

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.



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

**APRIMORAMENTO DO GRUPO DE GESTANTES - COM ÊNFASE EM AMAMENTAÇÃO
E PLANEJAMENTO FAMILIAR - EM UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ - RS**

Porto Alegre - RS

2017

MARTINA SCHAAN DE SOUZA

Portfólio do Curso de Especialização em Saúde da Família

**APRIMORAMENTO DO GRUPO DE GESTANTES - COM ÊNFASE EM AMAMENTAÇÃO
E PLANEJAMENTO FAMILIAR - EM UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ - RS**

Porto Alegre - RS

2017

SUMÁRIO

1. Introdução _____	4
2. Estudo de Caso Clínico _____	8
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção ___	10
4. Visita Domiciliar / Atividade no domicílio _____	12
5. Reflexão Conclusiva _____	13
Referências _____	15
Anexo 1 – Projeto de Intervenção _____	16

1. INTRODUÇÃO

A autora deste portfólio reside em Porto Alegre, é formada em Ciências Biológicas pela UFRGS no ano de 2007 e em Medicina também pela UFRGS em 2015, e iniciou suas atividades em Medicina de Família e Comunidade em março do ano de 2016.

Este trabalho tem o objetivo de abordar o desenvolvimento de ações relacionadas à Atenção Básica na Unidade de Saúde da Família Érico Veríssimo da Estratégia da Saúde da Família no município de Gravataí, Rio Grande do Sul.

O município de Gravataí, situado na região metropolitana de Porto Alegre, tem uma população estimada, em 2014, de 255.660 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,736 e uma expectativa de vida de 76,74 anos. (Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística, 2014).

A ESF Érico Veríssimo é localizada na zona urbana de Gravataí, com três equipes médicas e duas equipes odontológicas atuantes. Cada equipe médica é formada por dois a quatro agentes de saúde, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e um médico.

A população adscrita à ESF Érico Veríssimo é de aproximadamente 12.000 pessoas. Quanto às características da comunidade, existe uma grande população idosa portadora de problemas crônicos de saúde, como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e depressão. Estão vinculadas ao programa de pré-natal em média 80 gestantes, a grande maioria delas composta de adolescentes e oriundas da área mais humilde da região. Atualmente, há uma grande demanda por consultas de pré-natal e de puericultura, gerando sobrecarga frequente na agenda médica e de enfermagem.

A população conta com três escolas na área abrangida pela Unidade de Saúde, onde são realizadas ações de educação e promoção de saúde regularmente, como por exemplo, palestras, campanhas de vacinação e dinâmicas de grupo. Também há três salões comunitários, utilizados para eventos sociais, grupo de dança organizado pela ESF (Grupo Bailando com Saúde), grupo para crianças visando à prevenção de doenças bucais (Grupo Dente-de-Leite), Grupo de Gestantes e atividades de voluntárias em uma Pastoral da Igreja Católica.

A ESF Érico Veríssimo desenvolve também campanhas de saúde com frequência, como Campanhas de Vacinação (Influenza e Poliomielite), incentivo ao diagnóstico de doenças infectocontagiosas (Hepatites B e C, HIV e Sífilis) por meio de palestras promovidas pelos profissionais de saúde e de realização de testes-rápidos, e saúde da

mulher com realização de Exame Citopatológico de Câncer de Colo do Útero e solicitação de Mamografias.

A estrutura física da ESF é composta por ambiente amplo, arejado, com manutenção precária (vidros de janelas quebrados de longa data, pintura interna com mofo, rede elétrica inadequada com quedas de energia freqüentes). Consiste em uma sala ampla para reuniões, dois consultórios odontológicos, três consultórios médicos, três consultórios de enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala para coordenação, uma sala para os agentes de saúde e comunidade, uma sala para armazenamento de materiais e equipamentos, uma cozinha, dois banheiros, recepção e estacionamento.

O saneamento básico da Unidade não é adequado: contamos com uma faxineira que não consegue dar conta do serviço, principalmente em dias de chuva, pois há inúmeras goteiras. Recentemente houve vazamento no teto da cozinha por causa de uma caixa d'água quebrada, e a Secretaria de Saúde demorou meses para enviar manutenção. O serviço de manutenção é irregular, sendo comum ouvir os dentistas se queixando de eles mesmos terem de comprar e instalar lâmpadas para os consultórios para poderem trabalhar. Eu mesma já atendi pacientes em sala sem luz diversas vezes, pela queda frequente de energia. A segurança também é irregular, pois ocorrem vários episódios de vandalismo contra Unidade de Saúde, tentativa de assalto e episódios de agressão verbal por parte dos pacientes e não contamos com profissional para guarda.

Os materiais e equipamentos a disposição são: luvas de procedimento e estéreis, seringas, agulhas, fios de sutura, gaze, laringoscópio, kit para intubação adulto e pediátrico, medicações básicas (analgésicos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos, insulina, anticoncepcionais injetáveis, anestésico local, soro de reidratação oral, dentre outros), cilindro de oxigênio, esfigmomanômetros (para adultos, obesos e crianças), estetoscópios, otoscópios, espéculos descartáveis, balança adulto e infantil, glicosímetros, sonar-doppler fetal, fita métrica, régua infantil, computadores, impressora, receituário impresso e solicitação de exames.

Em relação às áreas adscritas à unidade:

- A **Equipe 1** assiste à região mais próxima à ESF, é composta por uma população de classe média baixa, mas é a menos desfavorecida da região. As ruas são asfaltadas e relativamente limpas, e há um comércio regular, com lojas e mercados. Esta não é uma zona de violência intensa ou tráfico de drogas, por isso me sinto segura em andar pelo bairro com as Agentes de Saúde ou frequentar os mercados ou restaurantes locais.



Fonte: autora, 2016

- A **Equipe 2** assiste uma região um pouco mais distante da ESF, com pior nível socioeconômico quando comparada à população adscrita pela Equipe 1, mas possui a maioria das ruas asfaltadas e casas em condições dignas.
- A **Equipe 3** assiste à região mais remota e de grande vulnerabilidade social. É extremamente longe da ESF, dificilmente acessada a pé, normalmente de bicicleta, carro ou moto. Por isso é a população, que, apesar de ser a mais necessitada de atenção à saúde, é a que menos comparece à ESF, pela grande distância. Possui a população que mais solicita Visitas Domiciliares, por ter inúmeros pacientes acamados sem condições de comparecer à ESF. A região é muito miserável, ocupada por invasão, sem asfalto, sem coleta de lixo, sem água encanada, sem esgoto, a luz chega irregularmente, há um grande número de animais abandonados, e uma população extremamente carente. É a região com maior número de gestantes e a que necessita de maior atenção ao pré-natal. Além disso, há intenso tráfico de drogas, assassinatos, e brigas de gangues. Muitos dos nossos



Fonte: autora, 2016

pacientes são familiares de presidiários ou possuem familiares em prisão domiciliar com tornozeleira eletrônica, por isso a importância do Bolsa Família para muitos nessa área: muitas mulheres dependem desse dinheiro para sustentar os filhos, pois os maridos estão presos.

Em relação à frequência de comparecimento dos pacientes na unidade: um fator importante de descompensação de doenças no subgrupo de idosos, é a falta de frequência nas consultas, com pouca valorização do acompanhamento crônico de doenças como hipertensão e diabetes. Boa parte destes idosos costuma procurar atendimento somente em emergências quando descompensados, e mesmo após a resolução do quadro, não valorizam o seguimento na ESF.

Quanto às gestantes, é comum a gestação não-planejada das adolescentes, como ocorre na maioria dos municípios. Entretanto, o dado mais interessante, consiste no número de adolescentes que procura atendimento e acompanhamento pré-natal com gestações planejadas: muitas destas jovens têm como plano de vida gestar para formar uma família e garantir seu sustento por meio do marido. Para os pais dessas adolescentes é uma vantagem ela arranjar um casamento precocemente, pois, dessa forma, se livram da obrigação de manter o seu sustento, transferindo essa responsabilidade para o novo marido. Desta forma, concluir os estudos, planejar fazer uma faculdade ou curso técnico - visando a ter uma profissão - não está no plano da grande maioria das gestantes que assistimos e de suas famílias.

O projeto de intervenção realizado este ano na ESF Érico Veríssimo consistiu na melhoria e aprimoramento do Grupo de Gestantes, já existente, com ênfase em assuntos não abordados anteriormente como Amamentação e Planejamento Familiar, com Aconselhamento Anticoncepcional. Considerei o enfoque em amamentação fundamental pelo fato de ser um dos métodos, juntamente com vacinação e saneamento básico, com mais impacto na mortalidade infantil e com maior custo-efetividade como estratégia de saúde em nível populacional a curto e longo prazo. O destaque em anticoncepção também foi dado, não somente pelo fácil acesso aos anticoncepcionais orais e injetáveis distribuídos na ESF, mas também porque o município de Gravataí tem disponibilizado e incentivado recentemente o implante de DIU nas pacientes, método com encaminhamento muito rápido via ESF e que possui uma única exigência: ter o exame preventivo de câncer de colo do útero atualizado, contribuindo para o rastreio da população feminina.

Pelo fato de a população de gestantes necessitar de cuidados coordenados e contínuos da equipe de saúde, a participação ativa e aprimoramento do Grupo de Gestantes pré-existente foi a ferramenta escolhida pela nossa equipe para fortalecer o vínculo com essa população de risco, valorizar o cuidado continuado, identificar situações de risco, promover o planejamento familiar, além de aprimorar a educação no cuidado com o futuro bebê.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A família que será discutida é acompanhada na ESF Érico Veríssimo desde que a unidade foi inaugurada há 10 anos. Todos os nomes aqui apresentados são fictícios. É composta por uma mulher de 26 anos, Ana Paula, do lar, mãe de dois filhos; seu marido, Carlos de 34 anos, trabalhador informal da construção civil e em serviços de jardinagem; as crianças: Fernando, de 6 anos; e Matias, de 4 anos. Moram em um terreno onde estão situadas três casas: esta família reside em uma delas; na outra vive o pai de Ana Paula com a esposa; na última casa reside a irmã de Ana Paula, Marta, também com o marido, Jonas, e os quatro filhos. Considerei relevante a discussão deste caso envolvendo a paciente Ana Paula, que, apesar de não ter o enfoque no Programa de Pré-Natal conforme o tema do Projeto de Intervenção, foi a paciente que mais demandou consultas na unidade durante este ano. Ela acabou por manifestar clinicamente e de forma exacerbada suas patologias psiquiátricas, estabelecendo comigo uma relação que considerei inadequada, resultando em extrema dependência da equipe de saúde assistente.

Conheci a paciente no início de 2016 na segunda consulta de pré-natal da paciente, quando foi observada na ecografia transvaginal que a paciente desenvolveu uma gestação ectópica implantada na tuba uterina esquerda. A paciente foi encaminhada ao Hospital Dom João Becker, em Gravataí, onde foi prescrito tratamento clínico para eliminação da gestação ectópica. Foi orientado seguimento de beta-HCG quantitativo via ESF. A paciente se mostrou muito abalada emocionalmente pela gestação não viável, porém apresentou boa evolução clínica.

Durante as próximas consultas, Ana Paula repetiu muitas vezes que ama crianças, que gostaria de ter mais filhos, que não se importa com as dificuldades financeiras em relação a cuidar de outra criança, que “o amor é maior e vence tudo”. Percebi durante estes encontros que a paciente não era estável do ponto de vista emocional, não conseguindo evoluir favoravelmente com a perda da gestação.

Ana Paula retornou em outros acolhimentos da ESF se queixando de tristeza pela perda fetal e de mal comportamento dos filhos. Trouxe carta da escola solicitando que o filho Fernando fosse encaminhado ao Neurologista, mas sem dar detalhes do porquê desta solicitação. Enviei por meio da Ana Paula três cartas à escola solicitando detalhes do desempenho escolar do Fernando e da sua relação com os colegas e professores, mas nunca fui atendida. Fernando estava acompanhando a mãe em todas as consultas, se mostrou uma criança muito quieta, não dizendo uma palavra sequer e de cabeça baixa o tempo todo. Neste período, uma das ACS da minha equipe, que é vizinha da família, relatou que existem diversas denúncias ao Conselho Tutelar por violência doméstica contra os filhos e que se ouvem diariamente gritos vindos da casa. No retorno da paciente, questionei a razão das denúncias. Ela negou veementemente que ela ou o marido agridam as crianças, mas relatou que denunciou o marido algumas vezes por agressão a ela. Desde então, não trouxe mais o filho às consultas.

Durante as diversas consultas (cerca de duas por mês) que achei necessário para manejo desta paciente e da criança, ela referia que “só confiava em mim como médica”, que “só iria procurar atendimento na ESF”, que “me amava”, dentre outros termos inadequados na relação médico-paciente.

Estudando o prontuário da paciente, há relatos de que a paciente apresentara episódios depressivos importantes e recorrentes com variações bruscas de humor, quando foram realizadas inúmeras consultas de psicologia com uso de antidepressivos e estabilizadores de humor, e suspensão destes por conta própria, sem orientação médica. Há dois relatos de tentativa de suicídio com medicações.

Em uma conversa mais longa com a paciente ela me informou que foi abusada sexualmente pelo pai desde os 10 anos de idade (não quis revelar detalhes) e que tinha o hábito de roubar dinheiro na casa do pai e da irmã. Refere que se sente culpada de roubar a irmã, e acaba devolvendo o dinheiro para ela. Em relação ao pai, não sente culpa e não devolve.

Na última consulta, há um mês, encontrei a paciente extremamente perturbada, com olhar fixo, alternando riso e choro, e referindo que ouve duas vozes que falam simultaneamente somente para ela. Ela seguia repetindo várias vezes de que sou a única médica em que ela confia, que conta tudo para mim e mais ninguém, e que só eu sei das vozes que falam na cabeça dela. A voz “do mal” como ela se referiu, falou que a culpa da gestação ectópica era dela, que ela devia seguir roubando dinheiro, que deve matar o pai e

se matar após. A outra voz, a voz “boa” diz o contrário, que não deve cometer esses atos. Quando questionei novamente sobre a relação com o pai, relatou que ele abusava sexualmente dela usando uma boneca que ela tem até hoje, e que não consegue se desfazer do objeto. Negou ideação suicida.

Diante da piora do quadro psiquiátrico da paciente, da ausência de um diagnóstico concreto e da relação perturbada e inadequada que ela vinha demonstrando em relação a mim, discuti com a equipe a necessidade de acompanhamento psiquiátrico da paciente e da família. Atualmente, em Gravataí, o apoio psicológico e psiquiátrico é muito deficitário, dispomos somente de um grupo de Psicologia na unidade, e aceitam pacientes para acompanhamento psiquiátrico somente após matriciamento no CAPS. Dessa forma, no início de janeiro/2017 levei o prontuário ao CAPS-II em uma reunião de matriciamento, discuti com a psiquiatra a necessidade urgente de avaliação desta paciente, sendo agendada consulta com psiquiatra para esta paciente na semana seguinte. Percebi que acabei concentrando toda a minha atenção somente à paciente Ana Paula, não valorizando o envolvimento das crianças, provavelmente pela alta demanda que somente esta paciente exige da equipe. Considero que a abordagem desse contexto clínico deve ser centrada em toda a família imediatamente, sendo necessário um acompanhamento psiquiátrico e multidisciplinar por parte do sistema de saúde.

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

A ESF Érico Veríssimo promove frequentemente atividades de promoção da saúde: Programa de Pré Natal de Baixo Risco; Puericultura; Grupo de Gestantes (tema do Projeto de Intervenção); Grupo de Nutrição; Grupo “Bailando com Saúde” com atividades de dança e socialização em salão de festas da comunidade; Grupo “Conversas Coloridas” abordando temas como a sexualidade; Grupo “Dente de Leite” da equipe Odontológica que educa sobre saúde bucal em crianças; Programa Saúde na Escola, Campanhas de Vacinação, prevenção ao Câncer de Mama e de Colo de Útero, em que são realizados exames citopatológicos de colo de útero, solicitadas mamografias e realizados testes-rápidos; dentre outros.

Diante da prioridade da Atenção Básica em priorizar a prevenção e detecção de agravos à saúde de forma precoce, o Programa de Pré-Natal de Baixo Risco na ESF

detectou precocemente uma gestação ectópica na paciente Ana Paula, relatada no Estudo de Caso Clínico (atividade 2), que, na tentativa de ter uma nova gravidez, desenvolveu uma gestação ectópica implantada na tuba uterina esquerda, com consequências psicológicas tanto para a paciente quanto para sua família. Foi realizado tratamento clínico efetivo com Metotrexato após encaminhamento da paciente ao Centro Obstétrico de referência.

Apesar de a ecografia obstétrica não fazer parte da lista de exames obrigatórios recomendados pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ela poderá ser solicitada para a gestante na presença de intercorrências clínicas: a paciente apresentava um exame β -hCG compatível com gestação, mas seguia com sangramento vaginal intermitente e iniciou com dor pélvica. Conforme descrito no Caderno de Atenção Básica de Pré-Natal: “embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A)”¹. Por isso, a indicação oportuna desta ecografia obstétrica, promoveu um diagnóstico precoce da gestação tubária e manejo clínico eficiente, sem complicações ou necessidade de internação hospitalar.

Além disso, diretrizes da ginecologia corroboram a conduta adotada, tanto no diagnóstico na ESF quanto no serviço terciário com a prescrição de tratamento clínico com Metotrexato: “O diagnóstico não invasivo da gravidez ectópica deve ser realizado precocemente, antes de ocorrer a ruptura tubária, combinando a ultra-sonografia transvaginal com a dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico; o tratamento com Metotrexato é uma conduta consagrada, podendo ser indicado como primeira opção de tratamento”². Ademais, a paciente apresentava as condições clínicas necessárias para o tratamento clínico: estabilidade hemodinâmica, β -hCG <5.000 mUI/mL, massa anexial <3,5 cm e ausência de embrião vivo².

Durante o ano de 2016 houve tentativa da equipe 2 da Unidade Érico Veríssimo de valorizar o conceito de Integralidade, um dos princípios do SUS, no acompanhamento desta família. O sistema de saúde deve estar preparado para entender o paciente e inseri-lo em seu contexto social e, a partir daí, atender às suas demandas e necessidades, articulando prevenção e tratamento.

A abordagem do contexto social e de saúde desta família envolveu o manejo clínico de uma gestação ectópica e suas consequências psicológicas e psiquiátricas em uma família desestruturada do ponto de vista emocional e financeiro. O município ofereceu uma abordagem terapêutica eficiente apenas da patologia obstétrica, mas falhou no serviço de assistência social e psiquiátrica, tanto para a paciente relatada quanto para seus filhos. Apesar de ter tido atendimento no CAPS, as consultas de retorno foram agendadas com intervalo de meses, o que não consideramos adequado para manejo de doença psiquiátrica descompensada. Além disso, não há NASF no município de Gravataí e o CAPS dá prioridade para os pacientes drogaditos, não dando conta do restante da população sem problemas de adição. O serviço social também não se responsabiliza ou atua de forma efetiva em relação aos menores em risco, mesmo com denúncias ao Conselho Tutelar de maus tratos às crianças da comunidade.

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar (VD) é uma estratégia consagrada na Atenção Primária, pois promove a avaliação do paciente e da família no seu ambiente de moradia. As informações adquiridas durante a VD fornecem substrato para um melhor manejo clínico e social, além de promover um maior contato da equipe de saúde com os pacientes. O fato de os pacientes observarem a equipe de saúde atuando na área adscrita ao seu domicílio permite um estabelecimento de maior vínculo e contribui no tratamento das famílias. Ademais, a busca por estratégias como a VD promove grande redução de custos na área da saúde, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais.³

A Atenção Primária tem como pilar a promoção da saúde, e, desta forma, a atuação da equipe por meio da VD permite que se faça a busca ativa dos pacientes sob risco, otimiza o manejo clínico dos que possuem dificuldade de locomoção até a unidade de saúde e contribui na reabilitação de pacientes já em tratamento prévio. Um dos princípios do SUS, a longitudinalidade, também é reforçada através da adoção dessa estratégia de atuação, promovendo seguimento a longo prazo das famílias cadastradas.³

Na ESF Érico Veríssimo, em Gravataí, a organização das VD tem sido muito precária e esta estratégia não é valorizada atualmente. Não são estabelecidos horários fixos reservados para as visitas e elas só são agendadas conforme demanda, e em casos

muito especiais. Durante o ano em que estive atuando, fui em VD somente em quatro oportunidades, atender apenas pacientes acamados e sem condições de vir até a unidade. Apesar de eu ter cobrado da equipe em inúmeras oportunidades a reserva de espaço na agenda somente para as visitas, não fui atendida: a razão justificada é que no tempo reservado para visitar os pacientes no domicílio, seria possível agendar diversas consultas clínicas, cuja demanda é muito grande, o que gera extrema ansiedade na equipe de saúde. Foi bem comum durante o ano a visita aos pacientes somente das técnicas de enfermagem, que faziam uma avaliação da condição de saúde do paciente e relatavam a situação informalmente à equipe. Considero extremamente inadequado a atenção dedicada às visitas domiciliares na ESF e discuti isso pessoalmente com a enfermeira responsável pela unidade, que referiu já ter abordado esse assunto com seus superiores.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O trabalho realizado durante o último ano na ESF Érico Veríssimo na zona urbana de Gravataí promoveu meu crescimento profissional como médica e consolidou a atuação da equipe na Atenção Primária. Acredito que recebi uma boa aceitação da comunidade e tive a oportunidade de atuar nas mais diversas áreas da medicina: puericultura; adolescentes; assistência pré-natal; ginecologia; idosos; doentes crônicos; saúde mental.

O curso de especialização agregou conhecimentos acadêmicos com a prática profissional, reforçou contextos clínicos comuns no cotidiano do médico da Atenção Básica, melhorando, desta forma, o manejo clínico dos pacientes.

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção atuando especificamente no Grupo de Gestantes da unidade, promoveu interação e troca de conhecimentos técnicos entre diversos profissionais de área da saúde: médicos, enfermeiros, nutricionista e psicólogo, além de contribuir para a comunidade, fornecendo informações às gestantes sobre a nova realidade da família com a chegada do bebê. Essa abordagem multidisciplinar promove redução dos agravos à saúde a curto e longo prazos na comunidade, melhorando os índices de saúde no município e reduzindo custos.

Considero que os maiores desafios que tive durante o ano de atuação na comunidade foi ter que lidar com a falta de adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, além de ter que aprender a lidar com os recursos limitados do sistema de saúde. Além disso, atuar em uma área de extrema vulnerabilidade social promove intensa insegurança à equipe. Como exemplo, posso citar o caso em que atendi um bebê com grave doença dermatológica cujos pais não compareciam com a criança ao especialista

encaminhado. Após minha insistência de que era necessário que levassem o paciente ao especialista, recebi ameaças pessoais da família.

Programas governamentais como o PROVAB e o Mais Médicos promovem a atuação de médicos em comunidades mais vulneráveis e de difícil acesso, entretanto considero que apenas um ano, que foi o tempo de duração do programa em que atuei, dificulta o manejo clínico dos pacientes a longo prazo e enfraquece a confiança da comunidade às equipes de saúde.

Acredito que um dos maiores avanços na área da saúde no Brasil recentemente tenha sido a implantação do Telessaúde. Utilizei esse recurso com muita frequência, discuti casos extremamente complexos que sem o auxílio desses especialistas, teriam gerado mais encaminhamentos desnecessários e atrasos no manejo clínico dos pacientes.

Durante este ano de atuação na ESF Érico Veríssimo tive algumas dificuldades e desafios como: viajar diariamente de Porto Alegre para o município de Gravataí; insegurança no bairro onde a unidade se localiza; vulnerabilidade social e pobreza extrema da comunidade; dificuldades impostas pelo sistema de saúde como restrição de recursos e demora em encaminhamentos; precariedade física na unidade como falta frequente de luz, internet e alagamentos após chuvas; dificuldades de relacionamento nas equipes de saúde; dificuldades em relação ao tempo para realizar as atividades teóricas e estudar para as provas da residência médica. No entanto, acredito que a experiência adquirida me proporcionou um grande enriquecimento tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal, fiz grandes amizades com os colegas na unidade de saúde, aprendi a ser uma médica com mais conhecimento técnico, mais paciência e mais empatia, qualidade que considero a mais importante no profissional que atua na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Elito Junior j, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Unruptured ectopic pregnancy – diagnosis and treatment. State of art. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(3):149-59
3. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.)

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

Martina Schaan de Souza

**APRIMORAMENTO DO GRUPO DE GESTANTES - COM ÊNFASE EM AMAMENTAÇÃO
E PLANEJAMENTO FAMILIAR - EM UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ - RS**

**Porto Alegre
2017**

SUMÁRIO

1. Introdução	19
2. Problema	19
3. Justificativa	20
4. Objetivos	20
4.1 Objetivos Gerais	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5. Revisão de Literatura	21
5.1 - Pré-Natal	21
5.2 - Amamentação	22
5.3 - Planejamento Familiar	23
6. Metodologia	23
7. Recursos Necessários	25
8. Cronograma	25
9. Resultados Esperados	25
Referências	26

RESUMO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é imprescindível na saúde materna e neonatal. Apesar de a assistência pré-natal não prevenir as principais complicações do parto, algumas intervenções no período pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e prevenir a mortalidade materna e neonatal. Assim, a atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento adequado das intercorrências, garantia de suporte nutricional e aconselhamento sobre planejamento familiar. No Brasil, os programas de saúde vêm organizando o planejamento pré-natal, e por isso vem-se registrando aumento do número de consultas por mulher que realiza o parto no SUS. Além disso, as evidências confirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não somente por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como médicos clínicos gerais e enfermeiros. A Unidade de Saúde da Família Érico Veríssimo, localizada em zona urbana de Gravataí, Rio Grande do Sul, apresenta uma população de cerca de 12.000 pessoas, sendo que em média 80 gestantes estão vinculadas ao programa de pré-natal. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com a população de gestantes promovendo ações educativas com impacto não somente no período gestacional, mas também no pós-parto e a longo prazo. Tem-se como objetivo, então, aprimorar o Grupo de Gestantes já existente, introduzindo assuntos de extrema relevância como Amamentação e Planejamento Familiar, que irão resultar em um melhor suporte a essa população. Dessa forma, será ampliado o vínculo com a equipe de saúde, haverá melhor entendimento de todas as modificações que uma nova gestação promove na vida da mulher e da família, além de promover a qualificação da equipe no atendimento a essas pacientes.

Palavras-chave: Saúde da Família; Gravidez; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde na gestação é um trabalho fundamental na assistência pré-natal, pois contribui para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da gestante. Trata-se de uma medida que também favorece o estabelecimento de uma relação comprometida entre a equipe de saúde, as gestantes, seus companheiros e demais membros de sua família ².

A atenção à gestante inclui ações de promoção da saúde e prevenção, bem como o diagnóstico e tratamento de situações que possam prejudicar a evolução da gestação. Em geral, considera-se um bom acompanhamento pré-natal aquele que tem início no primeiro trimestre de gestação e uma rotina de consultas sistemáticas, seguindo um protocolo básico de avaliações e exames ^{3,4}.

Por vezes, o excesso de atendimentos da demanda espontânea impede o planejamento de ações programadas (grupos operativos e educação em saúde), o que torna a assistência e as atividades educativas fragmentadas, criando um círculo vicioso que não traz resolutividade para os problemas apresentados. Em decorrência disso, muitas vezes o trabalho em grupos é colocado em posição secundária, perdido em meio às inúmeras tarefas que os profissionais de saúde têm que desempenhar em seu cotidiano ⁵.

Assim, valorizando o princípio ético da Integralidade do SUS, urge que se priorize o atendimento à gestante em toda a sua complexidade, desde as consultas individuais onde serão realizadas as rotinas fundamentais de assistência pré-natal, até um acompanhamento mais amplo de todas as suas expectativas, medos, dúvidas em relação à gestação, promovendo intercâmbio de experiências, tornando a educação em saúde mais efetiva ⁴.

A periodicidade dos encontros e a discussão de temas adequados possibilita também o reconhecimento precoce por parte das gestantes e dos profissionais de saúde de situações de risco. Dessa forma, o aprimoramento do Grupo de Gestantes da Unidade de Saúde da Família Érico Veríssimo, será a estratégia utilizada pela nossa equipe a fim de melhorar o atendimento a esse seguimento da comunidade ¹.

2. PROBLEMA

A ESF Érico Veríssimo localizada na zona urbana de Gravataí - RS, conta com três equipes médicas, e, atualmente, há uma grande demanda por consultas de pré-natal e de puericultura, gerando sobrecarga frequente na agenda médica e de enfermagem e,

consequentemente, prejudicando o vínculo com a equipe e impedindo o planejamento de ações programadas em educação.

Muitas vezes, orientações fundamentais sobre o pré-natal, parto, pós-parto, amamentação, cuidados com o bebê e planejamento familiar acabam não sendo dadas às pacientes individualmente. Por isso, o Grupo de Gestantes é um recurso fundamental na educação dessas mulheres.

Atualmente, estão vinculadas ao programa de pré-natal uma média de 80 gestantes, a grande maioria delas composta de adolescentes e oriundas da área mais humilde da região.

3. JUSTIFICATIVA

O vínculo com a equipe de saúde é fundamental para a educação em saúde. O tempo disponível para cada consulta e o excesso de atendimentos resulta em dificuldades nas orientações à gestante, reduz oportunidade de esclarecer dúvidas, além de gerar ansiedade tanto na paciente quanto na equipe. O Grupo de Gestantes se torna, assim, estratégia que contribui para a educação das mulheres e de suas famílias, permite identificação de situações de risco, melhora a adesão na manutenção de hábitos saudáveis, e, consequentemente, gera impacto nas estatísticas referentes à morbimortalidade materna e infantil – objetivo central do programa de pré-natal do Ministério da Saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Aprimorar a assistência ao pré-natal e o vínculo com a equipe de saúde introduzindo novas abordagens no Grupo de Gestantes, com ênfase em Amamentação e Planejamento Familiar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os temas mais relevantes a serem abordados nas reuniões.
- Identificar as gestantes em situações de risco realizando busca ativa das que não frequentam a unidade regularmente.
- Promover intervenções comportamentais que melhorem a comunicação e o vínculo com a Equipe de Saúde.

- Oportunizar esclarecimentos de dúvidas e medos em relação à gestação e ao pós-parto.
- Dar ênfase a assuntos de extrema relevância e custo-efetivos como amamentação, enfocando os benefícios de curto e longo prazo, tanto para o neonato quanto para a nutriz.
- Conduzir o planejamento familiar, orientando quanto à disponibilidade, utilização e indicação de métodos contraceptivos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 PRÉ-NATAL:

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres destinadas a esta experiência - hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Mas certas intervenções durante a gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno. As estratégias mais importantes constituem intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante a gestação ⁴.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 a Rede Cegonha, com um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado a gravidez, parto e nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento ¹.

Entre as atribuições da equipe de saúde, a criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância e estimulada pelo Ministério da Saúde, afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias ¹.

Uma das formas de reestruturar o processo de trabalho são as atividades em grupo que se constituem em ferramentas oportunas para redirecionar a assistência, humanizar os serviços de saúde e fortalecer o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde ⁸.

5.2 AMAMENTAÇÃO

Até meados do século passado, era comum as mulheres darem a luz a muitas crianças, sendo que muitas delas morriam já na primeira infância. Três estratégias adotadas pelo governo brasileiro nas últimas décadas mudaram definitivamente a realidade da população em relação à mortalidade infantil e à expectativa de vida: saneamento básico, vacinação e amamentação ⁶.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Ele está associado ao melhor crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do recém-nascido reduz a probabilidade de doenças atópicas, diarreias, doenças respiratórias e cardiovasculares. Estudos populacionais evidenciam que o aleitamento exclusivo até o 6º mês de vida reduz em 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças até os 5 anos ⁶.

Além do importante componente imunológico que compõe o leite materno, ele tem uma série de outros benefícios em comparação com o leite de vaca, ainda muito utilizado na alimentação de recém-nascidos: tem maior biodisponibilidade de ferro, evitando anemia; tem maior quantidade de albumina e menos de caseína (que tem difícil digestão); tem menos sódio, reduzindo a sobrecarga renal; tem mais lactose, conferindo maior ganho em calorias ⁶.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro. Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros ⁶.

Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a. Assim, se destaca o papel da Atenção Primária e as equipes de ESFs na promoção da amamentação, e

através do Grupo de Gestantes, estaremos promovendo a educação da comunidade em relação a esse assunto de extrema importância ⁶.

5.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as ⁷.

Assim, é papel das equipes de ESF garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. É fundamental neste contexto, que esse assunto seja mais abordado durante as consultas médicas e as atividades em grupo, por isso consideramos de extrema relevância dar papel de destaque ao assunto Planejamento Familiar nas atividades mensais do Grupo de Gestantes ⁷.

6. METODOLOGIA

Este projeto clínico com intervenção consiste em reuniões mensais com a equipe da ESF juntamente com as gestantes vinculadas ao programa de pré-natal na unidade. As reuniões do Grupo de Gestantes ocorrem na última terça-feira de cada mês, e incluem as gestantes de todas as idades e de todas as idades gestacionais que estão vinculadas ao pré-natal na ESF Érico Veríssimo e seus familiares. Participam também os profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e ACS, e, eventualmente, psicólogo e nutricionista. Inicialmente, o projeto será apresentado à equipe de saúde, para que haja um planejamento conjunto sobre os objetivos, métodos e resultados esperados, além do desenvolvimento do cronograma das atividades. Posteriormente, e durante toda a duração do projeto, serão reconhecidas as pacientes elegíveis para o projeto por meio de revisão de prontuários e busca ativa na comunidade (destacando neste ponto a participação fundamental dos ACS).

A elaboração dos assuntos abordados foi definida com a equipe valorizando os seguintes itens: assuntos abordados e bem avaliados em reuniões do Grupo de Gestantes dos anos anteriores; assuntos não abordados sugeridos pelas próprias gestantes em 2015; sugestões do Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde. Assim, foi acordado que os tópicos abordados ao longo do ano seriam os seguintes:

1. Apresentação do curso e importância do acompanhamento de pré-natal;
2. Cuidados com o bebê, higiene e preparação da bolsa para o hospital;
3. Modificações corporais, emocionais da gestação e sintomas comuns;
4. Atividade física na gestação;
5. Sexualidade na gestação e prevenção de DSTs;
6. Gestação na adolescência;
7. Vacinas, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, medicações para o bebê;
8. Parto e puerpério;
9. Anticoncepção e Planejamento Familiar;
10. Saúde mental: Depressão e violência doméstica;
11. Amamentação;
12. Saúde bucal da gestante e do bebê;
13. Alimentação saudável;
14. Sinais de alerta.

Além dessas atividades no Grupo de Gestantes, por iniciativa de voluntárias da Pastoral da Igreja Católica na Área 3, foi realizada no dia 15/julho uma palestra para a comunidade na sede da Pastoral, abordando o assunto: DSTs e Planejamento Familiar, com participação de mulheres em idade reprodutiva e seus familiares, equipe de saúde e as voluntárias da Pastoral.

No mês de dezembro, será realizada uma celebração de final do ano, com sorteio de uma cesta de presentes com utensílios para o bebê para uma das gestantes. Os itens serão adquiridos voluntariamente por diversos funcionários da ESF. No mês de janeiro, haverá uma avaliação das atividades realizadas durante o ano no Grupo de Gestantes.

7. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS NECESSÁRIOS

Este projeto utilizará materiais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí na ESF. Além dos prontuários médicos das pacientes, materiais de consumo, o espaço físico (sala de reuniões) e os computadores utilizados serão os disponíveis na unidade de saúde. Haverá participação de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, ACS, técnicos de enfermagem, nutricionista e psicólogo.

8. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Cronograma das atividades do Grupo de Gestantes								
	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Set/16	Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/16
Reunião para orientações da equipe	X							
Palestra na Pastoral sobre DSTs e Planejamento Familiar		x						
Identificação das gestantes na comunidade	X	x	x	x	x	x	x	x
Atividades mensais do Grupo	X	x	x	x	x	x	x	x
Celebração de fim do ano e sorteio de cesta de presentes							x	
Avaliação do Grupo pelas pacientes								x

9. RESULTADOS ESPERADOS

Por meio dessa atividade mensal com as gestantes, espera-se que ocorra um maior entendimento de todas as modificações de curto e longo prazo que uma nova gestação promove na vida da mulher: modificações corporais, na rotina da família, nos custos financeiros e na atenção que a paciente deve ter com a sua saúde e com o bebê. É provável que a paciente se sinta mais confortável e acolhida pelo sistema de saúde ao se estabelecer maior vínculo com a unidade e com a equipe, e isso se reflete em mudanças de hábitos e melhoria dos indicadores de saúde na comunidade.

O encontro pré-programado com a equipe torna a paciente protagonista no planejamento e nos cuidados em saúde de toda a família, e, ademais, permite uma qualificação da equipe no atendimento a essas pacientes. Além disso, a busca das gestantes que não comparecem às atividades mensais no Grupo e nas consultas de pré-natal, permite que se identifiquem situações de risco para manejo ativo da equipe de saúde.

10. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Pelicioni MCF. A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança. In: Spalacci MDB, Costa MTZ, Melleiro MM, organizadoras. Gravidez e nascimento. São Paulo: EDUSP; 2002. p15-8.
3. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6;(10):CD000934
4. Calderon, IMP, Cecatti, JG, Vega, CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006, vol.28, n.5, pp. 310-315.
5. Vieira, Manayá de Souza. Grupo de Gestantes na Equipe de Saúde da Família: Proposta de Implantação no Centro de Saúde Confisco, Belo Horizonte, Minas Gerais. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização de em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG. 2011
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico / Secretaria de Políticas de Saúde da Mulher – 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

8. TEIXEIRA, Renata. Grupo Operativo: um desafio para os profissionais de saúde da família. Trabalho de conclusão de curso da Especialização Processos Educativos em Saúde, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2009