



ANDREIA CINTIA SANTOS SILVA

CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE

TUCURUÍ- PARÁ
2017



ANDREIA CINTIA SANTOS SILVA

CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Warley Aguiar Simões,

TUCURUÍ- PARÁ

2017

RESUMO

O Trabalho de conclusão do curso foi voltado para a saúde do adolescente, com o objetivo de prestar um cuidado não direcionado a um problema específico, mas a adolescência com todos os seus dilemas, respeitando a adolescência como um direito do adolescente, mas acompanhando esses adolescentes, os orientando e os prevenindo dos principais danos sofridos por esse grupo. Para conseguir realizar esse vínculo, foi necessária a preparação de toda a equipe da estratégia de saúde. Após a realização de várias palestras, notou-se uma ineficácia na intervenção. Iniciou-se então uma busca ativa dos adolescentes pelos agentes comunitários de saúde. Na unidade básica também foi separado o dia do adolescente, tendo assim consultas agendadas com o médico e enfermeiro. Desta forma cada adolescente era avaliado em sua singularidade. Os resultados foram melhores do que os esperados pela equipe. Houve uma grande redução de novos casos de gestantes adolescentes, uma grande redução de uso de álcool e cigarro, um melhor acompanhamento de adolescentes que sofriam bullying e outros. Notou-se uma melhor conscientização dos seus direitos e deveres.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Gravidez na adolescência, Promoção da Saúde, Saúde do adolescente

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 5 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 10 |
| 4. VISITA DOMICILIAR - ATIVIDADE NO DOMICÍLIO | 11 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA | 13 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 14 |
| ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO | 15 |

1. INTRODUÇÃO

Sou a Andreia Cintia Santos Silva, formada em 2014 na Universidade Estadual de Medicina de Krusk, em Krusk- Rússia. Revalidei meu Diploma no Brasil em 2015 através do Programa Revalida pela Universidade de Brasília e entrei no Programa Mais Médico para especialização em Saúde da Família. De acordo com o DATASUS no ano de 2010, o número de unidades básicas de saúde na região de Tucuruí eram 17. A taxa de mortalidade infantil média no município é de 12.48 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 98 de 144 e 133 de 144, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 2622 de 5570 e 4284 de 5570, respectivamente.

De acordo com os motivos de internação no ano de 2010 no município de Tucuruí, as motivações que se destacam em ordem decrescente são: gravidez, parto e puerpério; Lesões de envenenamento e outras consequências causas externas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas e parasitárias. Trabalho na Unidade Básica de Saúde São Francisco localizada no bairro São Francisco na região de Tucuruí-PA, como Médica da Família. A UBS São Francisco, encontra-se em uma zona urbana, a cobertura da UBS é cerca de 7000 habitantes, consiste em uma população de baixa renda, na região não há saneamento básico o que contribui para o aumento de doenças. Na região há uma escola e em um asilo onde realizamos algumas atividades de promoção a saúde.

Na UBS São Francisco, a partir das vivências de acompanhamento médico observa-se que as doenças mais prevalentes são as Doenças Crônicas principalmente a hipertensão na população masculina, além disso na região é muito recorrente o grande índice de gravidez na adolescência e doenças parasitárias na infância. O Tema de escolha para o meu Projeto de Intervenção foi "CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", a escolha do tema foi justamente pela realidade que observava na região alto índices de gravidez na adolescência e até mesmo doenças sexualmente transmissíveis, observei também que na unidade não existia projetos de promoção a saúde e planejamento familiar voltado aos adolescentes e que a adesão aos serviços da unidade por eles era muito baixa.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Diante da realidade da UBS São Francisco como descrita na atividade número um deste portfólio devido ao grande índice de gravidez, a paciente descrita no caso clínico exemplifica o que foi abordado na introdução do Portfólio e no Projeto de Intervenção, trata-se de um caso de gravidez na adolescência, onde percebe-se toda a problematização da gravidez precoce, a ansiedade da paciente e os problemas familiares é um típico exemplo das diversas pacientes que frequentam a unidade.

Nesse caso clínico, o desfecho foi diferente do que acontece comumente na unidade, por isso, foi escolhido para ser relatado, entretanto, fica evidente a grande problemática e a necessidade de ações conjuntas no cuidado com a saúde do adolescente na atenção primária afim de evitar tanto a gravidez na adolescência quanto as doenças sexualmente transmissíveis. A paciente em questão desse relato de caso, foi resultado das propostas de intervenção para os adolescentes que foi descrita no Projeto de Intervenção.

Identificação

- Nome: J.S.C Idade: 15 anos Sexo: Feminino
- Escolaridade: Ensino Médio Incompleto Religião
- Estado civil: Solteira
- Profissão: Estudante
- Naturalidade: Tucuruí-PA
- Residência Atual: Tucuruí-PA

Queixa principal: Deseja usar anticoncepção

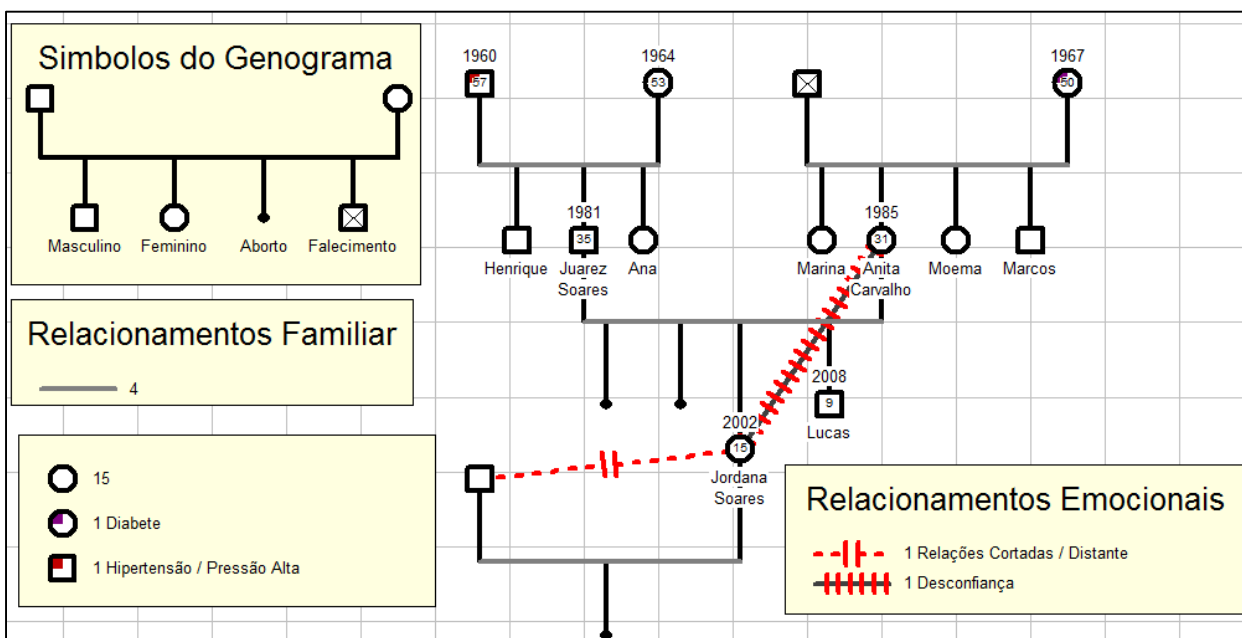
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

1ª consulta: A paciente veio acompanhada pela mãe, que é funcionária da UBS São Francisco, e refere que possui uma relação aberta com a filha e que possui conhecimento de que sua filha já iniciou atividade sexual e solicita anticoncepção oral. A adolescente JSC confirma que já iniciou atividade sexual, mas que foi somente uma vez e sem uso de preservativo.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Fisiológicos: Paciente refere menarca aos 12 anos e sexarca aos 15 anos. Refere ser filha mais velha de 2 filhos e nasceu de parto cesáreo.
- Patológicos: Paciente relata estar com cartão de vacina em dia, nega histórico de cirurgia, nega Doenças sexualmente transmissíveis, Alergias e Diabetes.
- Familiar: A mãe da paciente, relata que em sua família a avó da adolescente possui Diabetes tipo II e o seu avô paterno é hipertenso. Mãe da adolescente relata que de engravidar da adolescente teve dois abortos espontâneos.

Figura 1 - Genograma (Nomes fictícios)



Condições de vida: A paciente relata que se alimenta de forma balanceada sem excessos de carboidratos, mora com sua família (pai, mãe e irmão), cursa o ensino médio, nega etilismo e tabagismo.

Exame Físico

- Paciente em BEG, lúcida e orientada no tempo e espaço, normocorada, afebril, anictérica, acianótica, hidratada.

Sinais Vitais

- PA: 110x80 mmHg;
- FC: 90 bpm;
- FR: 20 irpm.

Medidas Antropométricas

- Peso 60 Kg,
- Altura 1,59 m
- IMC: 23,73
- Cabeça e pescoço: Ausência de deformidades, palpação da tireoide sem alterações.
- Tórax: Inspeção: tórax típico, eupneica, ausência de abaulamentos e cicatrizes. Palpação: expansibilidade normal;
- Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios;
- Ausculta cardiovascular: Bulhas normofonéticas em dois tempos, ritmo cardíaco regular.
- Abdome: Inspeção: plano, cicatriz umbilical centralizada, ausência de abaulamentos e herniações.
- Ausculta: Ruídos Hidroaéreos fisiológicos; Palpação: sem alterações aparentes.

Conduta: Foi feita as orientações quanto a importância do planejamento familiar (uso de métodos contraceptivos) e DTS's. Foi explicado que na próxima consulta depois dos resultados dos exames laboratoriais e do exame ginecológico preventivo seria iniciado o uso de anticoncepcional oral. Foi solicitado os seguintes exames: Hemograma, Beta HCG, TSH, T4 e EAS.

Evolução: Aproximadamente dez dias após a consulta, a mãe da adolescente me procurou na unidade e trouxe um feto em um vidro com álcool, alegou que a sua filha sofreu um aborto espontâneo. Durante esse momento a mãe demonstrou-se arrasada diante da situação, referiu que a filha estava bem, no entanto, agendamos uma consulta para adolescente no dia seguinte.

2ª Consulta: A adolescente compareceu a consulta acompanhada de sua mãe, em primeiro momento conversei com a mãe da adolescente e disse que gostaria de a realizar a consulta somente com a paciente, porém a mãe negou o pedido. A paciente encontrava-se em regular estado geral, aspecto de tristeza e vergonha, no entanto durante a consulta houve um fortalecimento da relação médico paciente, a adolescente relatou sobre o aborto espontâneo e disse que não havia suspeita da gravidez, nega febre, cólicas e náuseas.

Foi solicitado, então, uma ultrassonografia transvaginal, a paciente foi encaminhada para um acompanhamento psicológico e agendado uma visita familiar para acompanhar mais de perto a relação de mãe e filha e a saúde emocional da adolescente.

Discussão: Desde o primeiro momento da primeira consulta, observa-se que a mãe da adolescente mesmo alegando ter uma relação aberta com a filha muitas vezes a sufocava, diversos momentos da consulta as perguntas eram sempre direcionadas a adolescente, no entanto, a mãe sempre respondia, após o acontecimento do aborto espontâneo da adolescente percebi que a relação mãe- filha ficou um pouco abalada e o próprio acontecimento repercutiu no emocional da adolescente, assim, nesses casos a ajuda psicológica e uma boa relação médico- paciente se faz necessária.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atuando há quase um ano como médica de família voltado para a atenção primária de saúde percebo a importância da atuação das Unidades Básicas de saúde na comunidade, tanto no reconhecimento das principais morbidades prevalentes na região quanto as atividades de prevenção e promoção a saúde são extremamente importantes para a comunidade. Como demonstrado nos casos clínicos complexos, a ação da atenção primária serve para justamente auxiliar os pacientes em diversas situações da vida seja na puericultura, no pré-natal ou nas doenças crônicas como é no caso das atividades do HiperDia. Ações voltadas a saúde mental acontecem com menos frequência na unidade onde atuo, geralmente os pacientes fazem acompanhamento com o especialista, porém esses pacientes possuem acompanhamento de perto na UBS com auxílio de psicólogo.

A assistência pré-natal pode colaborar de forma positiva com o diagnóstico e com o tratamento adequado das afecções, além de fiscalizar fatores de risco que levam a complicações na saúde do bebê e da mulher. A assistência pré-natal e a assistência integral à saúde da mulher devem ser estruturadas para atender as reais necessidades da população de gestantes. A atuação na saúde deve estar voltada para o público-alvo da área de amplitude da unidade básica de saúde (UBS), garantindo continuidade no atendimento, orientações e verificações dessas ações sobre a saúde perinatal e materna (BRASIL, 2000).

Na saúde da família na unidade de saúde traz em sua base a preocupação em promover o acesso de grupos populacionais excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis. Tem provocado mudanças nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (Alves, 2005). Na Estratégia de Saúde da Família, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura, que engloba um conjunto de medidas e cuidados preventivos capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, bem como possibilitar a resolução de problemas que as afetam (FRANCO, 2007). A puericultura pode, hoje, ser chamada de pediatria preventiva, a qual analisa os serviços desde as consultas pré-natais, estendendo-se ao longo da infância, até o final da adolescência, ou seja, uma assistência à criança saudável capaz de prevenir agravos, melhorar a percepção da família sobre a importância dos cuidados preventivos e que permite intervenções precoces na correção de desvios de

crescimento e desenvolvimento (ROCHA, 2010). O atendimento da saúde mental no nível primário de atenção possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços quando necessário, pois através da proximidade da comunidade com os profissionais da saúde, estes se deparam frequentemente com as problemáticas dos sujeitos e da comunidade (Delfini e Reis, 2012).

Na atenção básica é importante que todos da equipe compreendam a saúde dos pacientes no contexto dos diversos determinantes como um ser biopsicossocial como em seu espaço físico da comunidade, nas relações interpessoais muito além do enfoque sobre as morbidades dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive, ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde-doença. Dessa forma, a atenção primária desempenha um papel fundamental na comunidade onde ela se insere, pois permite um contato mais próximo entre os profissionais da saúde e o paciente, além disso, permite realizar intervenções como visitas domiciliares, consulta multidisciplinar, palestras que dão suporte a população em geral.

4. VISITA DOMICILIAR - ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar consiste em uma ferramenta muito importante na atenção primária, ela pode ser realizada pelos agentes comunitários de saúde, pela enfermeira ou pelo médico da família da unidade. Essa ferramenta, é essencial na atenção básica uma vez que ela permite que o profissional da saúde tenha conhecimento sobre a realidade do indivíduo permitindo fortalecer os vínculos do paciente, com a terapêutica abordada e com a unidade básica de saúde.

Na UBS descrita no portfólio, as visitas domiciliares são agendadas em um dia específico da semana, por uma questão de organização da equipe e da condução fornecida pela secretaria de saúde. As visitas são destinadas a todos da comunidade que sentirem necessidade, porém, principalmente para aqueles pacientes que possuem dificuldades de se locomoverem até a unidade de saúde e também aqueles pacientes que não mantêm um vínculo com a unidade.

A paciente do caso clínico citado na atividade 2, recebeu uma visita após o aborto que ela sofreu, com intuito de acolher e verificar o estado geral da paciente foi realizada uma visita juntamente com o psicólogo do NASF, com intuito de auxiliá-la e

orientá-la após a intercorrência que a acometeu. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária possui diversos intuitos, em especial, quando realizada pelos ACS uma função primordial de realizar a busca ativa de pacientes, principalmente, aqueles que pouco frequentam a unidade e também pacientes que não aderem ao pré-natal. Em especial, para exemplificar a importância da visita domiciliar observa-se que a ação proposta no Projeto de Intervenção só foi possível realizar através do trabalho dos ACS em realizar a localização dos adolescentes e a busca ativa dos mesmos.

Outra função importante da visita domiciliar é identificar os diversos agravos que podem influenciar na saúde dos pacientes, um dos problemas apontados na atividade 1 é o grande número de pacientes que possuem doenças crônicas, principalmente, hipertensão e diabetes melitos tipo II, a maioria desses pacientes são homens e já idosos, durante a visita domiciliar a esses pacientes observa-se a importância de verificar a medicação desses pacientes para averiguar se não existe a polifarmácia ou se o uso da medicação está de forma correta.

Assim, a visita domiciliar, desempenha um papel essencial na atenção primária uma vez que ela permite realizar diversas orientações e também como um meio facilitador de aproximação das necessidades da população, pois permite vivenciar de perto o contexto biopsicossocial de cada paciente além de permitir com que o paciente sinta-se à vontade de falar de sua queixa e expor suas dúvidas em contrapartida permite ,também, que o profissional de saúde tenha maior liberdade de realizar as orientações necessárias à saúde do paciente.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante a trajetória no curso de especialização em Saúde da Família, consegui aprender ainda mais sobre a importância da atenção básica para a construção da saúde em âmbito de saúde pública, uma vez que com o atendimento nas unidades básicas ser considerado porta de entrada para os outros serviços na saúde. Além disso, na atenção básica é possível realizar um atendimento humanizado e integral a partir das diversas ferramentas que ela oferece como as visitas domiciliares, consultas multidisciplinares e entre outras ferramentas.

Com a participação das atividades oferecidas pela plataforma UNA-SUS, pude aprender através das atividades propostas diversas situações que realmente são corriqueiras na atenção básica como os casos clínicos complexos que foram utilizados durante as atividades, pude também, a partir do fórum compartilhar e aprender com as experiências dos colegas de trabalho e saber que muitas situações são comuns para todos. Com a construção do Projeto de Intervenção e o Portfólio pude ainda aprender mais sobre a comunidade em que atuo, através do levantamento de dados epidemiológicos e da própria vivência no consultório auxiliar na redução dos agravos e morbidades mais incidentes na região. Com a equipe de saúde aprendi a importância do trabalho em equipe para auxiliar no processo saúde-doença dos pacientes da comunidade.

É preciso evidenciar também que durante o tempo da especialização enfrentei diversos desafios que valem a pena serem também tratados durante a especialização como a falta de insumos (materiais e medicamentos) na unidade, a dificuldade de solicitar exames devido à sobrecarga e morosidade do sistema, problemas que muitas vezes são pouco retratados nos assuntos abordados pela plataforma e que precisam ser discutidos. Além disso, acredito que é preciso melhorar a comunicação entre os tutores e alunos sobre a construção das atividades. Acredito que mesmo com alguns desafios foi possível aprender tanto na prática como na teoria sobre a atenção básica e a importância da atuação na saúde da família na redução e prevenção de doenças. Vivenciei isso após o projeto de intervenção que foi realizado o número de adolescentes que começaram a frequentar a unidade para obter diversas informações e acesso aos serviços da unidade para melhorar a qualidade de vida e de sua relação com a família. Dessa forma, foi extremamente gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha SMM. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento. Tese apresentada a Escola de Enfermagem da USP para concurso de livre- docência.
2. Franco TR. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, pelotas/RS. In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas [Internet]. 2007.
3. Brasil. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
4. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comun, Saúde, Educ 2004/2005; 9(16):39-52.
5. DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



ANDREIA CINTIA SANTOS SILVA

CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

TUCURUÍ- PARÁ

2016

RESUMO

Sabe-se que a adolescência é um período de mudanças e transição consiste em uma faixa etária bastante conflituosa, sendo conflitos comuns o envolvimento com uso de álcool e drogas, gravidez na adolescência e conflitos familiares, reconhecer os principais fatores de risco associados a adolescência é de extrema importância para auxiliá-los em diversos aspectos. Com isso, a atenção primária desempenha um papel importante na orientação e acolhimentos aos adolescentes. Esse projeto de intervenção tem como objetivo implementar ações juntamente com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da região de São Francisco, Tucuruí-PA, para que os adolescentes tenham acesso integral à saúde e orientações para reduzir seus conflitos. Compreende-se um projeto de intervenção, onde há um cronograma planejado com atividades para ser implementadas, essas atividades são baseadas em ações de prevenção e promoção da saúde que permitem a participação e captação de adolescentes da comunidade. Espera-se com esse projeto a integração dos adolescentes a comunidade e a redução dos conflitos específicos dessa faixa etária.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de mudanças e transição para o desenvolvimento pleno do ser humano, nos aspectos físico, cerebral, endócrino, emocional, social e sexual, o qual ocorre de forma conjugada, originando comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente (Heidemann,2006). Ao destacar o cuidado ao adolescente, vale situar o momento em que ocorre essa prática. Desde a década de 1990, o adolescente é foco de atenção nas políticas públicas do Brasil com iniciativas envolvendo parcerias entre instituições da sociedade civil e as várias instâncias do Poder Executivo - federal, estadual, distrital e municipal.

As iniciativas na área da saúde remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde se voltou para o adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Este, além do desenvolvimento de atividades relacionadas com a promoção da saúde, expressa preocupação em contribuir com atividades nos âmbitos governamentais e não governamentais (Sposito e Carrano,2003).

As especificidades do grupo decorrem, de um lado, do processo de crescimento e desenvolvimento, que implica necessidades de monitoramento e suporte a aspectos morfofuncionais, mas, sobretudo, aos aspectos socioculturais relacionados a esse processo. Por essa razão, as definições de adolescência e juventude, normalmente utilizadas no campo da saúde, levam em consideração: os marcos pubertários e de crescimento e desenvolvimento, as experiências de vida em contexto, envolvidas no adolescer, como também os limites cronológicos associados às normas civis e jurídicas socialmente estabelecidas (Saito, Silva, Leal, 2008; Coates, Beznos, Françoso, 2003).

No Brasil, os principais critérios delimitadores nas práticas em saúde são os da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 2010). Segundo a OMS, a adolescência corresponde à segunda década da vida, de dez a 19 anos, e a juventude vai dos 15 aos 24 anos (OMS, 1975). Para o ECA, a adolescência é a fase situada entre 12 e 18 anos de idade, com algumas exceções, em que o estatuto se refere a pessoas de até 21 anos (Brasil, 1990).

Acredita-se que, no momento atual, em que se ampliam o conceito e as ações de saúde, no que tange ao cuidado com o adolescente, torna-se necessário entender as diversas representações que permeiam este ser, pois as diferentes maneiras de pensar e agir pressupõem formas diferenciadas de interação, decorrendo ações que

se pautem na subjetividade. Logo, produzir cuidado consoante às necessidades de saúde dos sujeitos possibilita entendê-los, naquilo que têm de único e singular, viabilizando um cuidado direcionado para as suas demandas (Ferreira, 2006).

Nesse contexto, no que se refere à atenção primária à saúde na unidade de básica de saúde (UBS), observa-se que ao logo dos trabalhos desempenhados os adolescentes tornaram-se um grupo de risco mais vulnerável em muitos conflitos como, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo e tabagismo precoce, conflitos familiares, bullying entre outros.

Assim, constitui-se o **problema** deste projeto de intervenção a seguinte questão: Qual o papel da atenção primária na saúde integral do adolescente e a resolução dos seus conflitos?

A atenção básica enquanto campo de prestação de serviços de saúde, intimamente ligado à comunidade, possui cenário favorável ao desenvolvimento de ações que sustentem a perspectiva da integralidade do cuidado, pois esse nível de atenção traz atrelado a si a proposta de oferecimento de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL,2006).

Baseando nessas premissas, propõe-se a realização de um projeto de intervenção centrado na realidade dos adolescentes da comunidade UBS São Francisco, no município de Tucuruí-PA, juntamente com a equipe multidisciplinar desempenhando diversas ações de prevenção e promoção à saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar ações juntamente com a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família da região de São Francisco, Tucuruí-PA, para que os adolescentes tenham acesso integral à saúde e orientações para reduzir seus conflitos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar ações para redução do alto índice de gravidez na adolescência.
- Reduzir a exposição precoce e excessiva de consumo de álcool e outras drogas
- Promover consulta individual focada em educação em saúde.
- Desempenhar atividades e terapia familiar com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a resolução de conflitos familiares e demais orientações.
- Estabelecer um vínculo mais forte entre a unidade de saúde e o adolescente.
- Realizar educação continuada sobre a importância do planejamento familiar reafirmando a importância dos métodos contraceptivos.
- Diminuir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

3. REVISÃO DE LITERATURA

ADOLESCÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos; sendo que o período de 10 a 24 anos é considerado juventude. Para dados estatísticos, divide-se a juventude em fases: de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita a faixa etária dos adolescentes entre 12 e 18 anos, percebendo-se então que, por um período, adolescência e juventude coincidem (Brasil, 2005).

A adolescência é um período do ciclo da vida caracterizado por diversas peculiaridades. Dentre estas, percebem-se aquelas relacionadas às mudanças decorrentes do desenvolvimento corporal, sendo acompanhadas da consolidação da identidade que se constitui, por sua vez, nas adaptações da estrutura psíquica aos novos papéis que surgem para serem desenvolvidos enquanto ser atuante em sociedade (Almeida, Pinho, 2008). Ainda, nesse sentido, afirma-se que a adolescência é uma categoria sociocultural, construída ao longo da história com base em múltiplos critérios que agregam as dimensões biopsicológica, cronológica e social, de modo a focalizar o corpo físico como objeto refletor das mudanças advindas com a atuação hormonal. Tais mudanças são também acompanhadas por desenvolvimento de habilidades psicomotoras e alterações de forma e expressão (Ferreira, Alvim, Teixeira, Veloso, 2007).

Essa fase, marcada por importantes mudanças e necessidades, inclui momentos de escolhas e decisão, que às vezes é permeada por aspectos negativos, como o aumento da exposição a fatores de riscos advindos da conjuntura social na qual o indivíduo que se encontra em processo de adolecer está inserido. A concepção de risco na adolescência assume uma configuração singular, na medida em que se relaciona à exposição a situações de violência, drogas e precocidade das experiências sexuais. (Ferrari, Thomson, Melchior, 2007).

A vida sexual ativa dos adolescentes é uma realidade notória, que exige sensibilização e orientação dos jovens para a prática do sexo seguro, objetivando a prevenção de diversos tipos de patologias de transmissão sexual e da gravidez não planejada (Berettas, Freitas, Fabbro, Ruggiro, 2011). Nas últimas décadas, observa-

se que no Brasil, o fenômeno da gravidez na adolescência tem sido abordado por diferentes segmentos da sociedade, de forma mais intensa e abrangente, sendo considerando esta uma questão de saúde pública pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil (Witter, Guimarães,2008).

Para o Ministério da Saúde (2005), o fenômeno da maternidade na adolescência é considerado de alto risco devido às complicações biológicas e sociais para o binômio mãe e filho(a). As adolescentes com menos de 14 anos de idade têm uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morrer durante a gravidez do que mulheres que são mães com mais idade, e seus filhos, com frequência, nascem com peso inferior a 2.500 g e prematuros. A caracterização do estado de saúde dos adolescentes tem motivado a realização de muitas pesquisas. Segundo ELSTER & LEVENBER (1997) pode ser concluído após análise dos resultados destas pesquisas o seguinte:

- Maior número de adolescentes em comportamento que ameaçam sua saúde.
- Adolescentes envolvidos em situações de risco e em idades mais precoces.
- Aumento de causas externas na mortalidade dos adolescentes jovens.

PRÁTICAS IMPLEMENTADAS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA NO QUE CONCERNE À INTEGRALIDADE DA SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Durante a década de 1990 e início da década atual, o adolescente tem sido foco de atenção nas políticas públicas do Brasil com iniciativas envolvendo parcerias com instituições da sociedade civil e as várias instâncias do poder executivo: federal, estadual e municipal. As iniciativas na área da saúde remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde voltou-se para a saúde do adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que, além do desenvolvimento de atividades relacionadas com a promoção da saúde dos adolescentes e dos estudos temáticos, expressa preocupação em contribuir com atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais. Entretanto, é reconhecida a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas das políticas públicas (Sposito MP, Carrano, 2003).

Situado nesse contexto da então recente promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e da formulação de um programa de saúde voltado especificamente ao adolescente, em 13 de julho de 1990 é sancionada a Lei 8.069 que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo revogado o Código de Menores. O objetivo principal do ECA é estabelecer os direitos da criança e do adolescente numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por sua vulnerabilidade, merecem atenção integral, sendo esta física, psíquica e moral (BRASIL, 2006a).

No Capítulo I referente ao Direito a Vida e a Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, diz em seu art. 7º que: “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (BRASIL, 2006a, p. 10). Vieira (2008) ressalta a importância da criação do ECA, instituindo uma nova dimensão à sociedade brasileira, garantindo-lhes os direitos democráticos de participação cidadã e a consolidação do Estado de Direito. O autor destaca ainda que, nesse período, o país vivia numa ambiência de redemocratização das instituições políticas e sociais. E uma das instituições sociais que conseguiu propor e implantar novos paradigmas epistemológicos e culturais,

enquanto cuidado/promoção do ser humano foi a Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto e em consonância com o PROSAD, vão se lançando estratégias de atenção à saúde do adolescente (BRASIL, 1993).

Um entrave na implementação da política de atenção à saúde do adolescente no Brasil é apresentado por Oliveira e Lyra (2008), em que os autores apontam a carência na formação dos recursos humanos, como fator primordial. Segundo eles, não há equipes de saúde suficientes para a população e as equipes existentes não estão capacitadas/sensibilizadas para o trabalho com os adolescentes. Mesmo passando por períodos de formação, nem todos os profissionais se dispõem a trabalhar com essa população, e muitos profissionais, embora capacitados, ainda percebem os adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação e tutela, não tendo maturidade para assumir seu cuidado e para exercer plenamente seus direitos.

As ações de cuidado embasadas pelas noções da integralidade da atenção propiciam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá gerar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2008).

A atenção básica faz parte de uma rede de gestão do SUS e é operada por linhas de produção do cuidado, sobre as quais trabalhadores e usuários buscam satisfazer as necessidades de saúde. Fazendo a relação entre os diversos lugares de produção. Franco (2007) propôs um diagrama interpretativo que traz o fluxo de produção do cuidado, onde agregam elementos sociais, políticos, técnicos e subjetivos que dependem dos sujeitos e de seus grupos, na micropolítica que opera nesses mesmos cenários.

Na prática cotidiana da organização da atenção básica são destinadas ações de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico com o objetivo de reorientar o planejamento de saúde para uma base populacional. No caso dos adolescentes, a política da atenção básica e, conseqüentemente, a ESF contribui com medidas de promoção da saúde e proteção específica (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2008). Oliveira e Lyra (2008) ressaltam ainda que no caso dos adolescentes o afastamento do grupo etário da unidade de saúde é influenciado por duas vias: a) por considerarem que as suas demandas não se enquadram na lógica assistencial, não tendo o que lhes oferecer nos serviços de saúde; b) e pela

naturalização do argumento que os adolescentes não estão preocupados em cuidar da saúde. Com base nesses entraves, os autores apontam três desafios para uma produção de cuidado e de saúde eficazes ao adolescente na atenção básica: quanto à oferta sistemática e organização das ações e serviços voltados aos adolescentes; quanto à capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a realização do cuidado destinado ao adolescente, dentro de uma perspectiva que os considere como sujeito de direitos; quanto à matiz moral que direciona o comportamento de muitos profissionais em expressar desatenção às necessidades dessa clientela.

O PSF traz em sua base a preocupação em promover o acesso de grupos populacionais excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis. Tem provocado mudanças nos principais indicadores de saúde das populações assistidas, mas tem trazido resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial (Sena, 2002). A intervenção na realidade sob essa ótica é facilitada pela adição de olhares dos diversos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, a integralidade ganha riqueza e expressão quando efetivada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família dentro do cenário da adolescência, na medida em que se propõe a promover uma atenção à saúde, respeitando suas especificidades e valorizando o contexto em que se insere, incluídos fatores de ordem econômica, social e cultural, em meio nos quais as relações de gênero se concretizam (Melo, Coelho, 2011).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Tucuruí- Pará no bairro São Francisco, Liberdade e São Sebastião. A metodologia constitui-se na execução de atividades desempenhadas pela equipe multiprofissional da unidade com objetivo de atrair os adolescente da comunidade para a unidade e propor ações que os integrem aos serviços oferecidos na unidade, além de promover ações para saúde desse adolescente relacionados as principais queixas observadas durante as consultas e por eles relatadas.

Utilizando o Sistema de Informações do SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica), coletamos informações importantes para delinear o plano de ação de toda a equipe, separamos as famílias que possuem adolescentes para as visitas domiciliares. A equipe da unidade possui um total de seis agentes comunitários de saúde (ACS) que visitam cerca de 1300 famílias da comunidade, os ACS nesse projeto desempenham um papel de extrema importância para o projeto pois desempenham o elo entre o usuário com a unidade, assim, eles reforçam durante as visitas domiciliares as atividades que serão realizadas e os serviços oferecidos, além disso, fazem uma busca ativa de pacientes que se encaixam no perfil para o projeto de intervenção.

A primeira etapa a ser realizada é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Além disso, houve uma preocupação em informar a Secretaria de Saúde da Região para procurar um apoio para o projeto a ser desenvolvido. Deve-se organizar com a coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da: CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e divisão dos responsáveis por cada atividade. É importante compartilhar este processo com a equipe de saúde e procurar a adesão de todos os colaboradores. Além disso, a equipe de saúde organizará os materiais e recursos necessários para a realização do projeto.

A segunda etapa consiste na busca ativa dos adolescentes através das visitas domiciliares das ACS que explicará o projeto e realizará um pré cadastro das famílias que tenham interesse em participar das atividades. A terceira etapa a ser realizada será a seleção das famílias que possuem adolescentes com o perfil do projeto e o

acolhimento dessas famílias e dos adolescentes, onde haverá a explicação do projeto e do cronograma, essa etapa é primordial pois a boa apresentação do projeto significará também a boa adesão dos usuários. Além disso, durante a seleção procuramos fazer um ambiente de integração para os próprios adolescentes conhecerem entre si e conhecerem o projeto.

A quarta etapa baseia-se no desenvolvimento das atividades proposta pelo cronograma juntamente com apoio do NASF.

A quinta etapa a ser realizada constitui-se na avaliação dos participantes do projeto de intervenção a partir de questionários e entrevistas.

A sexta etapa consiste na avaliação da equipe da unidade através de reuniões buscando alinhar os conceitos e melhorar as atividades.

A sétima etapa consiste no levantamento dos resultados obtidos através do projeto.

5. CRONOGRAMA

| Ações | Jun/16 | JUL/16 | Ago/16 | SET/16 | OUT/16 | NOV/16 | Dez/16 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Apresentação da proposta à Equipe de saúde. | X | | | | | | |
| Busca de dados nos Sistemas de Informação e organização dos materiais e recursos necessários para o projeto. | X | | | | | | |
| Realizar o levantamento de pacientes pelos ACS | | X | X | X | X | | |
| Seleção das famílias dos adolescentes e o acolhimento inicial e integração | | X | X | X | X | | |
| Início das atividades propostas- atividades de integração e conhecimento dos adolescentes e o acesso à saúde pelo SUS | | | X | X | X | X | X |
| Terapia familiar- Conciliação de conflitos domésticos (NASF) | | | X | X | X | X | X |
| Palestras sobre o planejamento familiar | | | X | X | X | X | X |
| Cine-UBS- filmes que retratam a realidade e experiências de adolescentes | | | X | X | X | X | X |
| Avaliação do Projeto | | | | | | X | X |

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização do projeto de intervenção os recursos necessários foram:

6.1 RECURSOS HUMANOS

- Equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS)
- Equipe do NASF (psicólogos, fisioterapeuta).

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para realização de grupos;
- Computadores e equipamento de multimídia
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;
- Fichas de Acompanhamento de visita Domiciliar;
- Folha A4, canetas e lápis de cor;
- Lanches (salgados, pipoca, suco)
- Materiais disponíveis pelo Ministério da Saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis.
- Filmes que retratam os conflitos da adolescência.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se a curto prazo a conscientização que os adolescentes da comunidade se sintam acolhidos pela unidade de saúde para que eles se sintam à vontade para procurar o serviço quando necessário sejam para atendimento médico ou para solucionar suas dúvidas e conflitos característicos dessa faixa- etária. Com a Terapia Familiar, espera-se que reduzam os conflitos de alguns adolescentes com os membros de sua família, e o próprio adolescente conquiste sua auto aceitação e realizem projetos para seu futuro.

A longo prazo espera-se que as estratégias de promoção à saúde explicitadas ao decorrer do projeto gerem uma redução da prevalência de algumas DST'S na comunidade e dos índices de gravidez na adolescência. Durante todo o processo enfatiza-se a importância do bom acolhimento de toda a equipe da unidade tanto dos jovens quanto de suas famílias.

Um bom acolhimento, baseado na escuta do usuário e no bom desempenho profissional, propicia o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde. Esse vínculo otimiza a assistência, proporcionando aos profissionais conhecerem os seus clientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso e o acolhimento (Araujo, Lunardi , Silveira, Thofehrn , Porto, 2010).

Nessa interação dos diversos trabalhadores que atuam na equipe de saúde, a formação de vínculo se torna uma condição para o aumento da eficácia das intervenções clínicas, sejam elas terapêuticas ou de reabilitação. Para que haja a mudança dessa realidade, o cuidado produzido na unidade de saúde deverá ser ampliado, partindo do seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso (Campos, Gutiérrez, Guerrero, Cunha, 2008). Para atingir esses objetivos, tem que se investir na produção de uma responsabilização profissional em torno da problematização e, ao mesmo tempo, implicar os sujeitos na cor responsabilização com o autocuidado, nesse caso, os próprios adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MEGG, Pinho LV. Adolescência, família e escolhas: implicações na orientação profissional. *Psicol Clin.* 2008; 20(2):173-84
2. Araujo AC, Lunardi VL, Silveira RS, Thofehrn MB, Porto AR. Relacionamentos e interações do adolescer saudável. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):136-42
3. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
4. COATES, V.; BEZNOS, V.W.; FRANÇOZO, L.A. (Orgs.). *Medicina do adolescente.* São Paulo: Sarvier, 2003.
5. Beretta MIR, Freitas MA, Dupas G, Fabbro MRC, Ruggiro EMS. A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. *Rev Esc Enferm* 2011; 45(2): 533-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a32.pdf>
6. BRASIL, Ministério da Saúde. *Normas de Atenção à Saúde Integral dos Adolescentes.* MS: Brasília, 48 p. 1993.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à saúde. *Saúde e Prevenção nas Escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006^a. 160 p.
8. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008; 12(25):387-400
9. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(2):217-24
10. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):205-11
11. Heidemann M. *Adolescência e saúde: uma visão preventiva.* Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
12. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2549-2558, 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). *Política nacional da atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série Pactos pela Saúde, v. 4)

14. OLIVEIRA, A.R; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde: desafios à atenção básica. Anais do encontro: Fazendo Gênero 8- corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto, 2008.
15. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica 2002; 18(Supl.):203-211
16. Sposito MP, Carrano P. Juventude e políticas públicas no Brasil. Rev Bras Educ. 2003; 24:16-39.
17. VIEIRA, S.R. A Integralidade numa Rede de Proteção Social ao Adolescente: um olhar fenomenológico. Dissertação [mestrado]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2008
18. Witter GP, Guimarães EA. Percepções de adolescentes grávidas em relação a seus familiares e parceiros. Psicol Cienc Prof 2008; 28(3): 548-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a09.pdf>