

## **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 resignificação 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

DEPARTAMENTO DO CURSO DE PÓS - GRADUAÇÃO

MARCELO BISPO BRAZ DA SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVENDO UM  
PROGRAMA DE SENSIBILIZAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

MANAUS / AM

2017

MARCELO BISPO BRAZ DA SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVENDO UM  
PROGRAMA DE SENSIBILIZAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

Professor orientador: Rodolfo Souza da Silva

MANAUS / AM

2017

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	4
2. Estudo de Caso Clínico .....	8
3. Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção.....	15
4. Visita domiciliar/Atividade no domicílio .....	19
5. Reflexão Conclusiva .....	22
6. Referências Bibliográficas .....	23
7. Anexo 1: Projeto de Intervenção .....	25

## 1 INTRODUÇÃO

### Apresentação pessoal e da UBS Gebes Medeiros

Meu nome é Marcelo Bispo Braz da Silva, sou natural de Salvador no estado da Bahia, tenho 36 anos de idade. Sou graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), na Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo finalizado os estudos em dezembro de 2014. Antes dessa graduação, completei o curso de Farmácia na mesma Universidade, em agosto de 2006. Porém sem nunca ter exercido a profissão de Farmacêutico.

Iniciei a carreira médica no Exército Brasileiro, na cidade de Manaus, em abril de 2015. Decidi atuar em Manaus como médico, com o objetivo de conhecer a região norte, e adquirir a experiência de morar nessa região tão distante do resto do país. De forma complementar atuei em emergências de hospitais da região, eventualmente em Homecare e UTI móvel. Finalizei essa etapa em março de 2016, pouco antes de entrar para o PROVAB.

No PROVAB, eu fui selecionado para atuar em Manaus, capital do Amazonas. Houve uma preparação teórica de cerca de 1 mês, antes de iniciar as atividades na UBS. Fui alocado na UBS Gebes Medeiros.

A Unidade Básica de Saúde, Gebes Medeiros, está situada no Distrito de Saúde Leste, no bairro Jorge Teixeira 3, na cidade de Manaus. Neste bairro a atividade comercial é intensa e variada, com supermercados, caixas eletrônicos, padarias, açougues, peixarias, farmácias e feiras locais. Na área de abrangência ainda encontramos uma escola municipal, uma delegacia e a associação de moradores. Há igrejas de diversas denominações. Católicos e protestantes estão bem representados, com seus respectivos templos. A cerca de 3 quilômetros do bairro encontramos o hospital pronto socorro Platão Araújo. E a cerca de 8,5 km temos a maternidade Ana Braga.



*Figura 1: Foto da UBS Gebes Medeiros. Fonte: Arquivo do autor, 2016*

Dentro dessa unidade funcionam 4 equipes de saúde e mais uma está para ser implantada, com médico, enfermeiro, ACS, tec. de enfermagem e odontologista. Eu trabalho na equipe denominada 154.

A UBS Gebes Medeiros é uma unidade nova, foi inaugurada em dezembro de 2015. E ainda está sendo finalizado o processo de cadastramento das famílias. Portanto, muitos dos programas da Atenção Básica ainda não estão implementados ou não estão de maneira satisfatória, ainda. Um fato importante a ser citado é que neste local funcionava um SPA que ficou fechado para reforma durante 7 anos. Por decisão da secretaria de saúde do município de Manaus, o SPA foi convertido em UBS. Houve uma frustração inicial das expectativas da população local, que esperava pela reabertura do antigo SPA. Portanto, a UBS, e o seu modelo de atendimento em ESF está sendo aos poucos assimilado pela comunidade. O resultado da atuação da UBS, Gebes de Medeiros, no território já mostra impacto positivo na saúde da população. Com destaque para o aumento substancial do número de pré-natais, acesso a medicações da rede básica e atendimento odontológico. Além disso, o formato de atendimento centrado na família, humanizado e a maior interação entre os outros profissionais, no atendimento ao usuário, faz com que progressivamente a população assistida aprenda a valorizar a presença de uma UBS em seu território. Mudando um pouco a concepção de que apenas o tratamento nas emergências e nos hospitais tem relevância.

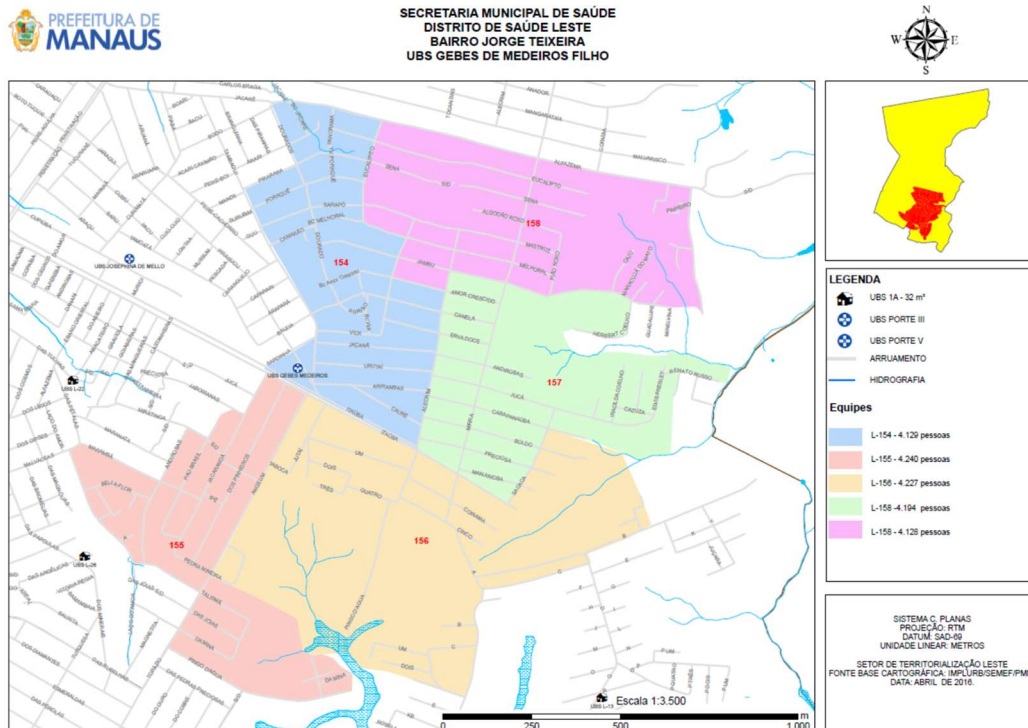


Figura 1: Mapa da Área da UBS Gebes Medeiros. Fonte: IMPLURB/SEMEF/PMM, Abril de 2016

O bairro no qual se situa a UBS é considerado sócio-economicamente mais vulnerável. Não há dados oficiais específicos do bairro. Entretanto, possivelmente reflete um IDH abaixo da média da cidade que segundo o IBGE (2010) era de 0,737, 850º no ranking nacional. Neste bairro, alguns Moradores de Manaus ainda vivem em inadequada situação de salubridade, sem acesso a redes de esgoto, coleta de lixo ou mesmo sem água encanada.

Não há também uma estatística oficial específica do território de abrangência da equipe 154 da UBS Gebes Medeiros, porém a Zona Leste, e não menos este território em questão, é assolado pelas mortes por fatores externos. Mais especificamente as mortes por armas de fogo e arma branca, são as principais causas de morte na população Manauara, atrás apenas das Neoplasias. Corroborar com isso o fato de que Segurança pública é o principal problema de Manaus para 23,7% da população (IBGE, 2016). O estado do Amazonas amargou um crescimento de 298,2% nos registros de morte por arma de fogo, e sagrou-se líder absoluto na região, e vice-líder no Brasil, perdendo apenas para o Estado do Maranhão. Essa é a conclusão do mais recente

relatório do Mapa da Violência (2015). A questão da violência é um exemplo tácito de que as condições de saúde da população estão visceralmente ligadas as questões sociais a que estão submetidos os grupos sociais. Vale destacar que esses casos de morte por violência estão ligados ao tráfico de drogas e em menor grau aos casos de latrocínio. Devido à gravidade dos casos de violência, raramente a UBS atende esses pacientes. Eles são levados diretamente para o hospital de médio porte – Platão Araújo.

As demandas mais frequentes nas consultas são: paciente com Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; acompanhamento de pré-natal; além das doenças infecto contagiosas de baixa gravidade como, diarreia aguda e infecções de via aérea superior de etiologia viral. Entretanto, observamos um número excessivo de pacientes grávidas adolescentes.

O tema do Projeto de Intervenção (PI) foi: “*Gravidez na adolescência: desenvolvendo um programa de sensibilização e planejamento familiar*” (Anexo 1). Este tema foi escolhido devido ao grande número de pré-natais em pacientes adolescentes nessa região. E com isso veio a necessidade de se implementar um Programa de Planejamento Familiar e Saúde Sexual com foco no público adolescente.



## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Os casos complexos estudados ao longo desse curso são imagens fidedignas das vivências experimentadas nas UBS. Dentre os agravos de saúde, as doenças crônicas como Diabetes Mellitus II (DM II) e Hipertensão arterial (HAS), são de longe as que demandam mais dedicação do médico na atenção básica, pela sua alta prevalência. E, portanto, o caso escolhido a ser discutido aqui segue a mesma tendência.

Nosso primeiro encontro com o paciente MSS, 66 anos, pardo, sexo masculino, foi através de uma visita domiciliar solicitada à nossa equipe de saúde. O paciente mora em uma casa própria de alvenaria com 5 cômodos, em uma rua asfaltada, com rede de esgoto, em região plana a cerca de 700 metros da UBS. Na mesma casa moram a sua esposa MJSS, 61 anos, e sua filha ICSS de 30 anos. O senhor MSS é aposentado e trabalhava como agricultor em um interior próximo a cidade de Manaus. Ele tem boa relação com a esposa e a filha. Possui um cachorro. Seu principal lazer é assistir televisão, ouvir o rádio de pilha e ir para os cultos da igreja. Refere ser evangélico da igreja Universal do Reino de Deus. A renda total da família é de cerca de 4 salários mínimos.

MSS tem diagnóstico prévio de DM II e HAS. Anda com auxílio de muletas devido a complicações vasculares periféricas do DM II. O mesmo já teve 3 dedos do pé direito amputados e no momento está em acompanhamento especializado devido a uma úlcera em pé direito. Não sabe dizer ao certo há quanto tempo apresenta DM II, acredita que há cerca de 20 anos. No mesmo período, recebeu o diagnóstico de HAS. Apesar do acompanhamento especializado em policlínica, não sabe dizer como anda o seu controle glicêmico, já que não o faz com regularidade. Queixas apresentadas na Anamnese: dificuldade de deambular devido a úlcera no pé direito; dor eventual em membros inferiores e noctúria. Queixa-se ainda de baixa acuidade visual e visão turva. Nega polifagia, polidipsia ou emagrecimento. Nega história de Infarto agudo do miocárdio (IAM) ou Acidente vascular cerebral (AVC) prévio. Nega tabagismo ou alcoolismo, referindo ser esses hábitos inadequados na sua religião.

O paciente em questão refere sedentarismo devido ao “problema no pé” (sic), e nega fazer controle dietético.

Quanto a história familiar, MSS informa que seu pai morreu de infarto, com cerca de 60 anos, e que sua mãe morreu de velhice (sic). Não possui irmãos. Sua esposa, MJSS, presente durante a avaliação, apresenta HAS, em uso de Losartana, 50 mg 2x ao dia. Negando outras comorbidades. Refere ainda história de 2 abortos, no primeiro trimestre, posteriores a gravidez da sua única filha, mas cuja a causa não foi identificada. A sua filha ICSS não estava presente durante a visita domiciliar. A sua mãe refere que a mesma não apresenta comorbidades.

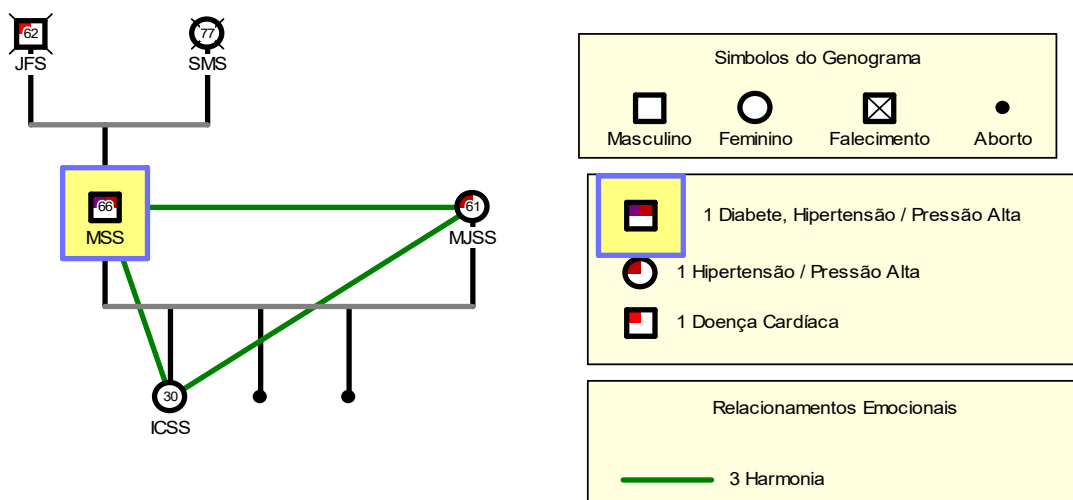


Figura 2: Genograma do paciente. Elaboração própria, 2016, através do Genopro.

Quanto as medicações MSS faz uso de Metformina 850 mg, no almoço, 10 UI de insulina NPH antes de dormir, Losartana 50 mg 2x ao dia, AAS 100 mg, 1x ao dia e Sinvastatina 20 mg a noite.

No exame físico do paciente, coletamos as seguintes informações: Peso: 75 kg, Altura: 167 cm, IMC: 26,9; Circunferência abdominal de 95 cm, média de 3 aferições da pressão arterial: 143x87 mmHg, frequência cardíaca de 66 bpm; glicemia aleatória: 297 mg/dl. Cavidade oral com ausência de algumas unidades dentárias, sem candidíase ou gengivites, aparentes cáries em algumas unidades dentárias; Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos e sem sopros; Aparelho respiratório: murmúrio vesicular bem distribuído, sem ruídos adventícios; Abdome: plano, flácido, sem visceromegalias, ruído

hidroaéreo positivo, indolor a palpação; Pulsos periféricos pedioso e tibial presentes, sem edema de extremidades. Presença de úlcera, grau III, sem sinais de infecção aparente, em calcâneo de pé direito, de cerca de 2 cm e ausência dos 3 últimos pododáctilos. Fundo de olho e teste de sensibilidade cutânea não foram realizados nessa primeira avaliação.

Após a avaliação objetiva descrita acima, junto com a equipe decidimos que a avaliação/lista de problemas do paciente deveria conter os itens:

- Estratificação de risco para pessoa com DM II: muito alto
- Pé diabético e dificuldade de deambulação;
- Baixa acuidade visual a esclarecer;
- Controle glicêmico insatisfatório; estabelecer meta de glicemia de 70 a 130 mg/dL e controle de glicemia glicada mais flexível, menor que 8% (conforme recomenda: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013)
- Controle pressórico insatisfatório; estabelecer meta pressórica abaixo de 130/80 mmHg (risco cardiovascular alto)
- Sedentarismo
- Alimentação inadequada.
- Manter LDL abaixo de 70 mg/dL (conforme recomenda: Arq Bras Cardiol. 2013; 101(4Supl.1): 1-22)

O plano terapêutico foi discutido com o paciente e sua esposa e definido:

1. Solicitação de exames de rotina: hemograma, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina, sódio, potássio, lipidograma, sumário de urina e ECG
2. Encaminhamento ao oftalmologista
3. Curativo diário da lesão ulcerada com Soro fisiológico 0,9%
4. Substituição do açúcar pelo adoçante, redução dos carboidratos da dieta, com a adição de frutas e verduras. Orientação quanto ao consumo de carne grelhada e sem gordura visível preferencialmente. Evitar o uso de alimentação enlatada. Reduzir o consumo de sal
5. Realizar consulta com a enfermeira e avaliação do teste de sensibilidade cutânea na UBS

6. Estimulo ao autocuidado dos pés.
7. Marcar consulta com o odontologista.
8. Avaliar possibilidade de fisioterapia após ferida cicatrizada
9. Adição de Anlodipino 5 mg, pela manhã. Aumento da dose de Sinvastatina para 40 mg a noite. Aumento a dose de Insulina NPH para 14 UI a noite. Aumento da dose de Metformina 850 mg para 1 comp no café e outro no almoço. Mantenho as outras medicações até o resultado dos exames laboratoriais.
10. Manter acompanhamento com o cirurgião vascular em policlínica.
11. Nova consulta após 3 meses.

A I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (2013) recomenda a RTV (Risco pelo Tempo de Vida) para estimar o risco ao longo da vida em indivíduos acima de 45 anos. Apesar de ainda não termos os dados do lipidograma do paciente, podemos já observar que o mesmo apresenta três fatores de risco principais: a DMII, e as pressões sistólicas e diastólicas tratadas com medicação. Portanto, o paciente apresenta os seguintes Risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais pelo Tempo de Vida, de acordo com a exposição aos fatores de risco ao longo da vida:

- DAC fatal ou IAM não fatal : 42,0 (37,6-46,5)
- AVC fatal ou não fatal: 10,3 (9,0-11,7)
- Morte por doença cardiovascular: 32,5 (30,5-34,5)
- Total de eventos relacionados à DCV aterosclerótica: 49,5 (45,0-53,9).

(Legenda: DAC: doença arterial coronariana; IAM: infarto agudo do miocárdio; AVC: acidente vascular cerebral; DCV: doença cardiovascular)

A escolha dos exames solicitados para esse paciente baseia-se no alto risco cardiovascular, nas metas a serem alcançadas e nas complicações já apresentadas na primeira consulta. Sugere-se que os exames de glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, se o paciente já se encontra dentro da meta glicêmica estabelecida, o que não é o nosso caso. Portanto o Sr. MSS deve realizar esses

exames, a cada três meses, pois está acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades da pessoa e os protocolos locais (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Solicitamos um ECG devido ao alto risco cardiovascular. Porém uma avaliação cardiológica adicional só seria necessária caso o nosso paciente apresentasse algum sintoma cardíaco típico ou atípico e se o ECG de repouso estiver alterado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). Atualmente, não há benefício do rastreamento adicional em pacientes assintomáticos com ECG normal [GRADE C] (YOUNG et al., 2009).

Optamos inicialmente por um alvo glicêmico menos rigoroso (HbA1c entre 7% e 7,9%) pois tínhamos por hipoglicemias frequentes, e também porque o paciente já apresentava idade avançada, baixa expectativa de vida e doença macrovascular avançada, expresso pela doença arterial periférica: a úlcera no pé e as amputações dos dedos. Esses alvos serão revistos a frente. Mas no momento preferimos explorar a potencialidade do controle de outros parâmetros, como peso e pressão arterial, ou fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Outro ponto fundamental a ser abordado nesse paciente é a mudança de estilo de vida (MEV). Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012). Outras mudanças a serem citadas, não presentes nos hábitos do nosso paciente são o tabagismo e o consumo de álcool. Com relação ao sedentarismo, consideramos que o momento não é propício para estimular a prática de atividades físicas, devido a úlcera no pé e a dificuldade de deambulação. Idealmente o paciente poderia fazer fisioterapia, porém não dispomos desse recurso no nosso distrito de saúde no momento.

Quanto ao uso das medicações preferimos manter a metformina e aumentar a sua dose, devido sua destacada proteção cardiovascular e ausência de hipoglicemia entre os seus efeitos colaterais, além da

discreta perda de peso (SAENZ et al., 2005; HOLMAN et al., 2008; DUNCAN, 2013). Aumentamos a dose de insulina NPH, e mantemos a princípio uma dose única, subcutânea, antes de deitar, associada ao antidiabético oral. Essa associação costuma ser bem recebida pelos usuários, tem o benefício de requerer menores doses de insulina e reduz o risco de hipoglicemia. A dose inicial costuma ser de 10U de insulina NPH, ou 0,2U/kg para as pessoas obesas, podendo ser reajustada em 2U a 4U, conforme média de três glicemias capilares de jejum consecutivas, até atingir meta glicêmica (GUSSO; LOPES, 2012). Após recebermos os exames inicialmente solicitados iremos ajustar as doses e pensar em introduzir ou não, uma segunda dose, pela manhã.

A Sinvastatina está bem indicada no nosso paciente, diabético, com evidência clínica de doença aterosclerótica. Portanto deve receber estatina independentemente do valor inicial do LDL (COLLINS et al., 2003). Além do mais, mesmo na ausência de doença cardiovascular, o paciente com risco absoluto de eventos coronarianos >20% em 10 anos e idade superior a 40 anos e um ou mais fatores de risco cardiovascular se beneficia do uso de estatina (COLLINS et al., 2003).

Com relação a meta pressórica do paciente, a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2016, recomenda que para pacientes com alto risco cardiovascular, seja mantido uma pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg. Por isso, mantivemos a Losartana com dose de 100 mg ao dia em duas tomadas, e adicionamos um antagonista dos canais de cálcio, Anlodipino, que é eficaz em reduzir a morbimortalidade e manter bom controle pressórico.

Conforme relato acima, um plano de ação foi desenvolvido para dar apoio ao nosso paciente no controle dos fatores de risco para doença macrovascular e microvascular. A equipe de saúde como um todo deve auxiliar e apoiar as pessoas com DM e HAS na adoção de uma dieta saudável, na realização de atividade física de forma regular e uso das medicações prescritas da forma correta. Todas as pessoas com DM devem ser alertadas quanto à presença dos seguintes fatores de risco para doença macrovascular: tabagismo, dislipidemia, hipertensão,

hiperglicemia e obesidade central (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

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

A promoção da saúde tem como objetivo o envolvimento dos indivíduos da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida. E através da difusão dos saberes e tecnologias, empodera a comunidade para a gerir a própria melhoria pessoal, através das mudanças de estilo de vida (MEV). Entretanto, atualmente a sociedade tem assumido uma postura consumista, que estimula os indivíduos a um padrão de alimentação industrializado e desbalanceado, rico em sal, gorduras e com excesso de carboidratos. Somado a isso, a falta de atividades físicas, não tem contribuído para à saúde da população. Portanto é necessário incentivar, proteger e apoiar a promoção de hábitos saudáveis, destacando-se a promoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividades físicas, além do controle e prevenção do tabagismo.

A UBS Gebes Medeiros tem desenvolvido ações educativas através de palestras e reuniões. Incentivando os hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física com a comunidade. Uma estratégia interessante utilizada é aproveitar o momento de espera das consultas na própria UBS, nos corredores, para promover um breve momento de reflexão. Já no ambiente das escolas, promovemos atividades educativas de sensibilização e mobilização para a adoção de hábitos saudáveis, atingindo assim um grande contingente de alunos por vez. As orientações sobre alimentação saudável transmitidas ao nosso público alvo, estão de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde: buscar o balanço energético e o peso saudável; limitar o consumo de gorduras; aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.); limitar o consumo de açúcares livres; limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes.

O controle de peso da nossa comunidade é acompanhado a cada consulta médica e de enfermagem. Durante a triagem é realizado a medida e registro no prontuário da altura, peso e pressão arterial. Esses dados são anotados também nas cadernetas da criança, durante a puericultura, permitindo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Já durante o Pré-natal os dados antropométricos citados, permite a avaliação da variação do peso versus a idade gestacional, auxiliando a paciente na vigilância e controle dessas



medidas. Quanto ao controle da pressão arterial, todas as pacientes gestantes com a média de 2 aferições de pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg são encaminhadas ao pré-natal de alto risco, na maternidade à qual foi previamente vinculada. Entretanto, sem perder o vínculo com a UBS, a qual mantêm-se como coordenadora do cuidado à gestante.

Além desses dois grupos listados, os pacientes hipertensos também se beneficiam dos constantes incentivos, através de palestras e aconselhamento nas consultas quanto a necessidade de controle mais rigoroso do peso e da pressão arterial. Essas ações têm como objetivo promover a redução dos eventos cardiovasculares ao longo da vida.

Durante as consultas e palestras temos estimulados os pacientes à prática de atividades físicas e comportamento mais ativo no dia a dia. Orientamos a prática de atividades físicas diárias, de 30 a 60 minutos, de leve a moderada intensidade. Além do mais, mostramos o benefício do gasto calórico adicional, ao subir escadas, e ao caminhar ao invés de utilizar elevador, carro ou ônibus para pequenas distâncias. Outra mudança de paradigma interessante é a troca do tipo de atividade de lazer. Ao invés de diversões sempre associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, em bares, boates e festas aos finais de semana, orientamos os pacientes a procurar realizar caminhadas no parque, nadar nos rios da região, praticar atividades esportivas, danças ou outras atividades relacionadas ao movimento do corpo. Sempre respeitando os limites físicos individuais e da própria idade.

A UBS Gebes de Medeiros tem uma parceria com a maternidade Ana Braga (Manaus- AM), na qual encaminhamos as pacientes grávidas para realização de aulas, atividade física e fisioterapia. Lá elas e seus acompanhantes são orientados a como realizar exercícios durante a gravidez em seu domicílio.

Outras ações de promoção, prevenção e educação em saúde desenvolvidas na UBS Gebes Medeiros:

- 1) Vacinação. A UBS dispõe de uma sala de vacina e um cronograma de atividades coletivas com o intuito de garantir a vacinação de todas as gestantes e crianças assistidas pela UBS. Além de disso, fazemos busca ativa, através das visitas domiciliares. Estimulando a população a manter

atualizado o esquema de vacinação, de acordo com o preconizado pelo calendário de vacinação do Ministério da Saúde

- 2) Exames Laboratoriais. Dispomos de um laboratório com alguns equipamentos básicos e kits de teste rápido na unidade. Com isso garantimos uma oferta mínima diária de exames obrigatórios e complementares nas consultas de Pré-natal e Puericultura. O exame de gota espessa para detecção de Plasmodium é realizado na unidade em cerca de 2 horas. Desta forma, podemos oferecer ao paciente opções terapêuticas de maneira rápida, permitindo a cura e a quebra do ciclo de transmissão de malária na nossa região.
- 3) Sala de reuniões e palestras. Lá organizamos periodicamente encontros com os usuários e treinamentos da equipe. Mantendo uma política de educação continuada em saúde.
- 4) Garantia de atendimento domiciliar a puérpera e ao recém-nascido após 7 dias do parto, durante 2 meses. E seguimento das consultas na Unidade Básica
- 5) Educação em saúde sexual e planejamento familiar. Através das palestras informativas na UBS, na escola e durante as consultas. Os adolescentes são orientados quanto ao melhor momento para planejar um filho, e a importância do uso de métodos contraceptivos, o que os protege também de DST's. Há um cuidado quanto ao sigilo, e ao respeito às escolhas individuais. Estimulamos o adolescente a tirar todas as suas dúvidas. Na Farmácia da UBS dispomos de uma gama variada de métodos contraceptivos a disposição da população.
- 6) Estímulo a amamentação. Além das orientações fornecidas durante as consultas sobre a amamentação, oferecemos palestras para as grávidas. As mães com dificuldade de amamentar seus filhos ou com dúvidas a esse respeito são apoiadas por toda a equipe. Caso haja necessidade de complementação com Leite artificial, elas recebem um formulário para o fornecimento das "Fórmulas de partida" do Programa Leite do Meu Filho.
- 7) Atendimento garantido a paciente com problemas mentais, tanto em demanda espontânea, quanto em consultas marcadas. A esses pacientes também é garantido algumas das medicações de uso controlado. Apesar de não termos o apoio do NASF na nossa unidade, encaminhamos

quando necessário ao CAPS. Alguns deles são acompanhados em domicílio.

A Unidade Gebes Medeiros é uma unidade nova. Entretanto, com uma estrutura física grande, quando comparada a outras unidades. Apesar disso ainda sofre com uma quantidade reduzida de profissionais médicos e de enfermagem. O resultado disso é uma demanda excessiva para o número de profissionais, e áreas ainda não assistidas no mesmo bairro. Procuramos minimizar esse problema oferecendo consultas extras aos pacientes fora de área, tanto na modalidade de demanda espontânea, quanto em consultas agendadas. A unidade ainda está em processo de cadastramento das famílias do território de atuação. Portanto algumas atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como alguns protocolos ainda estão em fase de implementação.

Na comunidade do Jorge Teixeira 3, no qual está situado a UBS Gebes Medeiros, sentimos a falta de aparelhos públicos para promoção da prática regular de atividade física e a criação e utilização de espaços públicos seguros que facilitem a incorporação desta prática no cotidiano. A construção de áreas de caminhadas, quadras de esportes e melhor estruturação do rio que fica a cerca de 5 km da unidade, poderia melhorar essa situação. A UBS e os líderes comunitário têm um papel importante de intermediador junto as esferas governamentais, para construir um diálogo e viabilizar a adequação desses espaços públicos.

A falta de um NASF para apoiar as ações da UBS também prejudica a qualificação do serviço prestado. Entretanto, nos apoiamos nas orientações dos Cadernos de Saúde do Ministério da Saúde para complementar o conhecimento da equipe, e assim garantir aos nossos pacientes a qualidade no atendimento prestado.

#### 4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

As visitas domiciliares na UBS Gebes Medeiros passaram a ocorrer de forma sistematizada, após cerca de 3 meses do início do meu estágio na referida UBS. Inicialmente fazíamos visitas domiciliares eventuais após os atendimentos médicos na UBS acompanhado do ACS. As demandas eram trazidas pelos familiares aos ACS, que solicitavam ao médico ou ao enfermeiro a efetivação desse atendimento. Entretanto nem sempre havia tempo hábil após os atendimentos ambulatoriais.

A primeira coisa a fazer com relação as visitas domiciliares era sistematizar e organizar o atendimento. Era necessário dedicar um turno exclusivo para a realização das visitas. A pactuação do turno para a visita domiciliar foi um pouco difícil, já que a direção da UBS considerava que haveria uma queda no número de paciente atendidos na UBS ao longo da semana. Visto que, a princípio, não seria possível atender mais do que 6 pacientes em domicílio por turno, dada a distância e a dificuldade de acesso entre as casas e a necessidade de uma consulta inicial mais demorada. O que difere do atendimento na unidade que pode ser feito com pelo menos 16 pacientes por turno. Mas, por fim, conseguimos convencer a direção da necessidade de manter o turno exclusivo, deixando aberta a possibilidade de realizar novas visitas ao longo da semana, caso necessário e possível ao final dos atendimentos na UBS.

Outro ponto a ser melhorado era determinar e relacionar os pacientes eletivos ao atendimento domiciliar da área de abrangência, e aprimorar o entendimento da equipe do que seria e qual a função primordial do atendimento em domicílio. Muitos das demandas trazidas pelos ACS eram de pacientes que teriam condição de serem atendidos na UBS, e muitas vezes dentro de uma mesma casa haviam outros pacientes eletivos ao atendimento médico domiciliar e outros não eletivos, o que acabava tomando o tempo dos pacientes prioritários ao atendimento domiciliar. Após uma reunião na qual tratamos desse assunto foi esclarecido que o atendimento domiciliar era destinado ao cuidado dos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento. E que o trabalho também pautava-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde, destinando-se a responder as

necessidades de saúde e do seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (Caderno de atenção Domiciliar, vol 2). De posse dessas informações elaboramos em equipe, a lista dos pacientes prioritário ao atendimento domiciliar, afim de que os mesmos possam ser avaliados com a frequência adequada ao seu agravo ou necessidade.

Para avaliar o paciente em um contexto mais ampliado seria necessário a atuação de outros profissionais, constituindo uma visita multidisciplinar. A integração dos diferentes conhecimentos e práticas da equipe multiprofissional, contribuem para uma abordagem mais integral e resolutive. Infelizmente isso não era possível, dada a dificuldade de interação das agendas dos enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos, e a ausência de NASF no município. Entretanto, eventualmente, quando a necessidade exigia, reuníamos com os profissionais disponíveis, em uma equipe ampliada, para atender uma demanda específica. Com a ajuda de um técnico de enfermagem, que conseguimos integrar a todas as equipes de visita domiciliar, pudemos coletar dados vitais e medida de glicemia em todas as visitas. Nos dias de reunião de equipe, discutíamos os casos avaliados nas visitas, e tentávamos integrar ao máximo os diferentes saberes em prol do paciente.

A impossibilidade de se conseguir transporte para realizar as visitas era outra barreira aos atendimentos em domicílio. Não havia esse recurso disponível no município. O que dificultava o acesso a alguns domicílios distantes. A solução encontrada foi realizar o atendimento utilizando automóvel próprio. Um transporte próprio da unidade ou do distrito auxiliaria também quando fosse necessário levar os pacientes domiciliares a consultas especializadas e na coleta de amostra para exames laboratoriais. Muitos pacientes deixam de realizar consultas com especialista ou de realizar exames alegando falta de dinheiro ou incapacidade do cuidador de leva-los.

Durante o atendimento de condições agudas, algumas vezes era necessário contatar o serviço de atendimento móvel – SAMU, para a remoção hospitalar do paciente. No nosso município o serviço funciona de maneira satisfatória. Passávamos o caso diretamente ao médico atendente. E em todas as vezes que necessitamos não houve demora no atendimento.

A abordagem as famílias atendidas e aos cuidadores diretamente responsáveis pelo paciente eram facilitadas pelo conhecimento e relação mais próxima do ACS com essas famílias. Tínhamos o cuidado de respeitar o ambiente privado domiciliar, garantindo a autonomia do indivíduo e estimulando a participação ativa do usuário no cuidado com a sua saúde. Ao final da consulta elaborávamos um plano de cuidados e projeto terapêutico com as condutas propostas apresentadas e pactuadas com o cuidador e o paciente.

Em geral os resultados das visitas eram animadores, e davam o combustível necessário à continuidade do trabalho, com o prazer de poder contribuir com a melhoria das condições de saúde da população assistida. O usuário por sua vez, mostrava a gratidão de poder ser atendido em seu domicílio, devido as suas condições de saúde, e ter o cuidado à sua saúde garantido pelo serviço de saúde pública.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A especialização em Saúde da Família oferecida pela instituição de ensino UNASUS/UFCSPA apesar de apresentar várias falhas, contribuiu não só para o meu aprimoramento técnico nas condutas médicas, mas, para ampliar meu olhar sobre a saúde pública e o cuidado mais humanizado e integral do ser humano. A vivência na UBS Gebes Medeiros, meu local de trabalho enquanto bolsista do Provac, mostrou-me que a atuação do médico na UBS vai um pouco além da simples consulta ambulatorial. Como médico na atenção básica somos por vezes educadores, coadministradores do microssistema de saúde e parte de uma equipe multiprofissional que divide os diversos saberes para o cuidado ampliado ao usuário do sistema de saúde pública.

Muitos dos problemas vividos na UBS vão além das dificuldades para combater as doenças. No ambiente da saúde básica aprendi a conviver com dificuldades logísticas, infraestrutura das unidades de saúde, más condições de saneamento urbano, entraves administrativos e baixo orçamento dedicado a saúde pública. Apesar disso, a experiência que me foi proporcionada, mostrou-me que o esforço conjunto das equipes de saúde e o seu comprometimento com o cuidado humanizado ao paciente fazem a diferença. E torna possível levar saúde de qualidade nos mais distantes rincões do país.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 36).

YOUNG L. H. et al. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *JAMA*, [S.I.], v. 301, n. 15, p. 1547–1555, 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.

HOLMAN, R. R. et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, [S.I.], v. 359(15):1577–1589, 2008.

SAENZ, Antonio et al. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Library*, [S.I.], v. 7, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD002966.pub3.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013

I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101(6Supl.2): 1-63

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2016;



Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il.

2016 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
<http://cod.ibge.gov.br/3WL> (Acesso em Fevereiro de 2017).

Waiselfisz, Julio Jacobo. Mapa da Violência: Mortes Matadas por Arma de Fogo. Brasília, UNESCO, 2015  
Disponível em [www.juventude.gov.br/juventudeviva](http://www.juventude.gov.br/juventudeviva)

**ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE - UFCSPA E UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS -  
UNASUS.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVENDO UM  
PROGRAMA DE SENSIBILIZAÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

MARCELO BISPO BRAZ DA SILVA

MANAUS, NOVEMBRO DE 2016

## RESUMO

A adolescência é caracterizada como a fase das mudanças, físicas e psicológicas. Onde o cidadão passa da infância para a vida adulta. Uma gravidez indesejada nesta fase é considerada elemento desestruturador. Assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações. Este estudo tem como objetivo principal desenvolver um programa de sensibilização em Saúde Sexual e Reprodutiva, implementando o planejamento familiar, com foco na população adolescente, no território da UBS Gebes Medeiros, situada no Distrito de Saúde da zona Leste, da cidade de Manaus-AM.

Visto que, entre os problemas detectados e que necessitam de intervenções imediatas estão o grande número de pacientes adolescentes grávidas nessa área de abrangência. Discorre-se de uma pesquisa-intervenção, tendo como público-alvo todos os adolescentes acompanhados pela UBS. Através das ações de: pactuação, organização e gestão do serviço, execução, monitoramento e avaliação foi possível verificar de forma positiva essa iniciativa. A pesquisa contribuiu para esclarecer, num contexto geral, que a educação em saúde para os adolescentes, dentro do planejamento familiar, não deve se limitar apenas em fornecer informações sobre o aparelho reprodutor e sobre os métodos de se prevenir doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez indesejada. Que projetos educacionais voltados para adolescentes além de proporcionar discussões sobre valores, descobertas e tirar dúvidas, devem estimulá-los a reflexão quanto ao autoconhecimento e o autocuidado.

**Palavra-chave:** Educação Sexual e Reprodutiva; Gravidez da adolescência; Autoconhecimento; Autocuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a passagem da infância para a vida adulta. A Organização Mundial de Saúde (OMS), delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias. É nessa fase que muitos adolescentes se veem na situação difícil de serem pais precocemente. Apesar de não estarem preparados psicologicamente e muitas vezes fisicamente para tamanha responsabilidade. Além disso, a gravidez na adolescência é considerada elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes. Segundo a CEPAL, há um claro vínculo entre gravidez na adolescência e pobreza revelada pela concentração de mães adolescentes pertencentes aos estratos de renda mais pobres (Panorama social de América Latina 1997. Santiago do Chile: CEPAL, 1997).

No Estado do Amazonas nas idades mais jovens observa-se um aumento acentuado nas proporções de nascimentos. No que diz respeito à população adolescente, os dados do DATASUS apontam para um significativo aumento de nascimentos deste segmento populacional, situando-se em torno de 30% do total de nascidos vivos observados no Município de Manaus, em 1996.

É preciso compreender, entretanto que adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas, que decidem sobre o momento de iniciar práticas sexuais e que a gravidez pode expressar um desejo de adolescentes e jovens e pode estar incluída em seus projetos de vida. Cabe ao estado oferecer educação sexual e reprodutiva e permitir o acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma responsável, preparando-os para adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal. Além do mais, a educação sexual na adolescência visaria não somente o aspecto reprodutivo, mas, também a prevenção da DST/AIDS.

## **2 PROBLEMA**

A Unidade Básica de Saúde, Gebes Medeiros, situada no Distrito de Saúde Leste, da cidade de Manaus é uma unidade nova, com menos de 1 ano de atuação, e ainda finalizando o processo de cadastramento das famílias. Portanto, muitos dos programas da Atenção Básica ainda não estão implementados de maneira satisfatória. Entre eles a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, ou Planejamento Familiar.

Entre os problemas detectados e que necessita de intervenção imediata estão grande número de pré-natais em pacientes adolescentes nessa região. E com isso a necessidade de se implementar o Programa de Planejamento Familiar e Saúde Sexual com foco no público adolescente.

### **3 JUSTIFICATIVAS**

Dados do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 1998/2000 e Dados de nascidos vivos do SINASC/DATASUS, apontam que o município de Manaus apresenta uma das maiores taxas de gravidez na adolescência comparado com o restante do país. E a área de atuação da UBS – Gebes Medeiros não difere muito dessa estatística. Justificando, portanto medidas de sensibilização e implementação do planejamento familiar com foco nesse faixa etária.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1- OBJETIVO GERAL

Desenvolver um programa de sensibilização em Saúde Sexual e Reprodutiva, implementando o planejamento familiar, com foco na população adolescente na região da UBS Gebes Medeiros.

#### a. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as pacientes adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal na UBS;

- Identificar, com o auxílio de um questionário investigativo (Anexo II), os adolescentes sob risco de gravidez precoce na área de abrangência da UBS- Gebes Medeiros;

- Avaliar a percepção das adolescentes a respeito da gravidez precoce, na área de abrangência da UBS - Gebes Medeiros. Com o auxílio de um questionário investigativo (Anexo II);

- Iniciar um programa de educação sexual e reprodutiva na adolescência;

- Implementar o planejamento familiar em adolescentes na área de atuação da UBS – Gebes Medeiros.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Relatos históricos nos mostra que no Brasil do século passado, a concepção de adolescência era vista não somente como uma fase de mudanças físicas e psicológicas. Principalmente para as meninas, que eram orientadas pela família quanto a importância do matrimônio e da maternidade para o seu reconhecimento diante da sociedade. Independentemente da classe social, garotas entre 12 e 14 anos estavam aptas para o casamento e se não se casassem, nessa idade, seria um problema para os pais, uma vez que, após os 14 anos, começavam a tornar-se velhas para procriar. Apesar de tantas mudanças sociais ocorridas nos últimos anos, ainda faz parte da socialização de qualquer menina que seu grande valor está atrelado a união conjugal, a uma futura maternidade, a construção de uma família (HEILBORN, 2006).

Nos tempos atuais o tema gravidez na adolescência tem sido frequentemente discutido nos debates sobre educação sexual e reprodutiva, pois se configura como um fator de risco no contexto da saúde coletiva, sendo assim, trata-se de um problema de saúde pública. Ou seja, quando a atividade sexual resulta em uma gravidez indesejada, gera consequências negativas a longo prazo em torno de uma esfera populacional futura (FREITAS, 1990).

Santos, 2006, considera a gravidez na adolescência como causa de vários transtornos a nível social, econômico e nos núcleos familiares. Que podem ocasionar em abandono da escola, exclusão dos adolescentes, inclusive do mercado de trabalho e empobrecimento de famílias.

Uma gestação exige mudanças em todo o contexto da vida de uma mulher, não apenas sob o ponto de vista físico, como fisiológico e psíquico, mas também da estruturação da vida pessoal em família (BORUCHEVITCH, 2004).

Além de ter que lidar com as complexidades emocionais inerentes a fase da puberdade, uma adolescente com o sistema reprodutor em amadurecimento tem mais chance de adquirir complicações caso lhe ocorra uma gravidez. Clinicamente, a gravidez na adolescência está ligada à probabilidade de aumento das intercorrências e morte materna, assim como aos índices elevados de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso dos recém-nascidos, entre outros malefícios. Quando a gravidez ocorre contrária à vontade da adolescente, ou sem apoio social e familiar, as consequências podem ser ainda piores. O



estado gestacional poderá levar estas adolescentes à prática do aborto ilegal e em condições impróprias, constituindo-se este em uma das principais causas de óbitos por problemas relacionados com gravidez. Só no ano de 1998 mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo cerca de 3 mil realizadas entre jovens com idade entre 10 e 14 anos (BRASIL, 1990).

Ter acesso à educação em saúde é de suma importância para se prevenir esse tipo de ocorrência. A adolescente com maior esclarecimento sobre uma vida sexual segura, métodos contraceptivos, e prováveis impactos que uma gestação não planejada ou uma DST/AIDS podem vir a acarretar em sua vida, certamente terá maior oportunidade de não se colocar como parte dessa estatística negativa que permeia o Brasil (BRASIL, 2006).

A proposta de evitar a gravidez na adolescência pode ser realizada de diversas maneiras pelas equipes de saúde pública em UBS. Para tal, além de serem preparadas para atuar com a singularidade do público adolescente, as equipes de saúde devem se articular internamente e buscar articulações externas dentro da área de abrangência que atuam, no que se trata de: escolas, instituições governamentais, assim como, com o núcleo familiar, social, cultural e econômico que esses jovens estão inseridos (DOMINGOS, 2010).

Fornecer educação sexual não se limita em fornecer informações sobre o aparelho reprodutor e sobre os métodos de se prevenir doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez indesejada. Projetos de ações educacionais voltados para adolescentes além de proporcionar discussões sobre valores, descobertas e tirar dúvidas, devem estimulá-los a reflexão quanto ao autoconhecimento e o autocuidado, tão importantes nessa fase de vulnerabilidade de opiniões característica desta etapa da vida (ARAUJO, *et al.*, 2010).

## **6 METODOLOGIA**

Discorre-se de uma pesquisa-intervenção, tendo como público-alvo todos os adolescentes acompanhados pela unidade básica de saúde Gebes Medeiros do município de Manaus/AM. Assim como, os profissionais da equipe, e as parcerias realizadas com escolas públicas localizadas na área de abrangência.

O diagnóstico da percepção das adolescentes da área de abrangência será realizado com o auxílio de um questionário investigativo (Anexo II)

As intervenções a serem realizadas nessa pesquisa, serão representadas a seguir, contemplando três etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

### **6. 1 Pactuação das ações**

O projeto será apresentado a equipe de saúde da unidade Gebes Medeiros na reunião semanal que ocorrerá na segunda primeira do mês de novembro, esclarecendo todas as etapas de trabalho e os profissionais que estarão envolvidos.

### **6. 2 Organização e gestão do serviço**

Na primeira quinzena do mês dezembro será realizada uma reunião com os ACS, com o objetivo de discutir as ações a serem implementadas pela equipe de ACS da UBS. A temática abordada na reunião será: a importância do trabalho em equipe para alcançar êxito nas ações propostas pelo projeto de Sensibilização da População frente a Gravidez na Adolescência.

O número de adolescentes grávidas que já foram e/ou são acompanhadas pela unidade de saúde serão representados na UBS. Mostrando números retroativos e atuais de atendimentos referentes as gestantes adolescentes.

Serão elaborados e entregues aos ACS questionários que visam coletar informações da população quanto a frequência da gravidez na adolescência na região em foco, e o enfrentamento dessa questão no contexto familiar. Cada ACS será responsável pela coleta de dados em sua região de trabalho.

Planilhas organizacionais para acompanhamento da produção de coleta dos questionários preenchidos pela população também serão entregues aos

ACS. Estas juntamente com os questionários deverão ser devolvidas a unidade com os dados solicitados devidamente preenchidos.

### **6.3 Execução das ações**

A execução das ações iniciará no mês de dezembro de 2016. Os ACS utilizarão os questionários e planilhas organizacionais para subsidiar o trabalho nas visitas domiciliares. Além disso, utilizarão o mapa mensal das consultas de planejamento familiar para orientar aos usuários importância dessa consulta agendada. E o impacto positivo que as mesmas podem fornecer quanto orientação sexual preventiva na fase da adolescência.

### **6.4 Monitoramento e avaliação**

O projeto será monitorado quinzenalmente em reunião realizada entre a equipe de saúde da UBS e os ACS da Unidade. Serão discutidas situações especiais que os ACS julgarem pertinentes em relação às visitas realizadas. Previamente às reuniões, os ACS deverão entregar as planilhas organizacionais preenchidas com as atividades das últimas duas semanas para que os dados possam ser analisados e apresentados a todos os envolvidos neste projeto.

Os dados serão analisados e ao final dos três meses de execução do projeto, será realizada uma apresentação dos resultados na reunião semanal de equipe da UBS Gebes Medeiros, para avaliação da intervenção e discussão sobre futuros encaminhamentos para o Programa de Sensibilização e Planejamento familiar, com foco na educação em saúde voltada os adolescentes, objetivando a prevenção de uma gestação precoce e/ou DTS/AIDS.

## 7 CRONOGRAMA

Ações	Nov/2016	Dez/2016	Jan/2017
Apresentação da proposta a equipe de saúde	X		
Organização de Material para coleta de dados	X		
Reunião com os ACS		X	
Visitas domiciliares realizadas pelos ACS		X	
Avaliação de levantamento de dados			X
Avaliação do processo em reunião com equipe de saúde			X
Análise dos resultados			X
Apresentação dos resultados			

e avaliação do trabalho			X
-------------------------	--	--	---

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto utilizará recursos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus para UBS Gebes Medeiros.

### RECURSOS HUMANOS

Membros da equipe de saúde da unidade Gebes Medeiros:

- 5 Agentes comunitários de saúde;
- 1 Médicos;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Técnico de enfermagem;
- 1 Administrativo.

### MATERIAL DE CONSUMO

Item	Quantidade
Computador	1
Datashow	1
Impressora	1
Cartucho de tinta	1
Folha A4	300
Caneta esferográfica	5
Pranchetas	5



## 9 RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar adolescentes sob risco de gravidez precoce na área de abrangência da UBS- Gebes Medeiros;
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos com a equipe de saúde da unidade;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar;
- Acordar compromissos objetivando a manutenção da orientação sexual e reprodutiva nas consultas de planejamento familiar com adolescentes e/ou responsáveis;
- Viabilizar atendimento ao grupo específico de adolescente da área de abrangência, com foco na educação em saúde;
- Motivar a equipe de saúde quanto a importância de realizar parcerias com centros educacionais, no intuito de desenvolver palestras e/ou oficinas educacionais, em escolas frequentadas por adolescentes.
- Sensibilizar o grupo alvo de adolescentes, quanto a importância do autocuidado frente a prevenção de uma gravidez indesejada, assim como, DST's.

## 10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. C *et al.* Relacionamentos e interações ao adolescer saudável. Rev GaúchaEnferm. V. 31, n. 1, p. 139-42. 2010.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. Revista Saúde Pública. São Paulo, v.26, n 6. 2004. Disponível em:  
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/REVISTA%20DE%20SA%C3%9ADE%20P%C3%9ABLICA/1030>. Acesso em 27/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de julho de 1990. 1356p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Adolescente. Departamento de Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria – Orientações para profissionais da área médica, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006. 56p. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 648/GM 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) E o Programa de Agentes de Saúde (PACS). (b)

DOMINGOS, Andréia Couto. Gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Itinga, 2010, 39p.



FREITAS, Fernando *et Al.* Rotinas de ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2003. 736p.

HEILBORN, M.L. et al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond. Vol. 23, nº 6, 2006.

SANTOS, M.M.J.F. Gravidez Precoce: matéria da capa. Estado de Minas. Belo Horizonte, p. 4-5, 14 de maio de 2006.





**Anexo II** Questionário investigativo para área de abrangência da UBS Gebes Medeiros, tendo como tema: gravidez na adolescência e suas consequências.

1- Idade:

- Entre 10 e 19 anos
- Acima de 19 anos

2- Sexo:

- Feminino
- Masculino

3- Conhece meninas que engravidaram na faixa de idade entre 10 e 19 anos, residentes no bairro Jorge Teixeira III do município de Manaus - AM?

- Sim
- Não

4- O que acha de uma gravidez inesperada na vida de uma adolescente?

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5- Você tem conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- Sim
- Não

6- O que você acha das divulgações sobre medidas preventivas quanto a gravidez na adolescência e Doenças Sexualmente transmissíveis realizadas pela UBS Gebes Medeiros?

- Insuficiente
- Pouco suficiente
- Suficiente

7- O que você acha da acessibilidade de métodos preventivos através da UBS Gebes Medeiros?

- Regular
- Bom
- Ótimo

8- Você é a favor da legalização do aborto?

- Sim
- Não

9- Tem conhecimento de como é realizado um aborto?

- Sim
- Não

10- Você sabe qual a causa da maioria dos abortos?

- Sim, muitas vezes por necessidade ( pessoas que sofrem estupros).
- Sim, por problemas durante a gestação, com a única opção de aborto.
- Por vaidade, para não ter responsabilidade.
- Não

11-Você é a favor de escolas falarem sobre sexualidade com os alunos desde que série?

- Entre 1º e 3º ano
- Entre 4º e 6º ano
- Entre 7º e 9º
- Não acha que a escola deveria passar essas informações

12-Você acha que quanto mais cedo uma pessoa tem informações sobre sexualidade e métodos preventivos, iria diminuir o índice de gravidez na adolescência?

- Sim
- Não

13- Você se sente com liberdade para falar sobre esse assunto com seus pais, ou com seus filhos?

Sim

Não