito os exames faltantes segundo o preconizado em (Brasil, 2013a).

Problemas:

Hipertensão arterial sistêmica.

Dislipidemia: (Hipertrigliceridemia isolada).

Sequela motora secundária de AVC isquêmico.

Plano:

- Dieta balanceada com redução do consumo de sal, aumento no consumo de frutas e vegetais, reduzir consumo de alimentos gordurosos e alimentos que contenham açúcar, como bolos, doces, refrigerantes, sucos e biscoitos.
- Dinâmica familiar para apoiar a paciente em sua adequada adesão ao tratamento e sua reabilitação.
- Informamos a sua filha sobre a importância do cuidador.
- Orientamos a necessidade de mudança de posição na cama e na cadeira, bem como a realização de exercícios físicos passivos.
- Tomar sol.
- Higiene oral e corporal da paciente.
- Higiene domiciliar e dos arredores da casa.

- Necessidade de fisioterapia domiciliar motora, a qual será encaminhada pela equipe.
- Seguir a terapia medicamentosa, conforme indicação médica: Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia, Losartana Potássica 50 mg 1 cp 12/12, Sinvastatina (40 mg) 1 cp pela noite por 3 meses, AAS 100 mg 1 cp ao dia.
- Repetir perfil lipídico em 3 meses.
- Uso de analgésicos e anti-inflamatórios durante as crises de dor.
- Realizar visita domiciliar semanal por parte do agente comunitário e mensal por parte do médico e enfermeira para avaliar a condição clínica e a evolução.
- A filha deverá comunicar a equipe sobre a mudança de área para ser transferida para a equipe responsável pela área do novo domicílio.
- Reforçar que os ACS realizem atividades de promoção e prevenção em saúde, incluindo incentiva a higiene domiciliar e do território em geral, segurança dos pedestres (principalmente das crianças) e que incentivem ações de lazer na comunidade.

O desconhecimento do uso de anticoncepcionais segundo meu projeto de intervenção é frequente na minha população mais a HAS e DM 2 além de outras doenças crônicas não transmissíveis afetam também a saúde na minha área de abrangência. Também se evidencia que os pacientes com mau acompanhamento e estilos de vida inadequados sofrem complicações cardiovasculares com mais frequências o que traz alterações negativas na qualidade de vida; por tudo isso me senti motivado a descrever este caso.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

No início do curso tive dúvidas de como seria realizá-lo, uma vez que eu nunca havia feito um curso educação à distância (EAD). Tive medo de não saber usar a plataforma, de que não teria disposição em realizar as atividades em casa, mas no final, foi uma experiência muito boa. A plataforma EAD está bem estruturada, organizada e de fácil uso na medida vai tornando o curso mais atrativo, estimulando a realizar as atividades. Os professores foram muito bons, pacientes, éticos e os vídeos aulas foram muito didáticas. Ter realizado esse curso à distância contribuiu muito para meu aprendizado. Dediquei mais tempo ao estudo e aproveitei ao máximo os recursos digitais apresentados nesta modalidade.

Eixo 1: Trata sobre os temas gerais de saúde pública e pertinentes ao Sistema Único de Saúde do Brasil. A localização imaginária no Brasil das três cidades fictícias virtuais com características geográficas, culturais e sócio demográficas permitiu visualizar sobre os problemas/situações de saúde/doença prevalentes no cenário epidemiológico, o que permitiu compreender os processos de vida, trabalho e saúde da Estratégia da Saúde da Família. Forneceu ferramentas de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação e permitiu incorporar ações de promoção à saúde e vigilância na prática diária.

Eixo 2: Os casos complexos mostram situações diárias que cada profissional está exposto, pude notar a enorme semelhança entre os problemas citados e a realidade vivenciada no posto de saúde em que atuo. Alguns deles chegaram a antecipar pacientes com casos parecidos o que facilitou muita minha orientação, deu para ampliar e atualizar os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.

O portfólio também foi uma experiência nova, e fui participante ativa da elaboração, desenvolvimento e avaliação, selecionando meus melhores trabalhos acompanhados pelos professores. A disponibilidade dos professores para sanar as dúvidas em relação ao processo, ajudou muito. As datas combinadas de entrega oferecem uma maneira de programar o tempo de estudo. Aproveitei a experiência de ter vivido um processo novo que termino com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF. 2013a.
2. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. DIABETES MELLITUS. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF. 2013b.
3. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília – DF. 2012a.
4. Brasil. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção domiciliar. Vol 1. Brasília 2012b.
5. NOVO HAMBURGO. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: [IBGE | Brasil em Síntese | Rio Grande do Sul | Novo Hamburgo...https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/novo-hamburgo/panorama](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/novo-hamburgo/panorama)

ANEXO

1 PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Oswaldo Huerta Bermúdez

**ELABORAÇÃO DE UM GRUPO EDUCATIVO PARA MULHERES SOBRE OS
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, NA USF LOMBA GRANDE, EM NOVO
HAMBURGO/RS.**

Novo Hamburgo

2017

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com intuito de promover o conhecimento dos diferentes métodos contraceptivos em mulheres em idade fértil da equipe da área número 26 da unidade da saúde da família Lomba Grande, no município Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul porém ao aumentar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais se pode contribuir a que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizem o método escolhido de forma correta. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada, do aborto provocado, da mortalidade materna e de outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade reprodutiva e a um bom planejamento familiar.

Palavras chave: Anticoncepção, planejamento familiar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente comunitário de saúde.

CIPD Conferência Internacional de População e Desenvolvimento.

SUS Sistema Único de Saúde.

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 PROBLEMA	6
3 JUSTIFICATIVA.....	7
4 OBJETIVOS	8
4.1 OBJETIVO GERAL.....	8
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5 MÉTODOS	9
6 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
6.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR.	13
6.2 ATENÇÃO À ADOLESCENTE	14
7 CRONOGRAMA.....	15
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	16
9 RESULTADOS ESPERADOS	17
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O município de Novo Hamburgo está localizado no Vale dos Sinos. Tem limites com os municípios de São Leopoldo, Estância Velha, Ivoti, Dois Irmãos, Sapiranga, Campo Bom e Gravataí. Está distante 40 quilômetros de Porto Alegre. Possui uma área de 223,6 quilômetros quadrados, uma população total de 238.940 pessoas, com 1157,2 habitantes por quilômetro quadrado. Possui 27 bairros. Na área da saúde, são 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três hospitais, 377 leitos, um Pronto Atendimento 24 horas e um Centro de Especialidades Médicas (PREFEITURA DE NOVO HAMBURGO, 2017a). O bairro Lomba grande, é uma área de 156,31 quilômetros quadrados, que passou a fazer parte do município em 1940. O nome “Lomba grande” está associado à topografia dele: uma área rural, ao sul do município. O bairro possui 10.451 moradores, em 827 residências (PREFEITURA DE NOVO HAMBURGO, 2017b). Eu trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF), de mesmo nome do bairro. Tenho uma equipe de trabalho maravilhosa, composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). O bairro é muito grande com muita população.

São muitas as questões que envolvem a saúde reprodutiva da mulher e a dificuldade em escolher o método contraceptivo mais adequado. Diante dessa situação considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção. Por isso, o objetivo deste estudo é promover o conhecimento dos métodos pelas mulheres em idade fértil atendidas no território da UBS Lomba grande.

2 PROBLEMA

Na equipe da área número 26 da unidade da saúde da família Lomba grande, no município Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul observa-se pouco conhecimento sobre o uso dos diferentes métodos contraceptivos oferecidos pelo sistema único de saúde e/ou abandono das que já faziam seu uso.

3 JUSTIFICATIVA

Entre as mulheres cadastradas no programa de saúde da família, há um número elevado dos casos que demonstram o conhecimento deficiente e prática incorreta do uso da pílula anticoncepcional, principalmente em como lidar com as situações inesperadas e os efeitos colaterais, além de falta de conhecimento dos demais métodos anticoncepcionais possíveis, oferecidos pelo sistema único de saúde (SUS).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Promover o conhecimento dos diferentes métodos contraceptivos em mulheres em idade fértil da equipe da área número 26 da unidade da saúde da família Lomba grande, no município Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul.

4.2 ESPECÍFICOS

- Construir um grupo educativo para mulheres em idade fértil sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos;
- Analisar os fatores determinantes na escolha do método contraceptivo de mulheres com 15 a 49 anos, participantes do grupo;
- Orientar as mulheres em idade fértil através de palestras sobre os diferentes métodos contraceptivos e ajudar na melhor escolha.

5 MÉTODOS

5.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve as mulheres em idade fértil cadastradas, até o momento do início do estudo, da equipe 26 da USF Lomba grande em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul.

A população adstrita constitui-se por 678 mulheres em idade fértil, dispostas em 133 famílias. A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

5.2 Cenários da intervenção

Durante as consultas oferecidas pela equipe 26 da USF Lomba grande, município Novo Hamburgo, do estado Rio Grande do Sul, chamou a atenção o número acentuado de gestantes, principalmente, adolescentes, e seu desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais.

As mulheres não tinham um adequado conhecimento dos diferentes métodos contraceptivos oferecidos pelo sistema único de saúde, não realizavam acompanhamento adequado, algumas iniciaram o uso por influência de conhecidas ou vizinhas sem ter o conhecimento necessário pra a escolha do método adequado dependendo das contra-indicações.

5.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Se realizará a capacitação da equipe que trabalhará no projeto depois será necessária a identificação das mulheres em idade fértil com diferentes fatores de riscos que não usam nenhum método anticoncepcional, incluídas as adolescentes, presente entre as pacientes cadastradas na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas, através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas e visita domiciliar , cuja aceitação será feita mediante a assinatura do consentimento informado constante no Anexo #1

Não participaram do estudo aquelas mulheres que não tenham aptidão intelectual para responder às necessidades educacionais nem aquelas que desejem não participar do estudo.

Etapa 2

As selecionadas, serão convocadas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção, e convite para que integrem o grupo.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para a orientação e escolha do método anticonceptivo tendo em conta a idade, número de filhos e fatores de riscos, além de avaliação dos efeitos adversos e de o seguimento para aqueles que fizeram a escolha de o método definitivo como Laqueadura ou Vasectomia.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões mensais, na Unidade de saúde, e o grupo será chamado “por um melhor Planejamento”, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à os diferentes tipos de métodos contraceptivos oferecidos pelo sistema único de saúde, doenças sexualmente transmissíveis e atenção integral a saúde da mulher entre outros, de acordo com o profissional selecionado para a data.

TEMA	PALESTRANTE
Acolhimento e explanação do projeto	Equipe de investigação.
Orientação de os diferentes métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS, indicação, e orientações médicas.	Médico.
Principais doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção.	Médico e Enfermeira

Propostas de diferentes métodos avaliando cada membro do grupo. Exposição de experiências pessoais.	Medico e Enfermeira
Importância do acompanhamento do programa Saúde da Mulher, (A realização do Papanicolau a cada ano e sua indicação).	Enfermeira
Importância do acompanhamento do programa Saúde da Mulher, (A realização do Papanicolau a cada ano e sua indicação).	Medico e Enfermeira
Discussão analítica e global do projeto, Confraternização.	Equipe de Investigação

5.4 Avaliação e monitoramento.

As mulheres serão estimuladas, durante as reuniões, com cada um de seus testemunhos, seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, assim será avaliada constantemente a efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções em caso de serem necessárias.

6 REVISÃO DA LITERATURA

6.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar é muito importante para a qualidade de vida, pois garante um futuro digno para os descendentes. É um elemento primordial na atenção primária de saúde, objetiva orientar as pessoas mediante estratégias individuais e coletivas organizadas pelos profissionais da saúde, os quais oferecem informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos, que sejam os ideais para os pacientes, de acordo com suas condições e características. Precisa ser compreendido como um direito básico de cidadania e deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, garantindo para os indivíduos a possibilidade de regular a fecundidade, mas também de decidir livre e responsabilmente a escolha entre ter ou não ter filhos. Este processo de escolha informado na regulação da fecundidade se baseia nos princípios de proporcionar o bem-estar pra as pessoas, enquanto a suas necessidades, autonomia poder de decisão e expectativas (BARCELAR, 2010). Foi um ganho importante a inclusão do planejamento familiar na assistência da saúde da mulher, sendo preconizado pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) ocorrida no Cairo em 1994, a qual o Brasil subscreve (SAÚDE, 2013).

6.2 ATENÇÃO DIRECIONADA À ADOLESCENTE

A deficiência dos serviços de saúde pode ser apontada como um fator relevante com relação a não utilização dos métodos contraceptivos, principalmente se associada à questão do acesso à informação pelos adolescentes. Os serviços disponíveis são insuficientes, impossibilitando para a população obter informações sobre medicamentos com os médicos (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). É comum a utilização de anticoncepcionais de maneira incorreta, e, quando surgem efeitos colaterais, a tendência é substituí-lo, de maneira aleatória, sem avaliação médica, o que pode acarretar abandono do método e, conseqüentemente, gravidez (DOMINGUES JUNIOR, 1998). Como podemos perceber muitas vezes o método contraceptivo pode estar disponível, mas o adolescente não sabe como usá-lo corretamente. Os jovens costumam ter

dúvidas sobre o uso adequado e ideias equivocadas acerca dos métodos anticoncepcionais. Por exemplo, na colocação da camisinha e nas tomadas das pílulas, principalmente em relação ao intervalo entre as cartelas: muitas adolescentes se confundem e as iniciam erroneamente ou não respeitam o intervalo recomendado entre uma e outra cartela. O coito interrompido, muito utilizado na adolescência, porém apresenta um grau enorme de dificuldade, pois pressupõe controle da ejaculação, o qual os adolescentes não possuem, sendo comum a ocorrência de ejaculações precoces (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). As taxas de gravidez na adolescência nos países da América Latina e Caribe são os mais altos do mundo. Muitas adolescentes continuam engravidando sem planejarem. Quando são meninas que vivem em comunidades mais pobres e com menos acesso aos métodos anticoncepcionais, a taxa é maior. Esta realidade traz custos de saúde e sociais, como abandono de estudos, impacto no orçamento familiar dos pais da adolescente grávida e ingresso mais cedo no mercado de trabalho. Estes agravos poderiam ser reduzidos com mais informação, criando espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde, pais, responsáveis e comunidade (AZEVEDO *et al*, 2013).

6.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Em 1984 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi um marco histórico, dando novo enfoque para as políticas públicas voltadas para as mulheres. Foi um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres, incluindo pela primeira vez o planejamento familiar nas ações para a saúde da mulher (SAÚDE, 2013).

7 CRONOGRAMA

Atividades (2017/2018)	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Janeiro
Elaboração do projeto	X	X	X		
Aprovação do projeto				X	
Estudo da literatura	X	X	X	X	X
Revisão final e digitação					X
Entrega do trabalho final					X

8 RECURSOS NECESARIOS.

Humanos: Equipe básica de saúde: composta por medico, enfermeira, técnica em enfermagem e 5 agentes comunitários.

Materiais:

- Cartaz
- Lâminas
- Diapositivas
- Vídeos
- TV
- DVD
- Computador
- Impressora
- Outros

9. RESULTADOS ESPERADOS

Através do trabalho realizado por toda a equipe, os integrantes “Grupo por um melhor planejamento” alcançarão o conhecimento de quais são os diferentes métodos contraceptivos oferecidos pelo sistema único de saúde, suas indicações, como planejar melhor o momento ideal para ter os filhos, além de isso conhecer as principais doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO JP, FAVARA M, HADDOCK SE, LOPEZ-CALVA LF, MULLER M, PEROVA E. 2013. **Embarazo adolescente resumen 2013**. Washington, DC: World Bank Group.

Disponível em:

<<http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/Embarazo-adolescente-resumen-2013>> Acesso em: 02 set 2017.

BARCELAR, FPO. **Gravidez na adolescência: avaliando o papel do enfermeiro do PSF na prevenção e os fatores que levam as jovens a tal situação**. Universidade Cândido Mendes. Pós-graduação "lato sensu". Projeto a vez do mestre. 2010.

DOMINGUES JUNIOR JS. **Utilização de métodos contraceptivos na adolescência: uma opção?** São Paulo: 1998. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

MARCOLINO, Clarice. **Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.38, n.4, p.422-428, Dez 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago 2017.

PREFEITURA DE NOVO HAMBURGO, 2017a. **Dados Gerais**.

Disponível em:

<<https://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/novohamburgo.php?conteudo=140>> Acesso em: 02 set 2017.

PREFEITURA DE NOVO HAMBURGO, 2017b. **Bairros**.

Disponível em:

<<https://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/novohamburgo.php?conteudo=472>> Acesso em: 02 set 2017.

SANTOS CAC, NOGUEIRA KT. **Gravidez na adolescência: falta de informação?** Revista Adolescência e Saúde, v.6, n.1, jan.2009.

SAÚDE, Ministério da. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília; 1984.

SAÚDE, Secretaria de Políticas de; Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

SAÚDE, Ministério da. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 1.ed., 1. reimpr. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

