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

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Vivência Médica na ESF São José

Professor-orientador: Ivone Andreatta Menegolla

Discente: Nina Pinto Monteiro

Ananindeua (Pará)
2017

SUMÁRIO

1 Introdução.....03

2 Estudo de Caso Clinico.....05

3 Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de atenção.....07

4 Visita domiciliar.....09

5 Reflexão conclusiva.....12

6 Referências Bibliográficas.....14

7 Anexo 1- Projeto de intervenção.....15

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Nina Pinto Monteiro, tenho 27 anos, me formei pela Universidade do Estado do Pará há um ano. Trabalhei na Unidade Municipal de Saúde do Telégrafo, que fica em Belém, tirando plantões, e em uma Unidade Básica no município de Maracanã que também esta localizado no Estado do Pará. Nessa Unidade Básica de Maracanã trabalhei numa Estratégia de Saúde da Família (ESF) por quase 2 meses.

Atualmente estou trabalhando na ESF SÃO JOSÉ, pelo PROVAB, que fica na Unidade Básica de Saúde Cidade Nova VI no município de Ananindeua próximo a cidade de Belém, aonde eu resido.

A UBS Cidade Nova VI é bem organizada divida em 4 ESFs, há também duas equipes de dentistas que atendem toda a população da UBS, fazendo limpeza, arrancando dentes, dentre outros procedimentos. Duas enfermeiras são designadas para fazer PCCU, além de trabalharem nas ESFs, quando necessitam tiram dúvidas sobre o exame especular com os médicos das equipes, e se necessário, como já ocorreu comigo, eu avalie a paciente e já passei medicação e em outro caso encaminhei para especialista. Nossa UBS e população tem apoio de escolas próximas da UBS aonde filhos de funcionários até estudam o que facilitam pros próprios funcionários buscar seus filhos, e também algumas igrejas aonde alguns funcionários fazem trabalhos voluntários para a própria população.

Ainda temos algumas dificuldades como a quantidade de medicamentos que chegam na nossa UBS que ainda são insuficientes para a população do território, e a vacinação que não esta ocorrendo por falta de geladeira específica para as vacinas. Entretanto a UBS é bem estruturada apresentando 4 consultórios médicos, um almoxarifado para guardar medicamentos, e demais equipamentos, dois banheiros (um feminino e um masculino), uma sala de triagem, uma recepção, uma farmácia, e uma sala para o diretor. Além da sala da dentista e uma sala para realizar PCCU. Todos os consultórios apresentam ar-condicionado, um computador, uma maca e uma pia, e um armário. Nem sempre a internet dos computadores dos consultórios funcionava, dificultando o arquivamento dos dados.

O atendimento na minha ESF funciona da seguinte forma, de segunda a quinta eu atendo pacientes de programas como hiperdia, pré-natal, e na sexta-feira é o dia de fazer visitas domiciliares. A maioria dos pacientes que se consultam participam do programa de hiperdia. Além disso ainda atendo 3 pacientes que não estavam marcados

em caso de urgência e também faço um visita domiciliar em caso de urgência, se for possível. Após as visitas domiciliares na sexta, uma vez no mês fazemos uma reunião com a equipe toda da estratégia para traçar novas metas para o nosso trabalho.

No caso da minha ESF predomina a população mais idosa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, muitos não realizam o tratamento adequado, o que acaba sendo a maior dificuldade, pois precisamos convencê-los que tomar a medicação lhe trará um benefício enorme. Também temos alguns casos de amebíase e outras parasitoses em todas as idades.

Entretanto o que mais me preocupou e acabou sendo o tema do meu projeto de intervenção foi a quantidade de adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal ou que estavam iniciando o pré-natal. Segundo Schiro e col (2012), anualmente no país cerca de um milhão de adolescentes ficam gestantes, por vezes, tal condição acaba sendo reincidente nessa fase da vida. Então decidi fazer um projeto voltado para essa população, no qual planeja acompanhar adolescentes do sexo feminino em consultas periódicas, para ajudar na maturação dessas jovens, lhes dando conhecimento sobre seu corpo, sobre gravidez e sobre prevenção dela.

Por meio desse projeto as pacientes sabendo dos malefícios de uma gravidez nesse período, podem evitar a gravidez na adolescência, e também repassar esse conhecimento para suas futuras filhas. Assim através dessas medidas a longo prazo possa ocorrer uma redução da gravidez na adolescência nessa população e que esse projeto sirva de exemplo para outras ESFs fazerem o mesmo.

ESTUDO DE CASO CLINICO

O período da adolescência, que consiste na faixa etária de 10 a 19 anos, caracteriza por muitas mudanças psicológicas e físicas. Nesse período, o adolescente pode dar início à sua vida sexual sem que esteja física e/ou psicologicamente preparado para isso, assim o adolescente caracteriza-se por ser um grupo vulnerável de risco tanto para gravidez indesejada quanto para DSTs. (BELDA e col, 2009)

Tão importante como prevenir a gestação nessa faixa etária, é a preocupação de prevenir a ocorrência de uma DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) nessa população. Segundo a OMS (2003), as estimativas de infecções por transmissão sexual, na população ativa, no Brasil são alarmantes: 937 mil casos novos de sífilis, 1.541.800 casos de gonorreia, 1.967.200 casos de clamídia, 640.900 casos de herpes genital e 685.400 de HPV.

O caso relatado será o da paciente J.S. , 15 anos, chegou ao meu consultório acompanhada da avó, Dona M.R.S., 74 anos. A Avó estava preocupada que a neta estava grávida, então por conta própria levou a jovem ao laboratório e realizou um Beta HCG e trouxe para a consulta. Avó estava um pouco nervosa, pedi pra ela se acalmar e então logo olhei o resultado do exame que era negativo, assim ela se acalmou um pouco mas estava muito chateada com a neta, então pedi para ela ir com a técnica de enfermagem verificar a sua pressão arterial, já que ela era hipertensa, isso me deu um tempo para conversar com a adolescente a sós.

A paciente me relatou que estava com corrimento amarelo-esverdeado com odor fétido e uma dor em baixo ventre. Paciente relatou também que só tinha tido um parceiro e que queria um anticoncepcional. Orientei sobre gravidez na adolescência e sobre DTSs e HIV, me coloquei a disposição, se ela quisesse tirar dúvidas sobre o assunto.

Paciente um pouco tímida, não quis entrar no assunto da sua família, mas mora com a avó, a mãe deixou ela com a avó e foi embora. Fiz então exame da vulva sem alterações mas apresentava o corrimento bolhoso, amarelo-esverdeado ao exame especular. Com autorização da paciente, solicitei sorologias, tratei a provável tricomoníase da paciente e solicitei que se possível ela conversasse com o parceiro para ele marcar uma consulta comigo, e prescrevi um anticoncepcional injetável, pois foi escolha da paciente que se diz esquecida. O tratamento da tricomoníase, segundo o Manual de Bolso das Dsts do Ministério da Saúde, Metronidazol 400mg de 12/12s por

7 dias. Avó retornou ao consultório, e com autorização da paciente, avisei que solicitei uns exames e que tinha prescrito um anticoncepcional. Também solicitei o retornou com o resultado dos exames. Devido a demora do retorno da paciente, solicitei uma reunião com a equipe para que a ACS da área pudesse conhecer a historia da paciente e ir em busca da paciente na casa dela para saber o motivo do não retorno a consulta. Algumas semanas depois a paciente retornou, após avisar a ACS que ainda não tinha retornado devido a demora na realização dos exames. No retorno ela referiu não apresentar nenhuma queixa, e que estava tomando o anticoncepcional corretamente, e que estava sem parceiros no momento, mas que preferia continuar usando o anticoncepcional. Os exames vieram todos negativos, então apenas orientei novamente o preservativo, e complementei falando um pouco sobre as DSTs. Paciente novamente não quis entrar em detalhes sobre a família, assim respeitei o seu desejo.

Segui as orientações do Manual de Bolso das Dsts do Ministério da Saúde para tomar as condutas da paciente e também como estagiei um tempo em um ambulatório de Hebiatria pude desenrolar uma conversa aberta com a paciente e tomar as devidas condutas para a mesma.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE ATENÇÃO

A atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

Nesse período que pude trabalhar na ESF SÃO JOSÉ, no município de ANANINDEUA-PA, percebi a importância de um trabalho em equipe para que possamos beneficiar mais pacientes possíveis. Deste que entrei percebi o quanto organizada era minha equipe, que já era unida devido o tempo de trabalho juntos. A maioria dos funcionário tanto da minha estratégia como da UBS, moravam nas arredondezas da UBS, o que facilita conhecer o público-alvo da unidade, como suas necessidades mais primordiais aplicando assim a equidade. Todas essas características possibilitam o desenvolvimento de um serviço com acesso universal, integral, resoluto para todos que ali habitam. O que esta de acordo com os princípios do SUS que afirmam que as Unidades Básicas de Saúdes instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. (BRASIL, 2012)

Apesar de várias dificuldades que temos na nossa UBS, como falta de medicamentos e a demora para realização de exames, o que me preocupou desde o início do meu trabalho na ESF foi o grande número de adolescentes grávidas na minha estratégia e a falta de uma atenção específica para essas adolescentes. Mesmo as gestantes que não eram adolescentes, muitas não buscavam atendimento médico, o que dificulta o atendimento do pré-natal e seus benefícios. Como afirma Brasil (1997), A cobertura da assistencial pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. No caso da minha UBS, apesar de estarmos disponíveis para o atendimento, e fazermos uma busca ativa das grávidas, muitas não são comprometidas com o pré-natal, apesar deste ser uma das prioridades do atendimento no SUS.

Segundo Backett e col (1984), a gravidez, apesar de ser processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando

já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto.

Complementando, Belarmino e col (2009) afirmam que a gestação na adolescência é considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Além disso, adolescentes podem sofrer mais intercorrências durante a gravidez, e mesmo após esse evento, do que gestantes de outras faixas etárias. Exemplos dessas intercorrências são: tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, desproporção cefalopélvica e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência.

Preocupada com tudo que poderia acontecer com nossas gestantes, eu e minha equipe decidimos realizar uma reunião, para que fossem apontadas propostas para conseguirmos vencer essa dificuldade. Assim decidimos fazer uma busca ativa das gestantes apontando para elas os benefícios do pré-natal. Em cada consulta médica e de enfermagem nós iamos reafirmando a necessidade de vir as consultas e completer pelo menos 6 consultas como o Ministério da Saúde orienta.

Após alguns meses conseguimos uma aceitação maior das gestantes que já compareciam com maior frequência as consultas, apesar de algumas ainda aparecerem para a primeira consulta no terceiro trimestre de gestação. Também conseguimos realizar um seminário sobre aleitamento materno enriquecedor pois podemos levar o conhecimento da importância do leite materno para o bêbê, e não apenas as gestantes foram convidadas, mas também as mães das gestantes, principalmente daquelas que ainda são adolescentes. A partir dessas pequenas medidas conseguimos fazer uma diferença na vida dessas gestantes e dos bêbês que elas carregam. Segundo Brasil (1997) os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução e pela presença de doenças provocadas pelo ciclo gravídico.

E para finalizar como afirma Grandi e Sarasqueta (1997), o controle pré-natal, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais áreas preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas

3 VISITA DOMICILIAR

O Segundo Brasil (2012) o atendimento domiciliar possibilita a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

Na Unidade a qual atuava, as visitas eram agendadas semanalmente quando entrei, devido a enorme demanda de pacientes que necessitavam de atendimento domiciliar, pois a minha ESF ficou sem médico três meses. A médica que trabalhava na ESF anteriormente a mim, também participava do PROVAB e em seguida migrou pro MAIS MÉDICOS e deixou a unidade em fevereiro, pois passou na residência. Porém a vaga para o seu lugar na ESF São José só abriu no edital de maio, no qual eu entrei.

Devido essa transição entre o término do PROVAB da médica anterior e o início das minhas atividades, muitas pacientes acamados ficaram sem cuidados, em reunião com a equipe da minha ESF verificamos os casos mais urgentes para visitar como preferência, como pacientes com pé diabético em tratamento, pacientes em uso de sonda nasoentérica com sequela de AVC, pacientes com hipertensão em tratamento inadequado. Nas visitas íamos em conjunto, enfermeira, médica e as vezes a técnica de enfermagem.

Era verificada as queixas dos pacientes, realizado o exame físico, se necessário solicitávamos exames para ajudar em algum diagnóstico ou solicitávamos avaliação de algum especialista com critério. Além disso verificávamos se as medicações estavam sendo feitas, orientando a importância da tomada das medicações de forma correta. Checávamos se a casa não tinha nenhum fator de risco de queda, por exemplo, piso escorregadio, tapetes lisos, sempre orientando a retirada e o motivo da retira desses fatores de risco. Na maioria das vezes avaliávamos o risco de queda por que a maioria dos pacientes eram idosas que passavam a maior parte do dia desacompanhadas, pois os familiares saiam para trabalhar.

Outro fator avaliado era a dieta do paciente. Conversávamos com eles sobre a dieta, se ele estava ingerindo comidas indicadas para o seu caso, ou se estava comendo

muitos alimentos inadequados, nesse caso também, sempre orientando para mudar a dieta para hábitos mais saudáveis. Se estivesse tudo sendo seguido corretamente, nós parabenizávamos.

Além da dieta conversávamos sobre como era sua família, se o paciente estava feliz, ou se estava triste, e o porque. Muitas queixas clínicas acabavam sendo refletidas no aspecto psicológicos de nossos pacientes. Muitas senhorinhas que atendi, queriam na verdade alguém pra conversar, alguém que a escutasse. Além de que muitos pacientes pioravam o estado da doença atual por brigas familiares, como por exemplo uma senhora que era sequelada de AVC que era acamada e era cuidada por duas filhas, porém o filho que não morava lá, queria vender a casa e levar a mãe para morar com ele, ele chegou a bater em uma das irmãs, que acabou sendo obrigada a colocar uma medida restritiva contra o irmão. Enfim, a briga era tão grande que quando a mãe escutava as brigas por telefone, a pressão arterial subia, e ela tinha um mal-estar. No fim da história o irmão entrou na justiça alegando que a paciente era maltratada, mesmo com todas as evidências que as irmãs cuidavam bem dela. No fim a paciente acabou falecendo no Pronto Socorro devido uma pneumonia, entre brigas dos irmãos pra ver quem ficava com ela na internação.

Com uns três meses fazendo visitas semanais para 4 pacientes por semana, conseguimos reduzir a demanda, e então passamos a fazer visitas a cada 15 dias, porém se fosse necessário alguma visita de urgência, nós marcávamos pro mesmo dia ou para a mesma semana, dependendo da gravidade. A maioria das visitas era para pacientes com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, e suas complicações. De pacientes com doenças agudas eram mais pacientes idosos com pneumonia ou pielonefrite. Em pacientes com pneumonia avaliávamos o CURB 65 para ver a necessidade de internação, e em pacientes com pielonefrite avaliávamos o estado geral do paciente, se estava muito toxemiada ou se conseguiria fazer o tratamento domiciliar, sempre lembrando a necessidade de ingestão de líquidos, para que não houvesse desidratação.

Muitos pacientes tinham cuidadores que, na maioria das vezes eram filhos ou pessoas pagas para esse serviço, tentavam nos ajudar da melhor forma possível, anotando tudo para passar pros familiares. Mesmo aqueles cuidadores pagos eram bem atenciosos, já tinham criado vínculo com os pacientes, o que tornava a convivência amorosa, as vezes os pacientes eram mais bem tratados por esses que pelos os próprios familiares.

A preferência da visita domiciliar era dada para pacientes com mobilidade reduzida, acamados, poucos pacientes não estavam nesse perfil, como por exemplo uma paciente com algum problema psicológico, não sei dizer qual, que estava reclusa por sua vontade em seu quarto há 1 ano sem tomar banho, tentamos fazer a visita mas no dia, os familiares não permitiram nossa entrada. Tentamos por várias vezes convencer os familiares da visita mas eles sempre marcavam e desmarcavam. Até a minha saída da ESF, estávamos tentando entrar em contato com um grupo de um hospital de referência para pacientes psiquiátricos, para que eles fizessem uma abordagem domiciliar.

As pacientes adolescentes pouco eram visadas em consultas domiciliares devido a alta demanda de pacientes idosos. Talvez se fosse dado uma atenção maior para essas pacientes em seu lar podíamos avaliar detalhes que não observamos nas consultas no posto. Talvez até prevenindo violências domésticas, possíveis de progredir para gravidezes indesejadas, mas ai teríamos que disponibilizar mais tempo para visitas para casos selecionados. Entretanto com toda a demanda de idosos que tive não consegui progredir nesse plano.

Enfim, o atendimento domiciliar, para mim, foi muito enriquecedor como forma de atendimento médico humano, empático. Segundo Brasil (2012) a visita domiciliar expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores e às formas de cuidar instituídas no senso comum e na memória falada, passada de geração em geração. Concordando com o comentário acima, pude conhecer as características de cada família. Além disso, pude refletir não só sobre a doença mais sobre todo aspecto psicossocial desses pacientes. Essa experiência me fez crescer como pessoa e como médica.

4 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O PROVAB foi uma experiência enriquecedora, absorvi muitos conhecimentos médicos e sobre relação médico paciente, uma vivência que me possibilitou conhecer as populações mais carentes de uma cidade próxima a minha cidade natal, mas que acaba apresentando as mesmas necessidades da população carente da minha cidade.

Conhecendo as necessidades específicas e mais singulares dessa população, pude praticar o princípio da equidade. Como muitos outros princípios através da prática médica diária com auxilio do que aprendia em cada Eixo dessa Especialização em Saúde da Família. Pude praticar uma medicina que visualizava o paciente de maneira integral mantendo o foco em avaliar o paciente em todas as suas características, tanto biológicas, quanto psicossociais.

Apesar de muito trabalho que tive na unidade, atendendo diariamente a população, tentando me inteirar sobre localidade a qual fui inserida, busquei fazer de tudo para deixar as atividades da especialização em dia, pois sabia da importância do conhecimento que eu adquiria em cada atividade e que futuramente poderia colocar em prática na ESF. E que cada assunto ensinado na Especialização era, muitas vezes, ponte para o próximo assunto. Gostei muito da Especialização, mesmo que muitos assuntos, eu já havia aprendido na faculdade, a Especialização foi uma maneira de fixar os assuntos adquiridos na faculdade, através da união da prática na ESF ao que era ensinado no Moodle.

O Moddle foi uma ferramenta excelente para a Especialização à distância, suas ferramentas eram ótimas, tanto com relação a maneira de passar o assunto como a interação tutor-aluno. Acredito que as dificuldades com relação a internet não foram capazes de prejudicar a absorção do conhecimento ou de prejudicar a nota dos alunos, pois os tutores eram bastantes compreensíveis. Apenas tenho uma crítica com relação as atividades, teve uma atividade que era necessário fazer uma caminhada ao redor da unidade, tirar fotos da unidade, e de uma casa da arredondezas, etc. Porém, o meu posto era num local com bastante criminalidade, o posto já havia sido assaltado várias vezes, mesmo explicando esses fatores, fui penalizada por não mandar as imagens. Então para futuras turmas acho que essa atividade avaliativa deveria ser desenvolvida de uma maneira diferente.

Eu queria ter podido ser mais assídua na Especialização mas como estava estudando para a residência, acabei atrasando algumas atividades no período de provas

da residência. E aconteceu novamente agora no final da especialização, devido ter começado a residência que demanda muito mais do meu tempo que o PSF, mas acho que consegui concluir e aproveitar todos os benefícios que a Especialização poderia me oferecer.

O uso do portfólio foi uma ferramenta nova para mim, pois não utilizei desse recurso na faculdade, mas acho que com as instruções cedidas pelos tutores, pude fazer as atividades do portfólio, sem dúvidas e acredito que com sucesso. Outro ponto importante ao meu ver, é que o portfólio foi uma forma de construir uma ponte ao conhecimento adquirido na Especialização a prática na ESF, transformando a prática em um exemplo ao conhecimento adquirido na Especialização.

Os casos complexos eram muito parecidos com a nossa realidade, na maioria das vezes, e assim podíamos utilizar das condutas e conhecimentos dos casos, na nossa prática diária. Além de sermos forçados a estudar das doenças mais típicas que adentrava no PSF.

Concluo essa reflexão, agradecendo as tutores que sem eles não poderíamos tirar nossas dúvidas e eram eles que nós incentivavam a nos melhorar. Para mim, foi uma experiência enriquecedora e acredito que já sou uma médica muito melhor com tudo que vivi no PSF e estudei na Especialização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELARMINO, G.O.; MOURA, E.R.J.F.; OLIVEIRA, N.C.; FREITAS, G.L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Act Paul Enferm.** v.22, p.169-175, 2008.

BELDA, JUNIOR.W.; SHIRATSU, R. P. V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **An Bras Dermatol**, v. 84, n. 2, p. 151-159, 2009.

BRASIL. Política Nacional sobre demografia e saúde, 1996. In: Saúde da mulher e da criança. Rio de Janeiro, p.103-24, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasilia, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasilia, v. 2, 2006.

GRANDI, C.; SARAQUETA, P. Control Prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. **J Pediatr**, v, 27; p. 15-20, 1997.

SCHIRO, E.D.B.D.; DIAS A.C.G.; SILVA, L.N.; NIETO, C.J.; KOLLER, S.H. Características familiares y apoyopercibido entre adolescentes brasileñoscon y sinexperiencia de embarazo. **Av Psicol Latinoam**. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the management of sexually transmitted infection. Geneva, p. 89, 2003.

Anexo 1- Projeto de Intervenção

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Nina Pinto Monteiro

CONSULTA EM ADOLESCENTES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SÃO JOSÉ

Ananindeua- PA
Novembro/2017

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, passível de ocasionar alterações na vida social, econômica, afetiva e familiar da jovem. Com relação a saúde a gravidez neste grupo populacional pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido. O Objetivo deste projeto de intervenção é reduzir o número de grávidas adolescentes na Estratégia São José através do acompanhamento de adolescentes do sexo feminino em consultas periódicas para ajudar na maturação dessas jovens, lhes dando conhecimento sobre seu corpo, sobre gravidez e sobre prevenção da mesma. **Métodos**: Trata-se de um estudo clínico intervencional, no qual acompanharemos as adolescentes entre 13 a 18 anos em consultas médicas, de psicologia e de enfermagem para a longo prazo reduzir o número de gravidez na adolescência na Estratégia São José. **Resultados esperados**: Reduzir a longo prazo a gravidez na adolescência, conhecer todas as adolescentes da área assim como seus problemas familiares e psicológicos. Construir uma relação médico-paciente de confiança, além de estimular o uso de métodos contraceptivos pelas pacientes que desejarem iniciar sua vida sexual e para finalizar manter uma relação direta com as escolas da área.

.

Descritores: Gravidez; Adolescência ; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 Introdução.....04
2 Problema.....06
3 Justificativa.....07
4 Objetivos.....08
4.1 Objetivo Geral.....08
4.2 Objetivos Específicos.....08
5 Revisão de Literatura.....09
6 Metodologia.....11
7 Cronograma.....12
8 Recursos Necessários.....13
9 Resultados Esperados.....13
10 Referências Bibliográfica.....14

1. Introdução

A adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social. (YAZLLE, 2006)

A progressiva maturação fisiológica é acompanhada por uma descoberta de novas relações, de ordem afetiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos. Eles são decorrentes de uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e mesmo intelectual e a aquisição de maturidade emocional. (RODRIGUES, 2010)

Preocupada com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família a adolescente manifesta importantes carências informativas relativamente à sexualidade, contracepção e risco de gravidez. (RODRIGUES, 2010)

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública, passível de ocasionar alterações na vida social, econômica, afetiva e familiar da jovem. (OLIVEIRA E COL, 2010) Com relação a saúde a gravidez neste grupo populacional pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido. (YAZLLE, 2006).

Segundo Rodrigues (2010) as complicações mais associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclampsia, a anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências associadas à decisão de abortar.

Portanto este projeto de intervenção, verificando dados tão alarmantes não somente no Brasil mas em diversos paises, tem o objetivo de reduzir, a longo prazo, gravidez na adolescência da população da Estratégia São José. Para chegarem tal objetivo este projeto de intervenção planeja acompanhar adolescentes do sexo feminino em consultas periódicas para ajudar na maturação dessas jovens, lhes dando conhecimento sobre seu corpo,sobre gravidez e sobre prevenção da mesma. Essas pacientes sabendo dos malefícios de uma gravidez nesse período podem tomar decisões mais corretas para si e também repassar esse conhecimento para suas futuras filhas

Nesse contexto, a importância deste trabalho se dá em função da real possibilidade de modificação da realidade destes pacientes, através de educação em saúde, acesso a conceitos da patologia, dos medicamentos utilizados, a forma de aquisição dos mesmos, seus efeitos colaterais. Em associação com equipes multidisciplinares, propor hábitos de vidas saudáveis

com consequente mudanças no estilo de vida, respeitando a individualidade e necessidade de cada paciente.

2. Problema

Como reduzir o grande número de grávidas adolescentes na Estratégia São José?

3. Justificativa

Na área adstrita da Estratégia São José da Unidade Básica Cidade Nova IV, pude perceber a grande quantidade de adolescentes começando pré-natal ou em seguimento, o que é alarmante devido todas as complicações físicas, sociais e psicológicas que uma gravidez pode trazer para essas jovens. Além disso, também pude perceber que pouquíssimas jovens da área buscam atendimento médico.

Devido a demanda de programas como o HIPERDIA na Estratégia São José, ainda temos dificuldade para mapear o número exato de jovens adolescentes na área adstrita, além do que os adolescentes não apresentam um programa próprio que lhes deem atenção devida a sua saúde.

4. Objetivos

4.1 Objetivo Geral

Reduzir a longo prazo o número de grávidas adolescentes na Estratégia São José

4.2 Objetivos Específicos

- Mapear todas as adolescentes de 13 a 18 anos que moram na área adstrita
- Acompanhar essas adolescentes em consultas médicas, psicológicas e de enfermagem.
- Realizar palestras nas escolas sobre sexualidade, para esclarecer as jovens e tirar as dúvidas das mesmas sobre o assunto, além de incentivar o uso de métodos contraceptivos.

5. Revisão de Literatura

A adolescência é uma fase da vida humana, caracterizada por um conjunto de transformações sócio-psicológicas e anátomo-metabólicas, deixando o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido, de certa forma vulnerável, mais ao mesmo tempo estabelecendo padrões comportamentais e sonhos que permearão toda a vida. Os padrões comportamentais se definem dentro de um ambiente que envolve a família, os pares, a escola, o social, dentre outros, onde, o adolescente sofre influências para sua formação e construção da personalidade de um futuro adulto. (NETO E COL, 2007)

Alguns fatores atuam na formação de um adolescente, para que o mesmo, seja um adulto que viva emocionalmente e socialmente sem crises transgressoras. O primeiro deles é a afirmação da personalidade, que está ligado diretamente a todo um processo que vem desde a vida intra-uterina, como os fatores genéticos e também ambientais. Estes últimos influenciam o ser humano durante toda a vida, e de forma direta, pois, os mesmos estão relacionados ao meio social em que o adolescente vive; a estrutura e o modelo familiar em que o indivíduo cresce; a formação educacional disponibilizada, enfim, a todo um ambiente físico e socialmente satisfatório, que possa contribuir para uma formação saudável. (NETO E COL 2007).

A vulnerabilidade à gravidez não planejada, as infecções por doenças sexualmente transmissíveis e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) provêm, muitas vezes da iniciação sexual precoce, sem a utilização de um método preventivo de modo frequente. (DIAS E COL, 2010) Associado a isto, de modo geral, os pais não conversam com seus filhos sobre sexo e sexualidade (OLIVEIRA E COL, 2006) muitas escolas não ampliam as discussões sobre esta temática e alguns profissionais de saúde demonstram despreparo em dialogar com adolescentes acerca de questões relacionadas à prática sexual e uso adequado de métodos preventivos. (DIAS E COL, 2010)

Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, pré-eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (BELARMINO E COL, 2009). Também pode propiciar a prematuridade e o baixo peso ao nascer do bebê. (SANTOS E COL, 2008)

Além dos problemas relacionados a saúde física, segundo Neto e colaboradores (2007) há problemas psicossociais tais como: o abandono escolar, conflitos familiares o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o

afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente. Segundo Caputo e col (2007) gestação em adolescentes também pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez. (DIAS E TEIXEIRA, 2010)

A maternidade exige que a jovem redefina sua identidade levando em consideração o fato de que sua vida, da gravidez em diante, estará vinculada às demandas do filho. A projeção de si mesmo no futuro, elemento importante da construção da identidade na adolescência é substancialmente afetada no caso das adolescentes que engravidam, que precisam lidar com uma nova perspectiva temporal dada pelo desenrolar da gravidez e do próprio desenvolvimento do bebê após o nascimento. (DIAS E TEIXEIRA, 2010).

6. Método

Trata-se de um estudo clínico intervencional, no qual acompanharemos as adolescentes entre 13 a 18 anos em consultas médicas, de psicologia e de enfermagem para a longo prazo reduzir o número de gravidez na adolescência na Estratégia São José.

Primeiramente vamos mapear todas as adolescentes desta faixa etária, adquirindo endereço e um telefone de cada uma delas.

Em seguida serão feitas palestras sobre sexualidade em escolas da área adscrita, para esclarecer essas jovens e estimular elas a irem nas consultas. Essas palestras serão realizadas a cada 6 meses em cada escola, com assuntos diversos relacionados a maturação do corpo do adolescente, doenças sexualmente transmissíveis, tipos de métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, dentre outros que a equipe de saúde achar necessário.

Após ganhar a confiança dessas jovens, podemos então começar a montar uma agenda com horário e dia específico para essas consultas. As consultas serão trimestrais sem o acompanhamento de seus pais ou responsáveis, permitindo assim que a adolescente possa tirar suas dúvidas com os profissionais sem ser repreendida pelos seus responsáveis. Serão marcadas 6 consultas médicas, de psicologia e de enfermagem por turno, para que assim a consulta não seja corrida, dando a devida atenção para cada uma das pacientes. Será permitido o atendimento de no máximo 2 adolescentes não agendadas para aquele dia em caso de urgência. Além de ter horário fixo para as consultas, o dia da semana também será fixo, logo não serão atendidos outros tipos de pacientes nesse dia.

Ao final de cada 3 meses será realizado um reunião com a equipe para avaliar o projeto e se necessário realizer correções.

7. Cronograma

PROCEDIMENTO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
MAPEAR AS ADOLESCENTES	X											
REALIZAR PALESTRAS NAS ESCOLAS	X					X						X
AGENDAR CONSULTAS E ACOMPANHAR AS ADOLESCENTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AVALIAÇÃO DO PROJETO PELA EQUIPE			X			X			X			X

8. Recursos Necessários

8.1 Recursos Humanos

Equipe multidisciplinar composta por um(a) médico(a), um(a) psicólogo(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

8.2 Recursos Materiais

- Salas para consulta médica, de enfermagem e de psicologia
- Equipamento de multimídia para palestras nas escolas
- Balança para pesagem das adolescentes
- Caneta
- Pasta para arquivar os prontuários das pacientes
- Sala para reunião da equipe

9. Resultados Esperados

- Reduzir a longo prazo a gravidez na adolescência na área adscrita
- Conhecer todas as adolescentes da área, seus problemas familiares e psicológicos
- Proporcionar uma relação médico-paciente de confiança para poder tratar de assuntos pessoais
- Estimular o uso de métodos contraceptivos pelas pacientes que começarem sua vida sexual
- Manter uma relação direta com as escolas da área para que caso ela observa alguma situação de risco possa nos avisar
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar
- Alcançar todos os objetivos propostos

Referências

BELARMINO, G. O.; MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, Nancy Costa. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 169-75, 2009

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 573-581, 2007.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

DIAS, F. L. A.; SILVA, K. L.; PINHEIRO, P. N. C.; MAIA, C. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

NETO, F. R. G. X.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C.; THIENGO, M. A. Cotidiano e adolescência: representações e práticas de trabalho, escola, relacionamentos interpessoais e futuro. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 182-190, 2006.

RODRIGUES, R. M. Gravidez na adolescência. **Nascer e Crescer**, v. 19, n. 3, p. 201-201, 2010.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.30, n. 31 p. 22, 2008.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 8, p. 443-445, Aug. 2006.

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS

FIOCRUZ

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde