



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ/SE

CLEDISON SANTOS RAMOS

NATAL/RN
2020

PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARAUÁ/SE

CLEDISON SANTOS RAMOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: CECILIA NOGUEIRA
VALENCA

NATAL/RN
2020

Agradeço a Deus e minha família



Dedico aos meus pais



SUMÁRIO

Sumário

1 Introdução

2 Relato da microintervenção

3 Considerações finais

4 Referências

1. INTRODUÇÃO

introdução

A cidade de Arauá situa-se no sul do estado de Sergipe, possui uma população de aproximadamente 10 mil habitantes e tem um IDH baixo, sua economia é baseada na agropecuária, onde a agricultura é representada pelo cultivo de laranja, limão e mandioca, e a pecuária conta com a criação de animais como boi e porco. Sendo assim o município é dividido em diversos povoados, muitos deles afastados da cidade justamente por conta da localidade das fazendas que sustentam seu PIB, este tipo de economia leva a população ativa a morar com suas famílias longe da cidade.

A equipe 2 do PSF, a qual faço parte, está inserida neste contexto de povoados, nossa equipe conta com um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de enfermagem, 8 ACS e três recepcionistas. Temos quatro postos de atendimento, porém cobrimos 7 povoados, Palmeirinhas, Poços, Deus proverá, Progresso, Olhos D'água, Sucupira e Sapé. De forma geral a estrutura dos postos é ruim, falta água, não há climatização e no povoado Deus proverá os atendimentos são feitos na casa de um dos pacientes. A população abrangida, aproximadamente 2500 usuários, é na grande maioria, constituída por pessoas carentes de recursos e estudos que dependem do SUS.

Visto essa quantidade de usuários carentes é possível avaliar as dificuldades que esta população tem no planejamento familiar, em decorrência disto o que vemos é a desordem já no início da formação da família, ou seja, já na gestação. O início da vida é o ponto de partida para uma saúde melhor, desta forma foi escolhido esta área para intervenção. O segundo tema de intervenção escolhido visa a continuidade do cuidado dos pacientes com doenças crônicas, pois na nossa comunidade temos um número crescente de pacientes com múltiplas comorbidades que não aceitam por completo as orientações dadas e acabam dificultando o controle das suas doenças, além disso o fator econômico pioram ainda mais o alcance das metas estabelecidas.

Por último, decidimos trabalhar na conscientização, prevenção e tratamento do câncer na atenção primária, isso porque ainda é considerável o número de mulheres e homens na nossa comunidade que se recusam a serem submetidos aos testes de prevenção destas comorbidades, por vezes nem sabem da importância do diagnóstico precoce. Também levamos em consideração na escolha deste tema o fato de existir ainda, principalmente entre os mais velhos, um grande temor com relação ao câncer.

Visto tudo isso, temos como principais objetivos: Inserir o conceito de planejamento familiar entre os jovens e os pais deles com o objetivo de estruturar as famílias desde o início, acompanhar a gravidez até o puerpério de forma mais aproximada para entender melhor as necessidades dos pais e seus filhos; Solucionar os diversos empecilhos que dificultam o

tratamento dos pacientes com doenças crônicas, avaliar as necessidades e dificuldades desse grupo específico para agir diretamente no problema. Por fim temos como objetivo final conscientizar a população sobre a importância da prevenção e tratamento do câncer bem como melhorar o acesso dos pacientes ao tratamento destas comorbidades.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Programa Mais Médicos

Cledison Santos Ramos

Relato de intervenção

Introdução

Sabemos que o planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996. (Constituição Federal. Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996)

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. O planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. (Assistência em planejamento familiar MS 2002)

Sendo assim, podemos concluir que a família desempenha uma importante função na promoção de cuidado simples para seus membros. Ela, hoje em dia, está no núcleo das funções de cuidado e a maior parte dele acontece no dia-a-dia, nas necessidades físicas e psicológicas. (Silva , 2009)

Essa família vem diminuindo em termos numéricos, desde a década de 1980 observa-se um processo de redução das taxas de fecundidade no Brasil, passando de 4,4 em 1980 para 2,3 em 2000 e 2,0 em 2007 (BRASIL, 2000, 2007). Apesar do declínio da fecundidade em todas as classes sociais ainda são encontrados valores mais altos em famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis. Como consequência, observaram-se taxas de fecundidade mais altas nas regiões Norte e Nordeste. (Sidney, 2010) Sabemos que nestas regiões encontramos deficiência no tocante ao planejamento familiar.

Essa falta de planejamento e também a precocidade das gestações podem comprometer a trajetória social, educacional e econômica das famílias, frequentemente gerando um ciclo vicioso, onde baixos índices de desenvolvimento associam-se ao aumento inadvertido das famílias, que por sua vez, tende a agravar as condições socioeconômicas. Gestações não planejadas também estão associadas à depressão pós-parto, gravidez na adolescência (GA) e aumento da prática de aborto, mobilizando recursos consideráveis do estado (DUARTE, 2006; MORAES, 2006; VIEIRA, 2007).

Abordar esse tema na estratégia da saúde da família implica em melhorar indicadores

básicos de saúde como: redução da gravidez na adolescência; redução das doenças sexualmente transmissíveis; menor abandono das atividades escolares; mães bem preparadas e crianças bem cuidadas; menor abandono de recém-nascido. (Silva, 2014)

Além do planejamento familiar, Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção. (Manual técnico de pré-natal, Brasília DF 2006)

O território coberto pela ESF 2 do município de Arauá conta com cerca de 800 famílias e 2800 pessoas distribuídas em sete pequenos povoados. Nos primeiros seis meses do ano de 2020 foram contabilizadas oito gestantes com menos de 20 anos, sendo três delas com menos de 16. Uma destas pacientes, moradora de um assentamento, foi diagnosticada com Sífilis no início da gravidez, foi tratada juntamente com seu companheiro, mas se infectou novamente durante a gestação, seu filho nasceu a termo, porém com baixo peso e acabou falecendo no período neonatal sob condições que ainda estão em investigação.

Como foi exposto na introdução do TCC, a nossa área é formada, em sua grande maioria, por comunidades carentes com difícil acesso ao emprego, no entanto vemos que a natalidade nestas comunidades ainda é considerável, isso não proporciona boas condições para o desenvolvimento das crianças. Muitas destas crescem em um ambiente familiar tão decadente que para deixar essa situação acabam vendo como única solução sair de suas casas para constituir suas próprias famílias sem ter condições para tal, isso se torna um ciclo vicioso difícil de quebrar sem uma atuação política forte.

Outra dificuldade da nossa comunidade relacionada ao planejamento familiar e pré-natal encontra-se no fato de os pais mais humildes moradores da área rural terem dificuldade em conversar com seus filhos sobre sexualidade, transformando o tema em tabu. Essa relação perdida entre pais e filhos é um dos fatores que proporciona o início da vida sexual cada vez mais cedo e sem a devida precaução por parte dos adolescentes, gerando a gravidez não desejada e, por vezes, gerando até uma família não planejada pelo jovens que não desejam se casar, mas são obrigados a isso com a vinda do filho. Além de tudo que foi citado, temos ainda o risco de infecção por DSTs.

Além disso existe uma demora na entrega dos exames solicitados para as gestantes, diminuindo assim a qualidade do nosso pré-natal, pois foi observado que todas as gestantes da nossa área tinham acompanhamento preciso por parte de todos os profissionais da equipe, que

está completa, porém muitas chegavam a entregar exames com um atraso inaceitável, essas pacientes relatavam sempre que marcavam os exames, porém passava-se muito tempo para receber o resultado, dificultando assim o tratamento das mesmas quando este se fazia necessário.

Metodologia

O plano para a microintervenção foi elaborado em algumas reuniões que foram feitas com a participação de toda a equipe, (Anexo 1) cada agente comunitário de saúde trouxe a realidade da sua área de cobertura, que fica situada nos seguintes povoados: Sapé, Deus proverá, Sucupira, Progresso, Olhos D'água, Palmeirinhas e Poços. Exceto pelo povoado Sucupira, todos os outros povoados são de difícil acesso, mesmo na própria microárea as casas são distantes umas das outras, isso dificultou muito a logística de atuar em conjunto com todas as microáreas, sendo assim foi decidido fazer intervenções em cada uma das sete microáreas.

Nestas reuniões foram elucidados os nós críticos: A situação econômica da população da nossa área; A falta de emprego; A falta de comunicação entre os membros da família/ falta de conhecimento do tema por parte dos mesmos e a dificuldade de algumas gestantes em receber os resultados dos exames solicitados.

Tendo os nós críticos em mente foi feita uma intensa reflexão de como abordá-los para elaboração do plano de intervenção e foi decidido que a abordagem deveria ser feita com intervenções que tivessem efeito em curto prazo. Como resolução de alguns destes pontos estavam muito além de nossa capacidade decidimos por intervir no nó principal ao qual tínhamos acesso fácil.

Foi decidido que seriam feitas reuniões semestrais com público alvo específico para educação continua sobre o tema, esse público escolhido deveria passar as informações para os demais para perpetuar a importância do planejamento familiar assim como do pré-natal e puerpério.

Em anexo 2 podemos ver uma destas reuniões feita na comunidade Progresso, discutimos os temas abordados acima com ênfase no início da família, onde está a base da nossa comunidade. Entendemos que a atuação deve ser continua para perpetuarmos a ideia da importância do tema.

Resultados alcançados

As reuniões ocorreram com a participação da população em cada povoado, onde o tema foi abordado por meio de palestras e, posteriormente, em rodas de conversa onde todos os participantes foram estimulados a contribuir com opiniões sobre o tema ou simplesmente contando relatos de como o assunto abordado tinha relação com suas vivências.

Tivemos um ótimo feedback durante as reuniões, os pacientes fizeram questionamentos e

foram participativos, opinaram sobre os problemas que levam a gravidez precoce, falaram das dificuldades encontradas em realizar os exames do pré-natal. Por enquanto o impacto dessas reuniões e aconselhamentos semestrais nas famílias arauenses ainda não podem ser verificados nos indicadores, mas estamos certos de que conseguimos conscientizar os participantes da ideia central do tema.

Foi solicitado nas primeiras reuniões que os participantes divulgassem o tema na comunidade e isso se refletiu em um número maior de participantes nas outras reuniões, da mesma forma que mais pacientes perguntaram sobre o tema durante as consultas subsequentes multiplicando assim o conhecimento.

Continuidade das ações

Infelizmente as reuniões subsequentes já programadas não puderam ser realizadas por conta da pandemia do corona vírus, porém a cada consulta de pré-natal ou em qualquer outra oportunidade o tema é sempre revisto por toda equipe.

Tivemos como principal desafio a decisão de abordar ou não os aspectos políticos dos problemas assim como tentar resolvê-los, outro problema foi a adesão da comunidade a ideia de disponibilizar um tempo para palestras. No fim todos ficamos satisfeitos com o resultado e ansiosos por ajudar mais em outros temas de mesma relevância.



Anexo 2 Intervenção.



Anexo 1

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos como principal desafio a decisão de abordar ou não os aspectos políticos dos problemas assim como tentar resolvê-los, outro problema foi a adesão da comunidade a ideia de disponibilizar um tempo para palestras. No fim todos ficamos satisfeitos com o resultado e ansiosos por ajudar mais em outros temas de mesma relevância.

Sabemos que as dificuldades enfrentadas pela população no tocante ao tema vão além da falta de conhecimento, o fator sócio-econômico muitas vezes é a causa da falta de planejamento familiar e esse problema vai muito além de nossa capacidade de resolução. Como exemplo algumas pacientes gestantes relataram que um dos principais fatores que as levaram a querer ter mais filhos foi a remuneração do programa bolsa família que iria aumentar.

Outro problema que não tínhamos em vista e que acabou afetando muito o nosso trabalho foi a Pandemia da COVID-19, pois toda a nossa intervenção era baseada em reuniões, sem possibilidade de nos reunirmos não houve como dar continuidade a educação continuada programada.

Minha experiência com a microintervenção foi ótima, conheci mais o território e as pessoas, conheci melhor os agentes comunitarios de saúde, pois tive varios momentos descontraidos durante as reuniões para planejamento das microintervensões. visitei locais de grande vulnerabilidade social para entender melhor a necessidades das familias e tive a satisfação de ajudar um pouco os pacientes compartilhando a unica riqueza que fica para sempre, o conhecimento. É com a educação que podemos mudar o Brasil.

4. REFERÊNCIAS

Referencias

Assistencia em planejamento familiar. Ministerio da Saude. Secretaria de Politica da saúde. Área técnica de saúde da mulher. 4 edição, Serie A. normas e manuais técnicos; n 40 Brasilia DF 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Brasília, 2000

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais - 2007. Brasília 2007.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica (online), vol.19, n.4, pp. 236-243, 2006.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev. Saúde Pública(online), vol. 40, n.1, p p. 65-70, 2006.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. Ciênc. saúde coletiva (online), vol. 12, n.5, p p. 1201 - 1208, 2007.)

Silva, K . M. Planejamento familiar: uma estratégia no programa de saúde da familia. 2009.

SIDNEY, M . V . Planejamento familiar na estratégia de saúde a família. NESCOM/UFMG. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. 2 ed. Belo horizonte:Nescom/MG. 2010.

Silva, A. C . R. PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM PLANO DE AÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE. MG 2014.

LIMA, M. A. R. O. LIMA, L. O. Planejamento Familiar: Conflitos e Soluções. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder.Florianópolis, agosto de 2008.

Constituição da Republica Federativa do Brasil (BR). Art. 226, parágrafo 7, Cap 7: Da Família, Da Criança, Do Adolescente e Do Idoso. Brasília (DF); Senado Federal; 1988.

Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1996.

Pré-na tal e puerpério, Atenção qualificada e Humanizada . Ministerio da Saude. Serie direitos sexuais e direitos reprodutivos - Caderno n 5. Brasilia DF 2006.