

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

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

**Manuela van Ass Knorr**

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE  
TUPANCIRETÃ – ESF 2**

**PORTO ALEGRE - RS  
2017**

**MANUELA VAN ASS KNORR**

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE  
TUPANCIRETÃ – ESF 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Aline Picoli Benvenuti.

**PORTO ALEGRE - RS**

**2017**

## **SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>17</b>
<b>7</b>	<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Formada em julho de 2015 pela Universidade Federal de Santa Maria, iniciei minha carreira profissional como médica na cidade de Panambi, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Piratini, onde atuei por quatro meses. Após esse período, me inscrevi no programa de valorização da atenção básica (Provab) e fui destinada a trabalhar na ESF 2 (ESF Viva Melhor), na cidade de Tupanciretã. Iniciei minhas atividades no município em março de 2016.

A cidade em questão é uma cidade localizada no Centro Oeste do Rio Grande do Sul, e possui uma população de 22 286 habitantes pelo censo do IBGE 2010. Com uma renda essencialmente agrícola, a cidade apresenta uma grande extensão de terras, mas uma pequena área urbana. Possui diversos assentamentos, o que influencia negativamente na saúde da população e dificulta o aprimoramento da atenção básica, principalmente para as Estratégias de Saúde da Família. A cidade conta com um hospital que supre parte das urgências e possui como referência a cidade de Cruz Alta<sup>1,2</sup>.

A ESF 2, na qual está se desenvolvendo esse trabalho, possui uma população cadastrada em torno de 4800 pessoas, em um território definido. Entretanto, cerca de 2000 pessoas, localizadas no Bairro Moraes, estão descobertas por agentes comunitários de saúde e não possuem um monitoramento e cadastro eficazes. A população adscrita ao território é essencialmente de média e baixa renda, poucos possuem planos complementares de saúde e grande parte detém uma baixa escolaridade.

Existem três escolas dentro da área, todas de ensino fundamental, mas que possuem pouco vínculo com a unidade de saúde. Entretanto, nos centros comunitário organizados por cada bairro, são realizadas muitas atividades pela saúde, como os grupos e as atividades físicas. Em relação aos atendimentos, vemos uma prevalência nas doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão e osteoartrose. Nos últimos meses, a unidade se deparou com um crescimento importante nas doenças

sexualmente transmissíveis, com foco na sífilis, principalmente em gestantes, o que acompanha uma estatística regional e nacional.

Outro problema muito influente em nossa área é o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, que afeta muitos bairros da cidade, e pode ser considerado um obstáculo social e de saúde de todo o município. Precisamos nesses casos desenvolver um vínculo extremamente coeso entre unidade de saúde e comunidade, para conseguirmos acompanhar cada paciente, demandando um grande esforço da equipe.

Porém, durante as consultas de rotina na unidade, o problema que mais me chamou a atenção foi o alto índice de adolescentes que gestavam ou já eram mães. Ao me deparar com isso busquei informações sobre os nascimentos no Hospital da cidade e encontrei uma alta incidência de mulheres menores de 20 anos que se tornaram mães.<sup>3,4</sup> A partir disso, escolhi a gestação durante a adolescência como o tema para meu Projeto de Intervenção, cujo o título final é: Ações para reduzir a gravidez durante a adolescência em Tupanciretã.

Tal projeto se baseia em uma intervenção multidisciplinar de toda a Unidade de Saúde, que visa reduzir tais índices. O projeto pretende desenvolver uma educação continuada em saúde e a discussão entre os trabalhadores, para que assim, a educação possa ser disseminada para a comunidade por via dos agentes comunitários de saúde, escolas, médico, enfermeiro. Enfim, trata-se de uma tentativa de melhora no planejamento familiar de maneira multifocal.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Um caso clínico que exemplifica bem o dia-a-dia da unidade de saúde, demonstrando a prevalência dos casos de doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão, como citado anteriormente, é o caso a seguir. O paciente I.R.S. é um senhor de 59 anos que, além de ser portador da tão frequente hipertensão arterial e da diabetes mellitus tipo 2, também já apresentava complicações derivadas dessas patologias. Com diagnóstico há mais de 15 anos da diabetes (não sabe a data correta de diagnóstico e não há registro em prontuário), possui também insuficiência renal crônica, teve pé diabético com amputação de pododáctilos esquerdos há 5 anos e está com outra lesão ulcerada há 2 anos, no local da amputação prévia. Mora com a esposa V.R.C.P, os dois enteados e a sogra (vide genograma).

Paciente sem consultar há oito meses, vem a ESF 2 para solicitar encaminhamento para cirurgia vascular com o intuito de avaliar úlcera em pé esquerdo. Ao ser questionado sobre as medicações, paciente apresenta receita com os seguintes medicamentos: captopril 25mg três vezes ao dia, furosemida 40mg dois comprimidos pela manhã, AAS 100mg ao meio dia, atenolol 50mg à noite, sinvastatina 20mg à noite, insulina NPH 20UI pela manhã e 20UI à noite, insulina regular 5UI antes do café, 5UI antes do almoço e 4UI antes do jantar e Rivotril 10 gotas à noite. Entretanto, ao continuar a conversa, refere que utiliza a insulina conforme acha que faz efeito, uso irregular dependendo do HGT que faz em domicílio.

O paciente em questão chegou a consulta muito resistente ao acompanhamento e com desconfiança sobre as orientações médicas. Também parecia descrente sobre possíveis melhoras de seu quadro de saúde. Referiu que tinha consciência da gravidade das patologias, que há dois anos quase foi necessário realizar hemodiálise, mas que não acreditava em grandes melhoras.

Ao exame, apresentava-se usando tênis, inclusive no pé que continha a úlcera. Boa hidratação e corado. Sem alterações nos aparelhos cardiológico e respiratório. Abdome globoso sem outras alterações. Presença de úlcera não infectada em região metatarsal, pulsos pediosos diminuídos e sensibilidade reduzida em ambos os pés.

Pressão arterial: 130/75 mmHg, peso 92,6kg, medida da circunferência abdominal de 100cm e HGT 314 mg/dl (pós-prandial).

Devido ao vínculo frágil com a equipe de saúde e à evolução avançada dos quadros patológicos, foi optado como conduta terapêutica realizar os encaminhamentos solicitados (cirurgia vascular e endocrinologista) e inicialmente dar ênfase à orientação sobre a doença e ao uso da insulina - como ela funciona, seus picos de ação e duração, de maneira resumida, para que paciente entendesse a necessidade do uso correto e regular. Foi salientado que a lesão do pé apenas melhoraria com o controle glicêmico e que o especialista não conseguiria introduzir nenhum tratamento adequado se o mesmo não fosse atingido. Marcado retorno para novo HGT em dois dias.

Devido à gravidade do caso, foi criado o seguinte plano terapêutico singular:

#### VULNERABILIDADES

Precária relação com a unidade de saúde, múltiplas patologias principalmente por consequência da diabetes e hipertensão (insuficiência renal crônica e úlcera). Sem acompanhamento e uso incorreto das medicações.

#### OBJETIVOS

Melhorar vínculo do paciente com a unidade de saúde, atingir metas do controle glicêmico, manter controle pressórico, avaliar risco cardiovascular, realizar tratamento da úlcera.

#### PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Médico: Orientar paciente e tentar convencê-lo sobre os benefícios do uso correto das medicações, tentando alcançar o controle glicêmico, a cicatrização da úlcera e evitar a formação de novas. Realizar o cálculo do risco cardiovascular e adequar as medicações conforme o mesmo. Avaliar função renal e por fim melhorar qualidade de vida e disposição para paciente seguir os tratamentos. Estímulo a participação no grupo de hipertensos e diabéticos.



Equipe enfermagem e técnicos: Iniciar curativos periódicos na unidade de saúde. Orientar sobre a utilização de calçados que não machuquem os pés e monitorização frequente de lesões que possam evoluir para úlceras.

Agente Comunitária de Saúde: fazer visitas periódicas para monitorar a aderência do paciente aos tratamento e garantir que retorne às consultas conforme combinado.

## REAVALIAÇÃO

Solicitar exames para avaliar controle glicêmico, função renal e dislipidemia. Monitorar consultas com especialistas. Solicitar rotina de HGT para controle da diabetes. Monitorar evolução da úlcera.

Paciente retornou em dois dias com um HGT em jejum de 186mg/dl. Uma boa melhora comparado com o da última consulta e gerando um resultado positivo que reforçou a utilização de doses fixas das insulinas. Foi orientado a manter a medicação em uso e solicitados exames.

Exames demonstraram hemoglobina 11,4; hematócrito 33,5; leucócitos 7900; plaquetas 179000; glicose de jejum 171; colesterol total 194; triglicerídeos 629; HDL 31; LDL (não foi possível calcular pelo excesso de triglicerídeos); ureia 78; creatinina 2,2; sódio 142; potássio 4,6; hemoglobina glicada 8% e EQU normal. Eletrocardiograma normal. A secretaria de saúde não conseguiu encaminhamento breve para as consultas com cirurgião vascular e endocrinologista, duas especialidades sem especialistas disponíveis pelo sus na cidade de referência (Cruz Alta). Devido ao elevado risco cardiovascular, paciente também teve que ser encaminhado ao cardiologista em consulta posterior<sup>6</sup>.

Mantido a dose de insulina pois paciente utilizando pouco tempo de medicação com dose fixa e solicitado controle de HGT. De acordo com a Diretriz Brasileira de Diabetes, paciente deveria ser encaminhado ao oftalmologista, para exame de fundo de olho e seguir dieta rigorosa. Como paciente acima se negou em seguir tais orientações, foi discutido em unidade que paciente seguiria com as orientações do grupo e seria tentado encaminhamento em consultas posteriores novamente<sup>5</sup>.

Quanto a lesão ulcerada, paciente manteve rotina de curativos frequentes na unidade de saúde, e foi conseguido a aplicação de curativo Aquacel<sup>R</sup>, conforme

orientação da enfermeira. Teve melhora da cicatrização, mas permanece com a úlcera e continua com calçados fechados.

Em resumo, possuímos um paciente com insuficiência renal crônica grau IIIB, com elevado risco cardiovascular de acordo com o Escore de Framingham (chance acima de 30% de evento cardiovascular em 10 anos)<sup>6</sup>. Paciente também é portador da síndrome metabólica e dislipidemia mista, outros marcadores importantes de eventos cardiovasculares negativos<sup>6</sup>. Além desses riscos, paciente está reduzindo sua qualidade de vida com as lesões no pé (amputação previa e úlcera), corre sério risco de desenvolver retinopatia diabética e evoluir para falência renal, com necessidade de diálise.

Até o momento, o paciente está retornando às consultas. Realizou medidas diárias de HGT, sendo necessário pequenos ajustes na insulina. Foi reduzido a furosemida em consultas posteriores e aumentado o atenolol. Apesar de existirem outros betabloqueadores mais eficazes, paciente referiu que não está disposto a comprar medicação e quer manter os disponíveis pela farmácia popular.

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

Um sistema de saúde eficiente se baseia em uma atenção primária forte, estruturada e resolutiva. Para que isso ocorra, precisamos investir de maneira eficaz na prevenção, educação e promoção da saúde das nossas comunidades. Sobre tais assuntos, os casos clínicos citaram algumas situações desenvolvidas nessas áreas, que também são importantes no dia-a-dia da população que trabalhamos<sup>1</sup>.

A questão do tabagismo, por exemplo, é uma batalha que se vivencia todos os dias nas consultas, nos arredores do posto e nas visitas aos domicílios. Apesar de todas as campanhas e conscientização sobre os riscos de fumar, os pacientes tem muita dificuldade em largar o vício, alguns por não aceitarem seus malefícios, outros por não conseguirem a medicação para auxiliar no tratamento. Possuímos um grupo para cessar o tabagismo, nele são realizados encontros quinzenais e é distribuída a medicação para os aderentes ao grupo. Há bons resultados com essa prática.

Outra situação relacionada à educação em saúde e prevenção é o caso da saúde do trabalhador. Nela, não só detectamos e notificamos agravos relacionados ao trabalho, como também alertamos aos riscos de cada área de atuação e à necessidade do uso correto dos equipamentos de proteção individual. Busca-se prevenir as doenças e os acidentes relacionadas ao trabalho.

Tupanciretã, por ser uma cidade essencialmente agrícola, apresenta muitos casos de perda de audição devido ao trabalho com máquinas nas lavouras e problemas osteoarticulares pelo trabalho braçal extenuante. A população que trabalha com esse tipo de serviço precisa trabalhar muito nas épocas de colheita e planta, e não consegue aliar práticas de alimentação, exercícios e diminuição do estresse durante esses períodos.

Relacionado à saúde da mulher, os casos abordam o rastreamento do câncer de colo de útero pelo preventivo. Aliado a coleta, nossa unidade aborda outras práticas de diagnóstico precoce, como é o caso das mamografias. A consulta ginecológica realizada tanto pela enfermagem, quanto pela medicina, já ajuda a abranger assuntos de promoção de saúde da mulher – tabagismo, sexualidade, depressão, alimentação.

Também, foi abordado a promoção da saúde da criança que adotamos durante a puericultura, com incentivo a vacinação, aos hábitos dietéticos adequados e à suplementação correta de nutrientes necessários nessa etapa de vida, como o ferro e a vitamina D. Relacionado a esse assunto, que considero essencial à saúde da população, a unidade realiza semanalmente consultas de puericultura. Também as gestantes são monitoradas, assim como as crianças ao nascerem.

Por ter um grande impacto na saúde da comunidade, acredito que é uma das principais formas de promoção à saúde, educação e prevenção que dispomos na unidade. Percebemos durante as consultas de puericultura uma grande chance de educar as famílias e diagnosticar problemas dentro das mesmas, que muitas vezes se refletem nos filhos.

Já no pré-natal e após, na puericultura, influenciamos a adesão do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses da criança. Existe concordância entre as sociedades de pediatria, Ministério da Saúde (MS) e organizações internacionais que se deve estimular essa prática, com o melhor nível de evidência, salvo algumas exceções. Após os seis meses de idade, se inicia a alimentação complementar. Para que se obtenha sucesso na amamentação exclusiva é preciso informar sobre a pega correta e o posicionamento do bebê<sup>2</sup>.

O AME traz benefícios como a queda da morbidade relacionada a infecções, sugere-se uma diminuição de morte súbita, redução de hospitalizações, redução de doenças como a asma e a dermatite atópica e redução da obesidade. Fato que é importante mostrar para as mães, com o intuito de influenciar na adesão ao AME<sup>2</sup>.

Como citado anteriormente, outra prática é a suplementação do ferro e da vitamina D para as crianças, esta última principalmente no Rio Grande do Sul, aonde a incidência de raios solares é menor do que nos estados com menores latitudes, como norte e nordeste. Entretanto, buscando dados na literatura, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, é indicada a reposição para todos as crianças, independente da área em que vive. Isso se explica porque o sol que mais suplementa a vitamina D é entre às dez horas e às quinze horas, horário mais relacionado com o aumento da incidência de câncer de pele, o que dificulta essa orientação<sup>3</sup>.

Dessa forma, durante a puericultura é feita a prescrição de vitamina D para todos. Até o primeiro ano, na dose de 400UI e, na dose de 600UI até os dois anos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a vitamina D não previne apenas a osteoporose e má-formação óssea, ela já é considerada um hormônio por alguns especialistas, responsável por muitas atividades metabólicas no nosso corpo. Tanto para as crianças, como para os adultos, avaliar os níveis de vitamina D nos pacientes portadores de fatores de risco se tornou uma rotina, e se pretende melhorar a qualidade de vida da população com sua correta suplementação<sup>4</sup>.

## 4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é um ponto chave da atenção primária a saúde. Com ela podemos atingir a população que está restrita ao leito, podemos conhecer a situação de saúde que envolve cada domicílio e vivenciar o dia-a-dia da população e da comunidade. Na unidade de saúde de ESF 2 em Tupanciretã, a prática da visita domiciliar se iniciava com as ACS (Agentes Comunitárias de Saúde). Eram elas quem monitoravam e elegiam os pacientes com prioridade em receber a visita da equipe de saúde. Após apresentar os casos na unidade, uma equipe planejava a visita, com os profissionais previamente selecionados.

Em muitos casos, a visita domiciliar servia como a base do atendimento para aquelas pessoas incapacitadas de se locomoverem até o serviço de saúde, como são os casos dos acamados e restritos ao leito. Tínhamos muitos pacientes idosos, vítimas de acidente vascular cerebral, pacientes com transtornos psiquiátricos, alguns com doenças cérebro degenerativas, como o Parkinson e o Alzheimer, ou pacientes com doenças terminais, como o câncer. Durante essas consultas, conseguíamos perceber como era feito o processo de adaptação dos domicílios, quem eram os cuidadores principais – quem mais conhecia os hábitos dos pacientes e as medicações. Como se mantinham as relações e sempre com muita atenção aos maus-tratos, muito frequente nos pacientes com esses quadros.

Não eram raras as vezes em que a consulta tinha o propósito principal de avaliar maus-tratos. As vezes a unidade de saúde recebia denúncias da população vizinha ou as agentes percebiam sinais indicativos. Dessa forma, fazia parte da atuação da unidade investigar cada situação. Ainda mais quando tínhamos pouco apoio vindo da assistência social do município, pouco resolutiva e mal estruturada.

Outras vezes, a visita domiciliar tinha um plano mais epidemiológico. Realizávamos a “ronda” em casas onde a população tinha condições de consultar na unidade de saúde, mas era preciso verificar as condições de moradia, se havia água parada, tipo de alimentação presente nas residências e, um dos pontos chaves da atenção, a medicação. Pacientes com dificuldade de controle das doenças, que juravam utilizar as medicações corretamente. A ida ao domicílio propiciava conhecer

se o paciente estava com a medicação organizada, se não havia excessos e se realmente fazia aquilo que era proposto.

Infelizmente, havia uma imensa dificuldade para realizar o trabalho por completo. A começar pelo transporte. A secretaria de saúde priorizava pouco as visitas, os meios de transporte demoravam a chegar, ou não chegavam. Muitas vezes os funcionários acabavam indo por meios próprios, para não deixarem os pacientes desassistidos. Quando era necessária alguma intervenção maior, faltava uma equipe de apoio. Não havia Nasf no município de Tupanciretã, e a maioria dos pacientes precisava ser encaminhado ao hospital para receber cuidados mais qualificados.

A secretaria de saúde não tinha entendimento do que realmente era necessário para melhorar o acesso a saúde no município e a própria população estava acostumada ao vínculo saúde-doença, doença-atendimento. Tínhamos dificuldade em implementar práticas de promoção e prevenção, e retirar a ideia de consultas imediatas via hospital da cidade. Muitos pacientes não viam com bons olhos a chegada dos profissionais da saúde em seus domicílios e outros exigiam visitas, em demasia.

Entretanto, as visitas domiciliares fazem parte da prática básica da atenção à saúde e, mesmo com muitos desafios, ela é amplamente satisfatória e traz excelentes resultados. Poucas práticas na saúde apresentam efeitos tão positivos de envolvimento na comunidade e criação de vínculo. Os pacientes desenvolvem altos índices de adesão e na maioria das vezes se mostram acolhidos e satisfeitos com os serviços de saúde.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O material do curso de especialização, tanto referente aos conteúdos da saúde coletiva, quanto aos casos clínicos são de extrema relevância. Mesmos os assuntos já estudados alguma vez, após revisão, é possível identificar falhas na atuação clínica e diferenças no processo desenvolvidos pelas prefeituras e pelos demais níveis de governo. Vemos que apesar do entendimento, muitas atitudes são difíceis de ser incorporadas na prática e que as secretarias de saúde ainda se encontram muito despreparadas para desenvolverem a atenção básica descrita nas políticas públicas.

Quando pensamos em saúde pública, diversas opiniões divergem a respeito do que é o certo, do que é efetivo ou do que é possível, no cenário atual. Entretanto, poucos aqueles que conseguem colocar em prática e realmente testar tudo o que é proposto. As mudanças frequentes nas esferas do poder, dificultam muito a atuação dos profissionais que realmente querem uma saúde de qualidade.

Referente ao ensino a distância desenvolvido pelo curso, a praticidade de conseguir se atualizar mesmo nos centros mais distantes e de pouco acesso é imprescindível. Porém, não podemos esconder o fato que não é possível atingir a qualidade de um curso presencial e que alguns detalhes do nosso “moodle” são bem confusos, principalmente no início do curso.

Acredito que a trajetória durante o curso de especialização se deu de maneira progressiva, um crescente no aprendizado em relação a saúde da nossa comunidade, mas que foi prejudicada com o atraso do início da especialização. Infelizmente, acabamos o ciclo do provab e mantemos as atividades do curso, em períodos que já precisamos nos especializar em outros conteúdos e desenvolver outros trabalhos, não relacionados.

Ao fim, creio que, como toda atividade de ensino, apesar de alguns contratempos e pontos negativos, sempre há o que se somar. De todas as leituras podemos crescer e incrementar nossa prática clínica, nossa atenção à comunidade e o ambiente de serviço. Apesar de passarmos pouco tempo e nem sempre podermos continuar nossas ações no mesmo local, acredito que deixamos sempre melhorias e



mudanças para a comunidade e melhoramos nossa atuação como médicos e como representantes da saúde pública.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL - RIO GRANDE DO SUL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades IBGE**.2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432220>>. Acesso em: 22 set. 2016.
2. Prefeitura Municipal de Tupanciretã (Comp.). **Prefeitura Municipal de Tupanciretã: O Município**. Disponível em: <<http://www.tupancireta.rs.gov.br/pagina/id/63/?dados-do-municipio.html>>. Acesso em: 27 dez. 2016.
3. LIVRO PARTOS, disponível no Hospital Brasilina Terra, em Tupanciretã.
4. SINASC. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 22 set. 2016.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes SBD 2015-2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2017.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular**. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.1): 1-31. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz\\_de\\_Consenso%20Sul-Americano.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz_de_Consenso%20Sul-Americano.pdf)>

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

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

**MANUELA VAN ASS KNORR**

**AÇÕES PARA REDUZIR A GRAVIDEZ DURANTE A ADOLESCÊNCIA  
EM TUPANCIRETÃ**

**TUPANCIRETÃ  
2016**

## **RESUMO**

Uma gravidez não planejada, durante a adolescência, aumenta o risco de desfechos negativos como o baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade infantil. A cidade de Tupanciretã, localizada no estado do Rio Grande do Sul, possui altos índices de gravidez em menores de 20 anos. Devido a isso, criou-se um projeto de intervenção para ser aplicado na Estratégia de Saúde da Família Dois. A intervenção se baseia na capacitação dos profissionais, no conhecimento em relação à comunidade e na intervenção direcionada aos adolescentes, de forma multiprofissional. Possui o objetivo de reduzir a gravidez não planejada, principalmente em adolescentes, melhorar a assistência ao pré-natal e pós-natal nesses grupos, e consequentemente afetar todo o ciclo econômico e social que se perpetua com essas gestações. Espera-se conseguir envolver os adolescentes no contexto da unidade de saúde e entender melhor suas necessidades.

**PALAVRAS-CHAVES:** Gravidez. Adolescência. Intervenção.

## **SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA:</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
4.1	<i>OBJETIVO GERAL</i>	7
4.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	7
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>16</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>17</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Tupanciretã se localiza na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 22 281 habitantes pelo censo de 2010. Desses, há cerca de 3788 adolescentes, entre 10 e 19 anos, dos quais 1894 são do sexo feminino. É uma cidade baseada no agronegócio, com grande extensão de terras, mas uma pequena área urbana<sup>1</sup>.

Durante o ano de 2016, o município teve dois médicos cadastrados no Programa Mais Médicos e um médico cadastrado no Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). O referente trabalho se desenvolveu a partir desde último programa, com base nos atendimentos e na atenção à saúde desempenhada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dois, de Tupanciretã. A ESF Dois atende aos bairros Elizabeth, Gaúcha, Beck, Riachuelo e Moraes no município, e é responsável por uma população em torno de quatro mil e oitocentas pessoas.

Em cerca de cinco meses de atendimentos no território, durante consultas de pré-natal e consultas de puericultura, percebeu-se um grande número de gestantes e puérperas adolescentes, no território da unidade. Esse problema chamou a atenção dos profissionais de saúde e parece ser um problema antigo do município. Em 2014, foram registradas, no hospital da cidade, 40 meninas gestantes de até 19 anos de idade, de um total de 166. Durante o ano de 2015, esses números subiram para 75 gestantes adolescentes, de um total de 235 gestantes. Criando uma taxa que passou de 24% em 2014 para 31,91% de gravidez em adolescentes, em 2015<sup>2</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é a época que compreende o conjunto de transformações somáticas, psicológicas e sociais de um indivíduo, e se classifica, do ponto de vista cronológico, da faixa etária compreendida entre 10 aos 19 anos<sup>3</sup>. Quando se interrompe essa fase por uma gravidez não planejada, podemos ter uma desestruturação em todos esses componentes, gerando prejuízos dentro das famílias e para o próprio município.

As consequências dessa ruptura podem trazer prejuízo ao pré-natal, maiores problemas relacionados ao parto e crianças com maior incidência de baixo peso e comorbidades. Nem sempre existe uma maturidade para receber essa gestação. Aumenta-se a evasão escolar, diminui o número de mulheres que ingressam no ensino superior, levando a redução da renda das famílias. Cria-se um ciclo de prejuízo social e econômico na nossa sociedade<sup>4</sup>.

Dessa forma, decidiu-se criar um projeto de intervenção para diminuir a gravidez não planejada, principalmente de jovens e adolescentes. Uma tentativa multidirecional, que visa uma abordagem de todos os profissionais da unidade de saúde, em diversos campos de atuação, como escolas e nas próprias casa. Para que assim, possamos organizar o planejamento familiar e estruturar melhor as famílias, no município de Tupanciretã.



## **2 PROBLEMA:**

O alto índice de gravidez em adolescentes na cidade de Tupanciretã, sem nenhum planejamento familiar, trazendo dificuldades no acompanhamento adequado do pré-natal e puerpério.

## **3 JUSTIFICATIVA**

Comparando os índices de gravidez em adolescentes do estado do Rio Grande do Sul com os da cidade de Tupanciretã, esta possui um número substancialmente maior, de acordo com dados do hospital da cidade e dados do SINASC (DATASUS)<sup>9</sup>. A gravidez na adolescente se associa a um pior acompanhamento por parte das adolescentes, e conseqüentemente leva à desfechos desfavoráveis relacionados à morbimortalidade materna e infantil<sup>8</sup>. Isso, somado às conseqüências socioeconômicas que se perpetuam perante essas gestações não planejadas<sup>10</sup>, o que nos faz buscar uma solução para esse problema dentro da ESF 2, em Tupanciretã.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir a incidência de gestações não planejadas, em menores de 20 anos de idade.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar o planejamento familiar na população adscrita à ESF 2.
- Aprimorar a conscientização dos jovens nas escolas sobre as relações sexuais e suas consequências.
- Definir a melhor maneira de abordagem sobre a gravidez nas escolas.
- Aumentar o vínculo das famílias com os trabalhadores de saúde da ESF 2.
- Realizar informação em saúde sobre os métodos anticoncepcionais e planejamento familiar.
- Capacitar os profissionais da saúde em relação ao atendimento ao adolescente.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o Ministério da Saúde, a adolescência traz consigo o papel de delinear a identidade sexual, familiar e de trabalho dos indivíduos. É um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado na vida, que reflete o presente e o futuro da população. Necessita que a comunidade e os centros de saúde lhe reservem um espaço para valorização do seu potencial de contribuição. Para isso, o governo incentiva políticas que valorizem a promoção da saúde e a participação juvenil efetiva, assim como em todas as outras áreas de saúde pública. A atenção ao adolescente vigente segue a mudança de toda a atenção primária, voltando-se a atenção ampla, baseada na singularidade dos indivíduos e analisando todo o meio ambiente que ele está inserido<sup>5</sup>.

A Organização Mundial de Saúde lista como os principais problemas que afetam os jovens os problemas relacionados ao uso de drogas e às situações de risco, nela inserida as agressões, acidentes automobilísticos e inclusive a gravidez não planejada<sup>6</sup>.

É interessante observar como a sociedade transformou sua concepção acerca da sexualidade dos adolescentes ao longo dos anos. Passou de uma visão moralista e preconceituosa, até meados 1950, para uma visão de cunho médico e saúde pública, nos dias atuais. Também, muitos conceitos firmados em décadas passadas, estão perdendo força a partir dos estudos e do desenvolvimento da pesquisa científica<sup>5</sup>. O Ministério da Saúde, na caderneta do adolescente, aborda o fato dos trabalhos nos últimos anos associarem as complicações obstétricas de uma gravidez antes dos 20 anos mais com o nível sócio econômico, a paridade e a assistência ao pré-natal, do que com a idade materna em si<sup>5</sup>.

Entretanto, isso não significa que a gravidez na adolescência é uma ação segura e recomendada. Hoje, aprendeu-se que os problemas associados a essas gestações tem um forte vínculo psicossocial. Ou seja, eles estão relacionados ao fracasso escolar, às relações conflituosas dentro do grupo familiar, à redução na assistência ao pré-natal. E esses fatores implicam em desfechos obstétricos ruins<sup>5</sup>. Mães adolescentes frequentemente sofrem mais com a pobreza, depressão e o isolamento social que as demais<sup>7</sup>.

Azevedo e colaboradores publicaram uma revisão sistemática avaliando as complicações que uma gravidez durante a adolescência acarreta. Entre os fatores de risco encontrados para se desenvolver essa gestação, cita-se a baixa escolaridade, a primeira relação sexual acontecer antes dos 15 anos e a ausência de um companheiro. Outros fatores são: história materna de gravidez na adolescência, abandono escolar, baixa autoestima, o uso de drogas e a falta de conhecimento e acesso aos métodos anticoncepcionais<sup>8</sup>.

Neste estudo, encontrou-se uma prevalência geral de gravidez em adolescentes de 10% e, de 26% nos trabalhos nacionais. Os desfechos encontrados foram uma prevalência de parto cesárea menor do que na população geral, mas um aumento de complicações neonatais e maternas, entre eles a doença hipertensiva típica da gestação, a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Outro ponto interessante no trabalho foi a associação com maior mortalidade infantil, destacando que a maioria acontece por causas evitáveis se não houvessem falhas no pré-natal e na assistência neonatal<sup>8</sup>.

Avaliando dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos)<sup>9</sup>, na cidade de Tupanciretã, houve 54 nascimentos de mães menores de 19 anos, de um total de 297, em 2014 – gerou uma taxa de 18,18%. Dados discordantes dos registros coletados no hospital da cidade<sup>2</sup>. Independente disso, ambos os registros demonstram que a cidade apresenta valores acima da média gaúcha (16%), mas com valores semelhantes à média nacional que está em torno de 18,88%, para o mesmo ano<sup>2,9</sup>.

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guideline buscando prevenir a gravidez na adolescência e reduzir seus desfechos adversos, nos países em desenvolvimento. De acordo com esse texto, 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos se tornam mães a cada ano e isso é mais comum nas mulheres pobres, da área rural e com menos estudos. Muitos países melhoraram seus indicadores de gravidez precoce, mas algumas regiões mantêm o crescimento desses casos<sup>10</sup>.

Os dados acima e a gravidez na adolescência estão fortemente ligados aos fatores relacionados ao comportamento, às normas familiares e comunitárias, à cultura e às circunstâncias econômicas. Por isso, no guideline da OMS<sup>10</sup>, a instituição destaca as principais medidas para a prevenção da gravidez na adolescência, e para a redução dos desfechos negativos, envolvendo esses níveis de atuação. Entre elas estão:

- Limitar o casamento antes dos 18 anos – melhorar a educação das mulheres, mantê-las na escola e influenciar normas culturais que respaldam o matrimônio precoce;
- Apoiar programas, políticas públicas de prevenção da gravidez precoce – melhorar educação sobre sexualidade para meninos e meninas;
- Aumentar o uso de anticoncepcional – políticas de educação e melhoria na entrega e custos dos anticoncepcionais;
- Reduzir o sexo sob coação – educar meninas a resistirem a essa agressão, melhorar as leis contra a prática e discutir com os homens as diferenças de gêneros;
- Reduzir os abortos inseguros – habilitar acesso aos serviços dessa espécie e orientar meninas sobre os riscos relacionados ao aborto. Proporcionar livre acesso aos serviços de saúde;
- Qualificar a atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

O UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, organismo da ONU responsável por questões populacionais, descreve em sua página da internet que<sup>11</sup>:

“O direito à saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar e a saúde sexual, é um direito humano que faz parte do direito à saúde em geral. Os investimentos em serviços de saúde reprodutiva salvam vidas e as tornam melhores, detêm a propagação do HIV/AIDS e promovem a igualdade de gênero. Isto, por sua vez, possibilita maiores investimentos em saúde e educação, e contribui para estabilizar o crescimento da população e reduzir a pobreza.”

A informação que mais preocupa, de acordo com a OMS, é que as complicações da gravidez e o parto são as principais causas de morte em

adolescentes mulheres, nos países em desenvolvimento. Também, sabe-se que essa gravidez é prejudicial aos bebês, que possuem uma probabilidade maior de morrer, nascer com baixo peso e sofrerem efeitos de doenças à longo prazo. Dessa forma surge um ciclo vicioso de pobreza e doença, aumentando mais os índices de gravidez antes dos 20 anos<sup>10</sup>.

Machado et al, aborda o tema de educação em saúde com enfoque na integralidade do indivíduo. De acordo com o trabalho, a educação deve se basear na promoção da saúde, com a participação de toda a população, avaliando o contexto da vida cotidiana. É a busca de bem-estar, de maneira dinâmica, unindo aspectos físicos, mentais, ambiental, social e pessoal<sup>12</sup>.

De acordo com essa concepção, deve-se buscar a educação crítica e consciente, sendo necessário haver uma relação de proximidade entre os profissionais e a população, e um contexto de constante interação. Isso gera a produção de conhecimento coletivo, com educação mutua entre os dois lados, equipe de saúde e população alvo<sup>12</sup>.

## 6 METODOLOGIA

Esse é um projeto de intervenção-capacitação multiprofissional que visa reduzir a gravidez na adolescência. Será desenvolvido em dois tempos, um primeiro momento de capacitação e organização da estratégia de ação, e num segundo momento para atuação multiprofissional.

A primeira parte do projeto envolve a capacitação dos servidores da saúde, por meio de reuniões e palestras, com o intuito de aprimorar a educação sobre o acolhimento e atenção ao adolescente. Também refletir as causas e os fatores de riscos determinantes de gestações não planejadas e em menores de 20 anos. Utilizaremos os materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

Em meio às reuniões, será aberto um tempo para discutir novas ideias e levantar os valores culturais presentes na área de atuação da Estratégia de Saúde da Família 2, de Tupanciretã. Será solicitado a Caderneta do Adolescente à Secretaria de Saúde, para posterior distribuição. Um dos temas de reunião será a própria Caderneta do Adolescente, para que todos os profissionais da unidade compreendam e possam repassar as informações aos usuários.

Como segundo momento, temos a ação de cada membro da equipe. Em relação aos Agentes Comunitários de Saúde, será solicitado que repassem as informações de prevenção e diagnóstico precoce nas casas, dando prioridade às famílias que apresentem maior risco: usuárias de drogas, pobreza, filhas de mães adolescentes. São eles também os responsáveis por detectar essas famílias e repassarem a informação à enfermeira, que organizará o monitoramento.

Os agentes serão responsáveis por entregar os preservativos disponibilizados no SUS (na ESF 2) aos adolescentes e esclarecer dúvidas menos aprofundadas, com base nas reuniões feitas previamente. Esse vínculo com as famílias facilitará a unidade de saúde a traçar um perfil cultural das famílias e dará substrato para futuras reuniões e planos de intervenções.

A enfermeira ficará responsável, junto com a médica da unidade, em conseguir as cadernetas do adolescente e o material para as reuniões de equipe. Elas também intermediarão o contato com a secretaria de saúde e demais instituições que necessitem, como as escolas. A médica da unidade organizará uma palestra

educacional para apresentar junto a Escola de 1 e 2 grau Flory Druck Krueel, próximo à unidade. Na palestra, pretende-se abordar com os alunos qual a metodologia preferida para gerar a educação (o que será a base para um segundo encontro na escola). Também, além da sexualidade, serão desenvolvidas atividades para incrementarem autoestima dos alunos em geral, e de prevenção à agressão e violência.

Para os casos que buscarem auxílio na unidade de saúde, a enfermeira se responsabilizará em classificar se é necessário consulta médica ou consulta de enfermagem e encaminhará o paciente para o médico ou realizará a orientação. Uma vez que todos os funcionários estejam capacitados, a orientação por parte de outros profissionais não médicos consegue desafogar o excesso de consultas e reforçar as orientações.

Durante as reuniões de equipe semanais, será disponibilizado um espaço de tempo para a discussão das dúvidas que surgirem durante as abordagens com os adolescentes, para criarmos outras estratégias de ações e para avaliarmos a efetividade das intervenções aplicadas. Após 6 meses de atuação, a médica reorganizará os dados coletados nos pré-natais, sobre as gestações em menores de 20 anos nesse período, para realizar a comparação com os dados anteriores.



## 7 CRONOGRAMA

2017	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Apresentação do trabalho para a equipe de saúde	X						
Desenvolvimento dos temas para capacitação da equipe	X	X					
Distribuição dos preservativos e visitas nas casas			X	X	X	X	X
Atenção ao adolescente			X	X	X	X	X
Realização das ações na escola			X	X	X	X	X
Coletar dados das novas gestantes menores de 20 anos							X
Discutir as ações com a equipe	X	X	X	X	X	X	X

## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Equipamento multimídia;
- Métodos anticoncepcionais disponibilizados pelo SUS;
- Cadernetas do Adolescente do Ministério da Saúde;
- Transporte de ida e volta das escolas;
- Sala para reunião
- Profissionais: Médico, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde;
- Prontuários de pré-natal e puerpério;

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esse projeto desenvolver o conhecimento sobre os jovens e suas necessidades específicas, e dessa forma conseguirmos envolvê-los com a unidade de saúde, e realizar um atendimento direcionado e com melhor qualidade. Também, conhecer melhor a comunidade em que atuamos, para entender os principais fatores de risco envolvidos nas gestações em adolescentes e com isso possamos atuar mais na promoção da saúde e prevenção da gravidez não planejada. Tudo isso com o intuito maior, que é reduzir os desfechos negativos, principalmente os relacionados aos recém nascidos, e conseqüentemente diminuir a morbimortalidade infantil e materna.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRASIL - RIO GRANDE DO SUL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades IBGE.2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432220>>. Acesso em: 22 set. 2016.
2. LIVRO PARTOS, disponível no Hospital Brasilina Terra, em Tupanciretã.
3. WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986
4. YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, [s.l.], v. 28, n. 8, p.443-445, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032006000800001>.
5. BRASÍLIA - DF. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescente\\_competencias\\_habilidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2016
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNFPA. UNICEF. Study Group on Programming for Adolescent Health.Discussion Paper, Saillon, Switzerland, 1995
7. MOTT, F. L. et al. Early childbearing and completion of high-school. Fam. Plann. *Perspect* , [S.l.], v. 17, p. 234, 1985.
8. AZEVEDO, Walter Fernandes de et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein (são Paulo), [s.l.], v. 13, n. 4, p.618-626, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082015rw3127>
9. SINASC. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 22 set. 2016.

10. WHO, World Health Organization. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes: Among Adolescents in Developing Countries. Guideline. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing\\_early\\_pregnancy\\_and\\_poor\\_reproductive\\_outcomes\\_who\\_2006.pdf](http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2016
11. UNFPA BRASIL (Brasil) (Ed.). Saúde Sexual e Reprodutiva. 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/saude-reprodutiva>>. Acesso em: 22 set. 2016.
12. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.335-342, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000200009>.