

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

Mildrey Diaz Diaz

CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF MEDIANEIRA

Porto Alegre

2017

MILDREY DIAZ DIAZ

CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF MEDIANEIRA

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Farias De Lima Neto

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1. Introdução -----	4
2. Estudo de Caso Clínico -----	6
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção -----	15
4. Visita domiciliar/Atividade no domicílio -----	20
5. Reflexão Conclusiva -----	25
6. Referências -----	27
7. Anexos: Anexo 1 – Projeto de Intervenção -----	31

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mildrey Diaz Diaz, tenho 32 anos, sou natural do estado Holguín de Cuba. Comecei minha formação com meus estudos de medicina em 2002, no Instituto de Ciências Médicas “Mariana Grajales Coello” província Holguín em Cuba; onde foi conferido meu Título de Doutor em Medicina em agosto de 2008. De novembro desse mesmo ano até maio do 2009 ao pertencer à brigada Internacionalista Henry Reeve, eu fiz um Diplomado em Medicina Intensiva e Urgências que me permitiu trabalhar no Hospital Clínico Cirúrgico Carlos Fornt Pupo em Banes, Estado do Holguín, até outubro desse ano que foi prestar serviço a Venezuela por quatro anos. Em novembro de 2013 comecei minha especialidade onde foi conferido no ano 2015 com o Título de Especialista do Primeiro Grau em Medicina Geral Integral.

Em agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Estou lotada na Estratégia Saúde da Família (ESF) Medianeira, município Veranópolis-RS. O pequeno município de Veranópolis situa-se na Serra Nordeste do estado do Rio Grande do Sul- RS, e possui uma população estimada de 24,885 habitantes que em sua maioria moram na cidade (IBGE, 2015)

A ESF Medianeira está localizada na rua Domingos José Farina, cuja área de abrangência é o bairro Medianeira. A população atendida abrange um total de 3098 usuários, distribuídos em 1.014 famílias cadastradas (segundo o sistema de cadastro das famílias fornecidos pelos ACS da equipe). O território adscrito à ESF está dividido em seis micro áreas, das que duas são de maior risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico assim como maior número de usuários dependentes do consumo de drogas, as restantes estão representadas por pacientes majormente idosos. Há duas igrejas católica e duas igrejas evangélicas, uma escola pública de ensino fundamental, uma creche e uma pequena quadra de esporte alameda.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) e as Infecções Respiratórias Agudas (IRA).

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi: “Intervenção educativa sobre infecções respiratórias em crianças assistidas pela ESF Medianeira” (Anexo I) , considerando que Veranópolis conta com um clima do tipo temperado, mesotérmico, brando, úmido e sem seca e no mesmo dia as condições climáticas variam muito e

não é difícil iniciar o dia com temperaturas baixas que rapidamente aumentam com a presença ou não de chuva o que predispõe o desenvolvimento ou agravo de algumas doenças como as infecções respiratórias, principalmente nas idades iniciais da vida levando-lhes a procurar atenção médica nas instituições de saúde existentes. Este estudo teve a finalidade de aumentar e aprofundar na identificação das causas que levam as crianças a desenvolver IRA; desenvolver a maior quantidade de ações de educação em saúde para as necessidades identificadas relativas às IRA nos participantes a fim de diminuir os casos já existentes, os riscos de surgimento de novas IRA e aumentar em nível de conhecimento dos envolvidos sobre as infecções respiratórias em crianças.

ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

ESF Medianeira

ANAMNESE:

Identificação

Nome: IBP

Idade: 48

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado civil: Casado

Profissão: Fruteiro

Naturalidade: Veranópolis / RS

Residência Atual: Bairro Medianeira

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça e tonturas.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (12/06/2017)

Paciente que relata quadro de Hipertensão Arterial (HAS), diagnosticado há 5 anos, em tratamento com Losartana 50mg 01 cp pela manhã e Hidroclorotiazida 25mg 01 cp pela manhã que atualmente só está aderido à Losartana 50mg 01 cp pela manhã por decisão própria. Com história de mais de três dias com dor de cabeça e tonturas, na tarde foi mais intensa a dor de cabeça, localizada na região frontal e da nuca pelo que foi ao plantão onde foi medicado com Captopril 25mg 01 cp esmagado sublingual por Pressão Arterial (PA) de 180/100mmHg e lhe recomendaram procurar assistência médica na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na data supracitada, onde refere manter dor de cabeça de igual localização leve e sem tonturas. Aferiu-se PA: 170/100mmHg na triagem.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais:

BEG, normocorado e eupneico;

Cabeça e Pescoço: cefaleia occipital leve sem outras queixas;

Tórax: Nega tosse dificuldade respiratória;

Abdome: Nega epigastralgia, pirose; vomito e diarreia

Sistema Geniturinário: Nega disúria, PSA feito há pouco tempo e normal

Sistema endócrino: Nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: Com dor nas articulações ao acordar, ligeira rigidez que melhoram com o transcurso do dia

Sistema nervoso: Nega convulsões, nega amnésia, paresia, paralisia e desmaios.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos: Nascido de parto normal é o terceiro filho de três filhos,

Patológicos: Doenças da infância: (Sarampo, Parotidites); Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Antecedente Cirúrgico: Não

Alergia a Medicamentos: Nega alergias,

Medicamentos em uso: Losartana 50mg 01 cp pela manhã

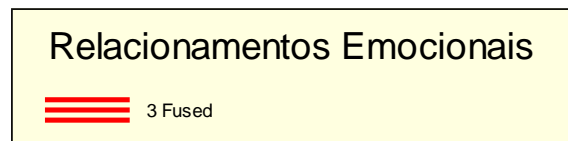
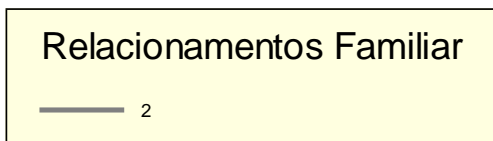
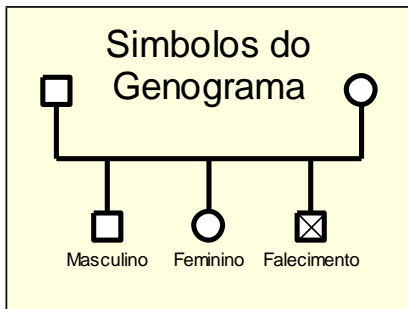
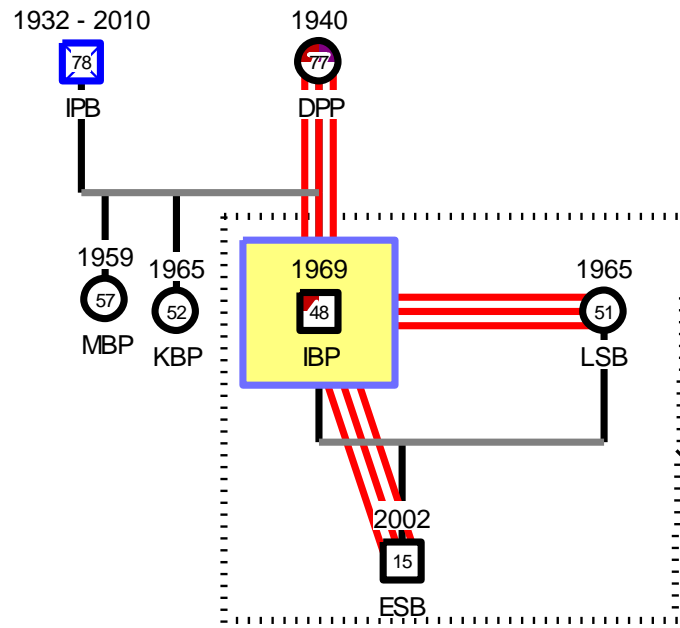
ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido: Alcoólico, falecido num acidente de trânsito.

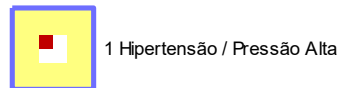
Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II, Adenoma de Hipófise

GENOGRAMA:

(Nomes fictícios)



- 4
- 1 Hipertensão / Pressão Alta, Diabete
- 1 Alcoolismo



Condições de vida:

Alimentação: Come poucas verduras e frutas. Dieta abundante em alimentos fritos, maionese, manteiga, nata e creme de leite.

Moradia: Mora numa casa de alvenaria, com 02 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 1 banheiro. Água encanada. Mora com sua esposa e seu filho.

Atividades físicas: Caminhadas 1 hora uma vez ao dia por 6 dias por semana.

História ocupacional: Trabalha como fruteiro há mais de 15 anos

Vícios: Nega vícios

Condições socioeconómicas: É aceitável. Esposa também trabalha há mais de 10 anos de educadora numa creche.

Vida conjugal e relacionamento familiar: Relacionamento bem fusionado com a esposa, seu filho e sua mãe. Bom relacionamento com as irmãs que não moram com ele.

EXAME FÍSICO GERAL

Somatoscopia: Paciente com bom estado geral, consciente e orientada no tempo e espaço, fâcies não característica de processo patológico, linguagem normal, biótipo normolíneo, atitude voluntária.

Mucosa: corada, anictérica, acianótica, hidratada. Afebril ao toque.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,3°C;

PA: 170x100 mmHg;

FC: 78 bpm;

FR: 18 irpm.

Medidas Antropométricas:

Peso: 80 Kg, Altura: 178 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 25,6 Kg/m² (Sobrepeso)

REGIONAL E SISTEMAS

Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, sem de linfonodomegalia. Tireoide de consistência, mobilidade e tamanho normais, não visível nem palpável. Orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax: Típico, simétrico; respiração torácica, eupneico, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem à inspeção, com expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações à palpação. Sem alterações à percussão. Com Murmúrio Vesicular (MV) universalmente audível, sem estertores;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmico em dois tempos, sem sopros cardíacos.

Abdome: Plano, sem deformidades, que segue os movimentos respiratórios, ausência de circulação colateral. Ruídos Hidroaéreos (RHA) normais; com sonoridade normal de cada região à percussão. Sem dor à palpação superficial e profunda, com ausência de organomegalias e/ou massas. Sem sinais de irritação peritoneal.

SNC: Consciente cooperativo, orientado em tempo, espaço e pessoa, com linguagem clara e bem articulada. Sem rigidez do pescoço. Com pupilas isocóricas e reativas à luz.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de varizes e ou micro varizes

Hipótese diagnóstica:

Hipertensão Arterial Sistêmica descontrolada (Pseudocrise hipertensiva)

Conduta:

Se mede novamente a PA em consulta e ante a ausência de sinais e ou sintomas de crise hiperativa decido com a aprovação do paciente as seguintes ações e medidas,

Alimentação saudável (Diminuir a quantidade de sal dos alimentos, diminuir os alimentos gordurosos e fritos, assim como os excessos de café, refrigerantes e ou bebidas alcoólicas),

Evitar o fumo ativo e ou passivo,

Manter caminhadas para lograr IMC adequado,

Reinício Hidroclorotiazida 25 mg tomar 1 cp de manhã,

Losartana 50mg 01 cp pela manhã,

Solicito exames do acompanhamento da HAS inclusive fundo de olhos, ECG e Rx de Tórax,

Controle de PA por 07 dias para avaliar tratamento,

Educação em saúde sobre sua doença, as complicações e o tratamento,

Educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis: alimentação, exercício e como evitar estresse,

Educação em saúde sobre importância da adesão ao tratamento e metas do tratamento,

Agendar consulta com o Nutricionista,

Cito para grupo de Hipertensos (primeira quarta-feira de cada mês de 8:30H-10:00H),

Consulta agendada em 07 dias (22/06/2017; às 10:00H) com exames e acompanhamento da PA.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 22/06/2017)

Paciente com bom estado geral, refere que está melhor, sem dor de cabeça, sem tonturas, dor no peito febre ou outros sintomas. Se alimenta bem e está tomando os remédios certamente e fazendo esforço para melhorar hábitos de vida. No controle de PA apresentou 150/100 mmHg os primeiros dois dias de iniciado o tratamento e 140/90 mmHg nas restantes medições ao igual que na data supracitada. Referindo ter dificuldades com a alimentação devido a que a esposa cozinha salgado e quase todos os dias frita alimentos.

Exame físico:

Peso:80,0Kg, Altura: 178cm, IMC:25,6 Kg/m² e PA: 140/90mmHg. Resto do exame dentro da normalidade.

Apresenta exames laboratoriais.

Exames realizados:

Data requisição: 16/06/2017

Data Emissão: 19/06/2017

1. Hemograma completo:

Eritrograma:

Eritrócitos: 5,32 milhões/ml

HB 15,3 g/dl

Hto: 51%

VCM: 92 mm³

HCM: 30 pg

CHCM: 34 d/dl

RDW: 12%

Leucograma:

Leucócitos: 7548 /ml

Diferencial:

Basófilos: 0/ml

Eosinófilos: 200/ml

Linfócitos: 3242/ml

Monócitos: 142/ml

Neutrófilos: 5346/ml

Plaquetas: 284000/ml

2. Glicemia 86 mg/dl

3. Lipidograma:

Colesterol total: 265 mg/dl (Muito alto)

Colesterol HDL: 52 mg/dl

Colesterol LDL: 192 mg/dl (Muito alto)

Colesterol não HDL: 188 mg/dl (Alto)

Triglicerídeos: 98 mg/dl

4.Creatinina: 1,0 mg/dl

5.Ácido Úrico:5,2 mg/dl

6.Potássio:4,0 mEq/l

7. Uréia: 32 mg/dl

8.TGO: 12 U/l

9.TGP: 14 U/l

10.EQU: Negativo

11.Fundo de olhos (20/06/2017): Sem alterações

12.Rx de tórax (16/06/2017): Dentro da normalidade

13.ECG (19/06/2017): Ritmo sinusal, onda P presente com QRS equidistantes, FC: 78 bat/mim

Hipótese diagnóstica:

1- HAS descontrolada

2-Hipercolesterolemia pura

Conduta:

Orientações gerais,

Alimentação saudável como indicado,

Manter atividade física,

Hidroclorotiazida 25mg 01 cp VO pela manhã,

Losartana 50mg VO de 12/12 horas,

Sinvastatina 40mg 01 cp VO à noite,

Controle de PA por 7 dias,

Consulta com a Nutricionista do posto em companhia da esposa (23/06/2017 às 10:20H),

Educação em saúde sobre alimentação saudável, atividade física e importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações,

Educação em saúde sobre o que é Hipercolesterolemia pura, quais as complicações e a importância do tratamento,

Novo lipidograma em 06 meses,

Reavaliação em um mês em consulta agendada (23/07/2017 às 14:00H).

3ª Consulta (Dia 23/07/2017)

Paciente que se apresenta na consulta referindo estar ótimo, sem sintomas, necessidades fisiológicas normais, bom estado geral. Refere está assustado com o tema do colesterol alto e ainda quando toma os remédios certamente e foi ao Nutricionista a sua esposa não ajuda com a alimentação e já não sabe o que mais falar para ela. No controle de PA teve 140/90mmHg no primeiro dia após o tratamento e no resto dos dias 120/80mmHg.

Exame físico

Exame físico dentro da normalidade com PA: 120/80 mmHg

Peso: 79 Kg, Altura: 178cm e IMC: 24,7 Kg/m².

Conduta

Orientações gerais,

Manter tratamento medicamentoso como indicado,

Educação em saúde ao casal sobre a importância do tratamento não farmacológico,

Educação em saúde ao casal sobre o que tem paciente e quais as complicações,

Planejo Visita Domiciliar com a aprovação do paciente,

Reavaliação em consulta, em 06 meses.

Visita Domiciliar: 30/07/2017

A Agente Comunitária de Saúde, a enfermeira e eu visitamos a casa do paciente como marcado para uma melhor avaliação das condições de vida do paciente, o cumprimento do tratamento, e para incorporar à mulher no cuidado da

alimentação do paciente com o fim de promover saúde nos membros da família assim como para evitar as complicações que podem surgir se o paciente não melhora sua alimentação. Foi feita uma dinâmica familiar onde os membros da família falaram sobre o que conheciam de alimentação saudável, HAS, Hipercolesterolemia e onde a equipe ofereceu informações de saúde sobre os temas discutidos, assim como os tratamentos medicamentosos, e não medicamentosos e sobre as complicações da descompensação das doenças do paciente com vistas a mudar modos e estilos de vida na família em geral e no paciente em particular e assim melhora seu estado de saúde.

3.PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população.

A promoção de saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em novembro de 1986, onde a promoção da saúde foi definida como: o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde.

Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica.

A promoção e prevenção da saúde da gestante, que pode ser feita mediante o fornecimento de orientações sobre o processo gestacional, as mudanças físicas e emocionais próprias da gravidez, o trabalho de parto, parto e puerpério, é preconizada como uma das atividades essenciais da assistência pré-natal.

Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher se prepare para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o

processo educativo (educação em saúde) é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã, pelo que a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver a gestação de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. A gestante deve ser vista como um ser integral, que traz consigo experiências anteriores e que, ao procurar o serviço de saúde, espera ser ouvida, ajudada e ter suas dúvidas esclarecidas, de forma singular e individualizada, fazendo com que haja uma melhoria no atendimento e que a gestante tenha interesse no retorno a consulta.

Nas práticas do Pré-natal recentemente oferecidas na ESF onde atuo tem um enfoque global para a gestante, seu parceiro e sua família com o objetivo de promover hábitos saudáveis e evitar o desenvolvimento e ou agravamento de doenças e situações relacionadas à gravidez.

Partimos do ponto que uma adequada comunicação entre os profissionais e a gestante é essencial e se involucramos aos familiares com os que ela convive é ainda melhor. Para isso fornecemos informações de fácil compreensão para todas as mulheres, incluindo aquelas com necessidades especiais; para possibilitar a tomada de decisões e sempre e baseadas nas melhores evidências científica disponível na atualidade. Através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi feito o convite de participação em grupos educativos sobre gestação e aleitamento materno para todas as grávidas cadastradas e as mulheres em idade fértil da ESF Medianeira, que é feito na primeira quinta-feira de cada mês no horário da manhã. Nesta atividade de grupo são feitas atividades participativas relacionadas à gravidez e os câmbios que fisiologicamente acontecem durante esta etapa, assim como aspectos relacionados à alimentação descanso, medicação, vestuário, atividade física e sexual e aleitamento materno. São escutados com respeito os critérios de cada uma delas e logo são oferecidas as informações médicas com base bem justificada cientificamente. Se evacuam as dúvidas e se verifica o entendimento das informações prestadas ao longo da atenção oferecida, se fornece tempo suficiente para a tomada de decisões e se fornece explicações sobre os exames indicados.

As atividades de promoção e prevenção de saúde às grávidas em nossa equipe iniciam desde o espaço de acolhimento até a consulta médica dedicada à grávida. Na primeira consulta do pré-natal são identificados os fatores de risco que devem ser avaliados pela equipe para o planejamento de ações para modifica-los e ou controla-los; além disso são recolhidos todos os dados do interrogatório para um melhor acompanhamento da gestação tais como: Idade <15 ou >35 anos, data de última menstruação (sim é confiável ou não), carteira de Imunizações, Data do último Citopatológico e resultados deste, os fatores de riscos ocupacionais, situação familiar/conjugal insegura, estilo de vida, hábitos tóxicos e alimentarias, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, altura < 1,45m, Índice de Massa Corporal (IMC) (que permite classifica-as como baixo peso, sobrepeso ou obesidade) assim como o ganho ponderam que devem ter por semana e por trimestre), as doenças de base (HAS, Diabetes, Asma brônquica de difícil controle, Epilepsia, Hipotireoidismo ou hipertireoidismo, etc.), e se estratifica o possível risco que pode ter cada grávida de desenvolver durante a gravidez (Diabetes gestacional, Infecção urinária, Anemia, doenças psiquiátricas graves, doenças de transmissão sexual, etc.). Além disso são avaliados os fatores relacionados à história reprodutiva anterior (com rastreio e medidas Prematuridade, malformações, macrossomia, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, intervalo interpartal <2 ou>5 anos, nuliparidade ou multiparidade, cirurgia uterina anterior, duas ou mais cesarianas anteriores). Os fatores de risco e ou condições identificadas que não possam ser modificados e ou controlados pela equipe em cada caso particular serão avaliadas pela Ginecologista e ou encaminhadas à atenção secundária de saúde.

Após a anamnese, e o exame físico detalhado e minucioso que inclui a realização do exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; são avaliados os fatores de risco identificados assim como os possíveis prognósticos são oferecidas orientações as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, e se oferece o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta), são solicitados exames para orientar o tratamento e para o diagnóstico e tratamento de doenças que podem atentar contra a gravidez ou ser transmitidas ao feto, pelo que são indicamos exames laboratoriais, assim como os teste rápidos para Sífilis , HIV e Hepatites B e C que temos nos posto de saúde e as provas especiais

(depende também da idade gestacional que se encontre, como as ecografias , prova de Coombs sim conhece sua tipagem sanguíneo. São prescritos medicamentos padronizados para o Programa de Atenção Pré-Natal, tais como o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico. São orientadas sobre a vacinação contra o tétano e Hepatite B. São orientadas as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade. As identificadas como gestantes de alto risco são encaminhadas ao serviço de referência. Se entrega uma cartilha com informações e orientações a cada grávida e se marca com aprovação da paciente a data da nova consulta, se entrega citação para atividade de grupo de grávidas. Se fornece informações sobre repouso, alimentação, atividade física e sexual, vestuário e calçado recomendado em cada etapa da gravidez assim como do preparo das mamas para o aleitamento materno e se convida a voltar com o esposo ou outro membro da família. Encaminhamos para consulta com o Dentista e a Nutricionista da equipe assim como com a Psicóloga.

Na atualidade a Atenção Pré-natal tem um calendário aproximado de 6 a 8 consultas durante a gravidez, tratando de realizar a captação da gravidez antes das 12 semanas onde a agente comunitária de saúde cumpre um papel muito importante, através do trabalho na comunidade com as visitas domiciliares, realizamos as consultas de 30 em 30 dias até as 28 semanas, de 15 em 15 dias até as 36 semanas e depois das 36 de 7 em 7 dias até as 41 semanas onde são encaminhadas ao hospital, para avaliação pelo especialista.

Das pacientes que temos em pré-natal na equipe é interessante o caso de PBW de 26 anos, casada com WPB de 30 anos, pais duma menina de 3 anos, sendo uma família nuclear, funcional com adequada satisfação de necessidades básicas. Paciente com data de última menstruação confiável para uma idade gestacional de 22 semanas, com captação precoce às 10,6 semanas; com antecedentes de boa saúde, com exames de laboratório do primeiro trimestre normais a exceção da Hemoglobina (Hb) que esteve baixa, em 10,0 g/L, pelo que foi indicado o tratamento com Sulfato Ferroso 40mg a tomar 05 comprimidos ao dia divididos em duas tomadas longe das refeições e preferivelmente com suco de frutas cítricas, orientou-se na ingestão de alimentos ricos em ferro como carnes vermelhas, bife de fígado e vegetais verde escuros e foi repetido o exames de Hb aos 60 dias de tratamento observando-se Hb de 11,0 g/dl pelo que se manteve a dose indicada por mais três meses, que ela está cumprindo ainda. A paciente foi informada com linguagem entendível que em relação

a que a anemia é definida como um nível de hemoglobina abaixo de 11g / dl, é um dos problemas mais comuns em obstetrícia, que pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro, hipoxemia fetal, ruptura prematura das membranas ovulares, quadros infecciosos, restrição de crescimento fetal, e muitas vezes com alterações irreversíveis do desenvolvimento neurológico fetal . Foram explicados também os possíveis efeitos colaterais associados ao uso de suplementos ferrosos tais como diarreias, náuseas e azia, que se são muito fortes este sintoma existe tratamento injetável sub risco de manchar a pele e serem muito dolorosas.

A paciente aceitou e tolerou bem o tratamento e as orientações médicas e está assistindo às atividades de grupo, ao acompanhamento nutricional, odontológico e pré-natal sistematicamente.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Os primeiros serviços brasileiros de Atenção Domiciliar (AD) surgiram na década de 1960 como alternativa à internação hospitalar e em resposta à crise de lotação desses serviços. Na década de noventa, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização, surgiram serviços de AD de caráter municipal e territorial e não necessariamente voltados só a uma clientela em internação hospitalar (BRASÍLIA;2014).

A AD possibilita, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASÍLIA;2013).

O Programa Saúde da Família, também denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do SUS, favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (ALBUQUERQUE; 2009).

A VD tem a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família (SANTOS;2011). A Visita Domiciliar vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) (BRASÍLIA;2001), e, por fim, com a institucionalização (ESF), na última década.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos (CUNHA;2012).

Quando iniciei a trabalhar no posto de saúde onde atuo eu achava que teria VD pelo menos três vezes por semana como acostumava fazer nos países onde tinha trabalhado antes, mas no meu Município e no meu posto a VD só é feita uma vez por semana no horário da tarde dum dia específico da semana para cada unidade de saúde, sendo que no meu posto acontece nas terças-feiras com uma boa aceitação pelos usuários assim como o ótimo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros membros da equipe para o apoio e desenvolvimento da mesma. Desde minha chegada conto com o levantamento dos pacientes de cada micro área com necessidade de atendimento contínuo sem a possibilidade de chegar até o posto por situações específicas; levantamento que está em constante atualização pelos ACS, facilitando assim o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde daqueles que precisam levar a saúde até seus lares. Tinha a lista de pacientes que precisavam de atenção no domicílio, mas não conhecia nem as ruas do bairro pelo que no marco duma reunião da equipe solicitei o critério de meus colegas para planejar uma VD para cada um desses pacientes, com o objetivo conhecê-los e avaliar o estado de saúde de cada um deles. Toda a equipe concordou e nesse mesmo dia foram definidas e planejadas as primeiras Visitas Domiciliares (VDs) para os que precisavam com mais urgência segundo o que a equipe sabia deles e cada ACS concordou em avisar a esses usuários o dia e o horário em que a equipe ia ir na sua casa para realizar a VDs, além disso foram deixadas vagas para os agendamentos feitos pelos familiares e ou a solicitude do ACS por alguma eventualidade acontecida e ou identificada. Foi uma produtiva reunião da equipe onde todos participamos primeiro definindo a prioridade para o planejamento das VDs, tendo em conta a situação pessoal do paciente e da família, se tinha alguma situação de urgência, ou nova situação ou problema da família que representasse um risco para a saúde, se tinha suspeita ou evidência de descompensação das doenças de base transmissíveis ou não, se estava acamado ou semiacabado, se tinha um problema de saúde agudo com possível requerimento de

internação domiciliar e acompanhamento contínuo ou se tinha-se suspeita ser um paciente sem adesão ao tratamento.

O segundo passo foi definir o foco de cada VD que geralmente tem o ou os objetivos de conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais, verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa, identificar fatores de risco individuais e familiares, prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados, auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida, propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença, adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares, intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares, estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado e aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

O próximo passo foi visitar os pacientes, coisa que foi saindo com a recompensa da boa aceitação e da melhora dos pacientes, mas nem tudo foi cor de rosas devido à falta de transporte em reiteradas ocasiões impedindo o deslocamento da equipe até o domicílio do paciente e outras porque os familiares cancelaram as visitas marcadas acima da hora privando assim a possibilidade de efetuar as VDs agendadas. A falta de transporte constitui o principal elemento na perda do vínculo do paciente e a família com a equipe ao gerar falta de confiança e credibilidade.

Outro problema identificado na realização das VDs é a necessidade de levar até os postos de saúde algumas especialidades que trabalham vinculados à Atenção Primária de Saúde (APS), devido a que em reiteradas ocasiões visitamos pacientes que com a valoração em conjunto com o especialista não era necessário ser encaminhados até o hospital que além de ficar mais longe do que o posto de saúde gera mais gastos ao Sistema Único de saúde (SUS) e leva a mais transtornos gastos e preocupações para os familiares e pelo paciente ao que se adiciona as dificuldades que temos enfrentado na hora de encaminhar o paciente num município onde não

contamos com o SAMU e as vezes o transporte até o hospital é feito pelos próprios familiares quando as ambulâncias da prefeitura não estão disponíveis no momento.

Posso ressaltar que contamos com o total apoio da Assistência Social para aqueles pacientes muito carentes assim como com o apoio do Conselho Tutelar e do CAPS para o desenvolvimento de nosso trabalho. Recentemente foi visitado um paciente hipertenso com uma Hipercolesterolemia pura que não lograva o controle por não ao tratamento, sendo que a Psicóloga foi junto com a equipe à casa do paciente e após a visita foi comprovada a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso assim como mudanças do estilo de vida nos restantes membros da família.

Faço as VDs em conjunto com a Enfermeira ou Técnica de Enfermagem e a ACS, sendo esta última de vital importância para o desenvolvimento da mesma ao ter um amplo conhecimento da comunidade, da família, do domicílio e do paciente, fornecendo informações que facilitam o nosso trabalho. Após avaliar o paciente e ou a situação que gerou a VD, aproveito o espaço e incluo e involucro aos membros da família presentes oferecendo ações de promoção e prevenção de saúde em vistas a mudar estilos de vida que podem gerar ou constituir um risco ou para a saúde individual e ou coletiva. Além disso são aclaradas todas as dúvidas do paciente e os familiares, é fornecido apoio psicológico para quem precisar, sendo reforçado em cada caso a importância do papel da família na recuperação dos doentes e na reinserção deles na sociedade.

Durante a VDs além da anamnese e o exame físico são feitos alguns procedimentos como a medição de pressão arterial e outros sinais vitais, medição de glicose capilar se for necessário, curativos de úlceras por pressão nos pacientes acamados, troca de sonda vesical, dentre outros. Temos logrado que os laboratórios enviem um funcionário para a toma de amostras de sangue nos pacientes acamados ou muito fragilizados que não podem ser deslocados até o laboratório, sendo que os resultados são levados pelo familiar até o posto de saúde se for necessário ou avaliados em nova VD.

Em cada reunião da equipe são discutidas as visitas realizadas e planejadas as ações que cada membro da equipe pode desenvolver para um melhor acompanhamento do caso. Meus colegas concordam em que as VDs são de vital

importância em nosso dia a dia independentemente de que em ocasiões é difícil lograr a cooperação do paciente e ou do cuidador para obter resultados positivos, mas por ser uma forma de melhorar a saúde dos pacientes e atuar sobre suas crenças e costumes para modifica-las e aumentar a qualidade de vida coincidimos em que vale a pena o que fazemos.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Em uma era em constantes mudanças climáticas (RIBEIRO;2016), econômicas e sociais (IBGE;2016) onde novos medicamentos (BOTELHO;2018) e técnicas de tratamento aplicam-se; onde doenças que se acreditavam eliminadas reemergem (MADUREIRA;2015) e outras novas são descobertas, e onde publicam-se grão quantidade de atualizações e protocolos de tratamento constantemente a educação permanente e autopreparação diária e contínua são indispensáveis pelos profissionais da saúde.

A educação permanente permite que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASÍLIA;2009). Possibilita o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (BRASILIA;2014). A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Exemplo vivo de educação permanente e autopreparação é o curso pós-graduação em Especialização em Saúde da Família, que estamos culminando na atualidade. Curso que me permitiu recuperar o habito de estudar todos os dias e de me manter em constante atualização e retificação dos conhecimentos médicos. Inicialmente o curso foi difícil para mim devido a que não conhecia a educação a distância, nem tinha muitos conhecimentos do uso da informática, pelo que além do conteúdo de cada eixo, teve que dedicar muitas horas ao estudo da informática e ao manejo da plataforma. Sendo isto minha maior dificuldade, decidi dedicar mais tempo do previsto ao curso para conseguir uma boa adesão às novas modalidades de estudo assim como melhores qualificações cada dia. Ainda quando gostei muito desta modalidade de estudo senti a falta de mais encontros presenciais tanto pessoais como em coletivos com os colegas da turma.

Ainda assim o curso foi muito bem estruturado e planejado, sendo de grão proveito no melhoramento do meu desempenho como profissional da saúde. Com os conteúdos do Eixo I obtive os conhecimentos básico sobre a organização e características do sistema de saúde do Brasil, assim como conhecimentos em Epidemiologia, vigilância epidemiológica, situações de violência dentre outros; e logo no Eixo II com os estudos de casos clínicos ampliei meus conhecimentos sobre as principais doenças que afetam a sociedade brasileira assim como a seus trabalhadores. Com o aprendido no curso melhorei a abordagem das situações de saúde de alguns pacientes, ao aplicar o aprendido durante a especialização assim com o uso dos protocolos de atendimento e acompanhamento de pacientes e doenças no Brasil. A especialização em Saúde da Família é uma janela dourada para a superação profissional, permitindo melhorar nosso atuar como médicos da Atenção Básica e porem garantindo um melhor atendimento dos nossos usuários assim como dos serviços fornecidos Sistema Único de Saúde brasileiro.

6. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.N.L. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, maio, 2009.
- ALMEIDA, A.P.D. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. *Rev. psicopedag.* vol.28 no.86 São Paulo, 2011.
- BATISTA, DC.; et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infant.*, Recife, 3 (2): 151-158, abr. / jun., 2003
- BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Participação Familiar no Tratamento da Hipertensão Arterial na Perspectiva do doente. Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 38-46
- BOTELHO, S.F. et al. Análise de medicamentos novos registrados no Brasil na perspectiva do Sistema Único de Saúde e da carga de doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):215-228. Minas Gerais, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Gestante em APS. Grupo Hospitalar Conceição Gerência da Saúde Comunitária. Porto Alegre, RS. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14)
- BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde: Brasília,2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, A.A.; ANDRADE, M. Promoção da saúde: uma reflexão sobre o papel do enfermeiro. Informe-se em promoção da saúde, v.7, n.1.p.05-08, 2011.

CEEVALLOS, I.A. Fatores de risco modificáveis para controle da Hipertensão Arterial: como orientar os usuários de um programa Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2014.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1763-1772, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2016.

ISOYAMA, S.V.; ETSUKO, T.C.R.; SANCHES, A.A.B. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [1]: 113-135, 2016.

LEÃO, N.U.T. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Epidemiol. Serv. Saúde v.24, n.2, Brasília, jun. 2015.

LOPEZ, T.O. et al. Effectiveness of education in health in the nonmedication treatment of arterial hypertension. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Carlos, MG, Brasil. 2013; 26(2):179-84.

MADUREIRA, Â. M. S. Doenças Emergentes e Reemergentes na Saúde Coletiva. Ministério da Educação. Montes Claros-MG, 2015.

MAGNONI, L.R. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. São Paulo, 2008.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83 Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

Acesso: 12/06/2017

MANCIA, G. et al. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) 2013; Volume 31, Number 7, July 2013. Disponível em:

http://www.sphta.org.pt/files/esh_esc_guidelines_2013.pdf Acesso: 12/06/2017

CUNHA, C.L.F.; GAMA, M.E.A. A Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: Malagutti W (Org). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rubio, 336 pp, Rio de Janeiro, 2012.

RBEIRO, S.K.; SANTOS, A.S. PBMC, 2016: Mudanças Climáticas e Cidades. Relatório Especial do Painel Brasileiro de Mudanças Climáticas. PBMC, COPPE 116p, Rio de Janeiro, 2016.

PALOMBARIN, A.F. et al. Práticas alimentares de gestantes acompanhadas em unidade de saúde da família: estudo exploratório. 13 (2): 186-97, 2014.

PICCININI, C.A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o Pré-natal. Psic.: Jan-Mar, vol.28 n. 1, pp 27-33, 2012. Disponível em:

PIVA, M.M.D. et al. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. Módulo Político Gestor. Edição: Universidade Federal de São Paulo. 2011. 19-24.

ROCHA, B.S.; ANDRADE, M. A promoção da saúde na assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros no programa de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.1.p.28-30, 2008.

RODRIGUES, L.P.; JORGE S.R. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev. Bras. Hematologia. vol.32 supl.2 São Paulo, 2010.

SANTOS, P.B. Anemia Ferropriva na Gestação. Rio de Janeiro, 2012. 43 f. Monografia (Centro Universitário Estadual da Zona Oeste). Faculdade de Farmácia, 2012.

SANTOS, E.M; MORAIS, S.H.G. A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da família: Percepção de enfermeiros. Universidade Federal da Bahia. Cogitarei Enferm. 16(3):492-7. Bahia, 2011.

SILVA, S.P.; SANTOS, M.R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. Arq Ciênc Saúde 2004 jul-set;11(3):169-73.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Hipertensão e Nutrição. Revista de Hipertensão. V.18, n. 3, p 38-84 jul. -Sep.2015. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/download/v18n3.pdf> Acesso: 13/06/2017

TECHENTE, C.N. et al. Prevalência e fatores associados à anemia na gravidez no Hospital Geral de Douala. The Pan African Medical Journal. 25: 133, 2016.

TEXEIRA, D. et al. Alimentação e nutrição na gravidez. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Alimentação e Nutrição na Gravidez, p. 3-23, 2015.

TEXEIRA, C.S.S.; CABRAL, A.C.V. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. RBGO Gynecology and Obstetrics Vol. 38 No. 1/2016.

VASCONSELOS, R.G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4,

jan./jun. 2012. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a27v69n1.pdf> Acesso em: 03/11/2017

XAVIER, H.T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. 2013. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V.101, Nº 4, Sup. 1, out. 2013. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf Acesso: 18/06/2017

YAMAGUCHI, E.T. et al. *Drug abuse during pregnancy*. Rev. Psiqu. Clín 35, supl 1; 44-47, 2008.

7. ANEXO I

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

Mildrey Diaz Diaz

PORFÓLIO FINAL

Porto Alegre

2017

RESUMO

As doenças respiratórias agudas são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância a nível mundial, sendo um importante motivo de consulta nas unidades de saúde de todos os países do mundo. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Medianeira, do Município Veranópolis, no estado Rio Grande do Sul não acontece de maneira diferente, grupos etários com marcada significação na população infantil e expressando-se em variados quadros clínicos dependendo do agente etiológico, a localização, as condições climatológicas e os principais fatores de risco. O presente trabalho tem como objetivo implementar medidas educativas para diminuir o número de crianças afetadas por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na comunidade, utilizando inicialmente a aplicação de questionário a ser respondido pelos pais/responsáveis para conhecimento da realidade da comunidade. O trabalho será realizado com todas as crianças atendidas na Unidade de Saúde, avaliando os conhecimentos que seus responsáveis têm sobre o tema e determinando aspectos a serem abordados nas ações educativas. Em um segundo momento, serão feitas palestras educativas referentes às IRA. Dentro das ações desenvolvidas, estão visitas domiciliares, palestras e orientações sobre medidas higiênicas para diminuir a aparição das IRA. Como resultados favoráveis deste trabalho, é esperado aumentar para 100% a identificação das causas que levam as crianças a desenvolver IRA; desenvolver 100% das ações de educação em saúde para as necessidades identificadas relativas às IRA nos participantes a fim de diminuir os casos já existentes, os riscos de surgimento de novas IRA e aumentar em 95% o conhecimento dos envolvidos sobre as infecções respiratórias em crianças.

Palavras chave: Infecção Respiratória Aguda; Saúde da criança; Educação em saúde.

SUMÁRIO

1 Introdução	03
2 Objetivos	05
2.1 Objetivo Geral	05
2.2 Objetivos específicos	05
3 Revisão de Literatura	06
4 Metodologia	10
5 Cronograma	15
6 Recursos Necessários	16
7 Resultados esperados	17
8 Referências Bibliográficas	18
9 Apêndice	22

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mildrey Diaz Diaz, tenho 32 anos, sou natural do estado Holguín de Cuba. Comecei minha formação com meus estudos de medicina em 2002, no Instituto de Ciências Médicas “Mariana Grajales Coello” província Holguín em Cuba; onde foi conferido meu Título de Doutor em Medicina em agosto de 2008. De novembro desse mesmo ano até maio do 2009 ao pertencer à brigada Internacionalista Henry Reeve, eu fiz um Diplomado em Medicina Intensiva e Urgências que me permitiu trabalhar no Hospital Clínico Cirúrgico Carlos Fornt Pupo, em Banes, até outubro desse ano que foi prestar serviço a Venezuela por quatro anos. Em novembro de 2013 comecei minha especialidade onde foi conferido no ano 2015 com o Título de Especialista do Primeiro Grau em Medicina Geral Integral.

Em agosto de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Estou lotada na Estratégia Saúde da Família (ESF) Medianeira, município Veranópolis-RS, localizada na rua Domingos José Farina, cuja área de abrangência é o bairro Medianeira. A população atendida abrange um total de 3000 usuários, segundo dados de dezembro de 2016 fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O território adscrito à ESF está dividido em seis micro áreas, das que duas são de maior risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico assim como maior número de usuários dependentes do consumo de drogas, as restantes estão representadas por pacientes maiormente idosos. Há duas igrejas católica e duas igrejas evangélicas, uma escola pública de ensino fundamental, uma creche e uma pequena quadra de esporte alambrada.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), lombalgia, micoses cutâneas, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Implementar medidas educativas para diminuir o número de crianças afetadas por infecções respiratórias agudas e suas complicações atendidas na ESF Medianeira, no município de Veranópolis, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e avaliar os diferentes fatores de riscos que propiciam o desenvolvimento das infecções respiratórias agudas nas crianças;
- Avaliar, juntamente com a equipe, toda criança atendida na ESF que apresente infecção respiratória, a fim de melhorar sua qualidade de vida e evitar complicações;
- Elaborar estratégias que possam melhorar o estado de saúde geral das crianças;
- Incentivar a ampliação do conhecimento sobre as doenças respiratórias em crianças, a fim de oferecer aos participantes uma educação permanente em saúde;
- Promover e manter uma relação de contato direto e permanente da equipe de saúde com as crianças atendidas e sua família, para acompanhamento da evolução dos quadros de saúde;
- Diminuir o número de casos de crianças atendidas com doenças respiratórias agudas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são doenças de etiologia viral ou bacteriana que acometem qualquer segmento do trato respiratório, expressadas clinicamente em quadros infecciosos das vias aéreas superiores tais como o resfriado comum, a faringite, as otites, as sinusites, as laringites, as epiglotites e traqueítes, assim como, em infecções das vias aéreas inferiores tais como a bronquite, a bronquiolite e a pneumonia e as infecções respiratórias agudas em localizações multiplex ou complicadas. Sendo doenças transmissíveis com quadros clínicos que variam de leves a grave e responsáveis de mortes em grupos etários sensíveis como a infância, chamando a atenção das autoridades dos países do mundo. Desde 1979 a Comunidade Científica Internacional reconheceu que as IRA constituem um grave problema de saúde na infância pelo que a maior parte dos países do mundo e dentre eles a região das Américas, encontram-se desenvolvendo esforços sistemáticos para enfrenta-las e reduzir o sofrimento que produzem, devidos às impressionantes cifras de mortalidade e morbidade na população infantil (REUS, 2015).

As IRA são as doenças mais frequentes durante a infância, acometendo um número elevado de crianças, de todos os níveis socioeconômicos e por diversas vezes. Nas classes sociais mais pobres, as infecções respiratórias agudas ainda se constituem como importante causa de morte de crianças pequenas, principalmente menores de 1 ano de idade. Os fatores de risco para morbidade e mortalidade são baixa idade, precárias condições socioeconômicas, desnutrição, déficit no nível de escolaridade dos pais, poluição ambiental e assistência de saúde de má qualidade (ROCHA, 2011).

De acordo com um relatório da Organização Mundial da Saúde, houve 6,6 milhões de mortes em 2012 em crianças menores de 5 anos de idade em todo o mundo. A maior mortalidade ocorreu em países em desenvolvimento, onde 15% dos óbitos foram causados por infecções agudas do trato respiratório (OMS, 2014).

As IRA representam um fardo importante para a saúde infantil em países em desenvolvimento como a Índia. As que afetam principalmente o trato respiratório inferior é principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos nesses países. Em países desenvolvidos como os Estados Unidos da América (EUA), os adultos têm dois a quatro de infecções respiratórias e as crianças têm entre seis e oito quadros de IRA por ano (KRISHAND, 2015).

As crianças são mais susceptíveis às infecções respiratórias devido a características anatômicas, fisiológicas e imunitárias. Em média, apresentam entre cinco e oito episódios de IRA ao ano, geralmente infecções virais de vias aéreas superiores, de pouca gravidade. Entretanto, a infecção viral inicial facilita a aderência de bactérias provenientes do trato respiratório superior e sua consequente invasão até o sistema respiratório inferior, favorecendo a ocorrência de infecções de maior gravidade, como a pneumonia (ALVES, 2006).

A maioria das infecções respiratórias agudas são ocasionadas por vírus e bactérias, incluindo rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, vírus da gripe e vírus parainfluenza. Muitos vírus têm padrões sazonais característicos. O vírus influenza e o vírus sincicial respiratório, muitas vezes, contribuem para o pico de inverno, mas outros vírus respiratórios como o metapneumovírus humano, parainfluenza vírus e coronavírus também circulam no outono e inverno. Vírus respiratórios tais como adenovírus e rinovírus causam doença durante todo o ano. Uma associação entre esses agentes respiratórios específicos e certas síndromes clínicas tem sido demonstrada em algum grau (STOVER, 2014).

As infecções do trato respiratório representam um importante problema de saúde pública por causa de sua ocorrência mundial, facilidade de transmissão e morbidade e mortalidade consideráveis que afetam pessoas de todas as idades. As crianças são, em média, infectadas duas a três vezes mais frequentemente do que os adultos, sendo as infecções mais comum na infância. As infecções respiratórias se aglomeram durante o inverno e início da primavera. Os principais agentes virais incluem vírus respiratório sincicial, vírus influenza A e B, vírus parainfluenza e adenovírus humanos. Além disso, há uma lista continuamente crescente de novos vírus respiratórios que contribuem significativamente para a carga de infecções respiratórias agudas, como o recentemente identificado metapneumovírus humano e Bocavírus humano (RICHTER, 2016).

Muitos estudos descreveram a frequência de vírus em pacientes hospitalizados, mas estudos que descrevem a prevalência de vírus na comunidade são limitados, particularmente em países em desenvolvimento, onde ocorrem a maioria das mortes por doenças respiratórias graves. Países como o México que no 2013 relatara mais de 26 milhões do trato respiratório com uma maior incidência e prevalência na infância dedica estudos a avaliar as causas nas comunidades, que é de onde procedem os pacientes (WONG-CHEW, 2015).

Estas doenças transmissíveis do aparelho respiratório continuam a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças jovens a nível global e, em particular, nos países de baixos rendimentos. Estima-se que 1,9 milhão de crianças morram anualmente de IRA em todo o mundo, 70% delas na África e no Sudeste Asiático. Estudos feitos em comunidades de Vietnam demonstraram um predomínio de multiplex vírus como principal causa das IRA e a contribuição relativa destes vírus foi amplamente semelhante nas populações urbanas e semi-rurais (ANDERS, 2015).

Nos diversos países das Américas, as IRA são responsáveis por cerca de 20 a 40% de todas as hospitalizações em crianças com idade inferior a 5 anos, englobando causas como pneumonia, bronquite, bronquiolite e outras afecções do aparelho respiratório. Os fatores identificados como favorecedores da maior gravidade e mortalidade das IRA nos países em desenvolvimento encontram-se representados por: a aglomeração, as condições ambientais inadequadas, a baixa cobertura vacinal, o baixo nível socioeconômico, o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, a desnutrição, a demora e dificuldade de acesso à assistência médica, o elevado número de crianças menores de 5 anos na família, o tabagismo domiciliar e a presença de doenças respiratórias pré-existentes na criança. Dentre esses fatores, a maior importância tem sido imputada à demora e dificuldade de acesso ao atendimento médico (NASCIMENTO-CARVALHO; SOUZA-MARQUES, 2004).

No Brasil, as taxas de mortalidade infantil, apesar de ainda elevadas, têm apresentado reduções importantes nas últimas décadas. As doenças respiratórias agudas que, no princípio dos anos 1980, ocasionavam menos mortes que as doenças diarreicas, passaram a ocupar o primeiro lugar como causa de mortalidade por doenças infecciosas na população infantil (SILVA, 2012).

Em 2010, ocorreram 1.450.653 internações por doenças do aparelho respiratório no Brasil, com um impacto importante na faixa etária pediátrica, e foram internadas 664.203 crianças menores de 14 anos, o que representou 46% do valor total dessas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) nesse ano base (BRASIL, 2008).

O aumento de internações e atendimentos ambulatoriais motivados pelas infecções respiratórias agudas no Brasil, pode variar conforme a região do país, clima e sazonalidade pelo que desde 2000, é realizada a vigilância sentinela de vírus respiratórios. Essa vigilância monitora as cepas do vírus da influenza circulantes nas cinco grandes regiões do país, por meio da coleta de secreção respiratória de

pacientes com síndrome gripal (SG) atendidos em ambulatório. Segundo um estudo sobre a vigilância sentinela de SG no Brasil, no período de 2000 a 2010, cerca de três milhões de pacientes com infecção respiratória aguda foram atendidos nas unidades sentinela: 54% desses pacientes eram pessoas menores de 15 anos de idade (MONTEIRO, 2016).

As grandes desigualdades socioeconômicas, principalmente na região Nordeste, refletem-se no importante papel que as doenças infecciosas, em especial a infecção respiratória aguda, ainda conservam como causa de doença e morte nessas crianças, apesar das mudanças significativas que estão ocorrendo no perfil epidemiológico da morbimortalidade nos menores de cinco anos. Dados apontam que no ano de 2012 ocorreram 3.380 óbitos de crianças entre zero e cinco anos de idade, estando o Estado de Pernambuco em quinto lugar com um total de 228 óbitos (ARRUDA, 2011).

A degradação ambiental e os padrões de desenvolvimento não sustentáveis alteram o meio natural e destroem os ecossistemas, afetando a qualidade de vida e as condições de saúde dos indivíduos e da coletividade. Nesta interface entre saúde e meio ambiente, as variáveis climáticas como temperatura e umidade relativa do ar e a precipitação pluviométrica devem ser estudadas e associadas às questões da saúde, visando reduzir as ocorrências de pneumonia em crianças, assim como, as complicações, as hospitalizações e a mortalidade por esta causa, melhorando a qualidade de vida e de saúde da população. A influência da temperatura do ar e da umidade relativa do ar no aumento dos casos de hospitalização por pneumonia em crianças menores de cinco anos, sugere-se que sejam intensificadas as ações de políticas públicas pelas equipes interdisciplinares, voltadas para o controle desta doença na atenção primária à saúde nos períodos dos anos com baixas destas variáveis, diminuindo as taxas de internações hospitalares e óbitos por esta doença (SANTOS, 2016).

Em outros estudos realizados no país foram apontadas diversas causas de problemas respiratórios relacionados ao ambiente, à suscetibilidade individual e ao modo de vida da criança e de sua família tais como poluição, transmissão viral ou bacteriana, clima, ambiente fechado, choque térmico, pó/poeira, vento, estresse emocional, cuidado familiar, umidade, o expressivo número de pessoas que compartilham o mesmo cômodo da residência com crianças, a frequência à creche,

fumo passivo, filhos de mães de baixa escolaridade, aglomeração e interrupção precoce do aleitamento materno (MONTEIRO, 2011; LOPES, 2009).

O inverno costuma ser a estação de maior incidência de infecções respiratórias em crianças no país, com um predomínio na faixa etária de zero a cinco anos onde a amigdalite, seguida de otite e bronquite acostuma ser a principal causa de prescrição de antibióticos nestes pacientes (PAGANOTTI, 2013).

No Rio Grande do Sul, cerca de 30,4% das consultas pediátricas nos meses de inverno são motivadas por doenças respiratórias agudas de etiologia infecciosa. Similarmente, a análise das causas que contribuem para a mortalidade na infância mostra que logo após as afecções originárias no período perinatal, as pneumonias constituem-se no principal grupo. Elas perfazem cerca de 11,6% do total de mortes na faixa etária menor de um ano, e 16,1% na faixa etária de um a quatro anos de idade (MACEDO, 2007).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o diagnóstico deste grupo de doenças é feito comumente empregando-se apenas critérios clínicos de anamnese e exame físico, análise de Leucograma e das imagens de radiografias de tórax. A utilização de testes laboratoriais diagnósticos específicos para agentes virais em caso de IRA é limitada, devido a problemas financeiros e técnicos ou ainda devido ao fato de os vírus serem subestimados como agentes de infecções respiratórias que necessitam de hospitalização (MOURA, 2003).

Alguns testes podem ser utilizados para o diagnóstico rápido de *S. pyogenes*, com sensibilidade superior a 90% e especificidade de 90%. Contudo, apesar do elevado custo, são fáceis de executar e têm boa reprodutibilidade. Os estudos sobre as infecções do trato respiratório superior são importantes no âmbito hospital e na comunidade, devido à sua incidência em todo o mundo e a que o agente etiológico varia de acordo com a faixa etária dos pacientes. Poucos estudos têm associado infecções bacterianas e virais assim como o fator comunitário, dificultando a relação dos agentes e sua epidemiologia pelo que isto deve ser considerado para a avaliação laboratorial apropriada e para o manejo clínico, os quais devem ser alinhados para um melhor resultado (MOURO, 2010).

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações no nosso país. Dentro deste contexto, o Ministério da Saúde adotou a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em 1995, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos, introduzindo o

conceito de integralidade e propondo um novo modelo de abordagem a saúde da criança na atenção básica, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde. O Programa de Saúde da Família e atual Estratégia de Saúde da Família, surgiu como estratégia de reorganização da atenção básica passando a ser um importante mecanismo de mudança nas práticas e na atenção à saúde da população. A atenção básica pode assegurar a qualidade, a integralidade e a efetividade do primeiro nível de atenção. Mas em alguns municípios do país a atuação da ESF na atenção a saúde das crianças distancia-se da proposta de reorientação do modelo assistencial hegemônico, pela qual foi criado, dificultando estratégias na prevenção de doenças e na promoção da saúde (COSTA, 2011).

A educação em saúde representa uma estratégia para a mudança de comportamentos e de manutenção da boa qualidade de vida, levando à formação de uma consciência crítica a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores de risco. Ao se levar um saber em saúde para a população, busca-se intervir no processo saúde-doença para a melhora da sua qualidade de vida (Ribeiro, 2012).

4. METODOLOGIA

Trata-se duma intervenção educativa, que incluirá todas as crianças da área de abrangência da Estratégia de Saúde Medianeira do Município de Veranópolis no Estado do Rio Grande do Sul, assistidas e ou identificadas com infecções respiratórias e a seus pais e/ou responsáveis.

As ações a serem realizadas nessa intervenção, serão descritas a seguir, contemplando os seguintes aspectos: cenário da intervenção, caracterização dos sujeitos, procedimentos da intervenção e recursos necessários.

1. Cenário da intervenção

A ESF Medianeira localiza-se no Bairro Medianeira, do Município de Veranópolis, distante 158,4 Km de Porto Alegre, a capital do Estado de Rio Grande do Sul. Possui em sua área adscrita 3.068 usuários, aos quais presta atendimentos todos os dias, de segunda a sexta-feira nos horários da manhã e tarde. A equipe de saúde costuma trabalhar com grupos populacionais específicos, por isso constituiu um grupo de crianças afetadas por doenças respiratórias frequentes para fomentar o trabalho educativo e desenvolver ações para reduzir o número de crianças doentes, motivo por qual esta intervenção está sendo proposta.

Saúde da criança. Educação em saúde 2. Caracterização dos sujeitos

Participarão da intervenção crianças de ambos sexos acompanhadas de seus pais e/ou responsáveis, atendidos pela ESF Medianeira.

3. Procedimentos da intervenção

Para se atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos:

- ❖ Identificação das crianças cadastradas assistidas na unidade de saúde com infecções respiratórias;
- ❖ Identificação pelos Agentes Comunitários de Saúde, das crianças com sintomatologia respiratórias nas casas;
- ❖ Identificação de crianças com sintomas respiratórios pela equipe de saúde bucal;
- ❖ Encaminhamento das crianças identificadas com infecção respiratória para a realização da consulta médica e de enfermagem, incluindo o registro de dados;

- ❖ Captação, após a coleta de dados, de todas as crianças que estão fazendo tratamento para a infecção respiratória;
- ❖ Agendamento de reuniões com o grupo de crianças e pais/responsáveis para apresentação dos participantes/mediadores da equipe de saúde e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, assim como a duração e os melhores horários. Além disso, será explicado ao grupo a metodologia a ser utilizada nas sessões de educação em saúde;
- ❖ Explicação de como se realizarão as atividades propostas. Neste momento, se procederá a entrega do consentimento informado para a assinatura dos pais/responsáveis e ser conhecido o total de crianças que participarão do projeto. Para aquelas que tenham dificuldades de acessibilidade à unidade de saúde, serão feitas visitas domiciliares.
- ❖ Início das atividades grupais obedecendo ao cronograma de encontros pré-estabelecido, em que o primeiro é o preenchimento de um questionário com os nomes da criança/mãe/pai, endereço, e algumas variáveis como idade, grau de escolaridade, número de pessoas que convivem na casa, antecedentes patológicos da criança e familiares, se está fazendo algum tratamento, além de responder perguntas tais como:
 - a. Quanto tempo faz que teve uma doença respiratória?
 - b. Está fazendo algum tratamento regular?
 - c. Conhece seu peso?
 - d. Conhece o que são as infecções respiratórias?
 - e. Sabe quais são as complicações das infecções respiratórias nas crianças?
 - f. Está fazendo seguimento em seu posto de saúde?
 - g. Tem acompanhamento com pediatra?

Uma vez terminada a primeira etapa de identificação (cadastramento e preenchimento dos questionários), será iniciada a segunda etapa da intervenção:

- ❖ Realização do exame físico geral cefalocaudal e não só do aparelho respiratório, peso, altura, (IMC), índice de ocorrência a partir dos resultados, e indicação de exame como Rx do tórax e de laboratório se necessidade. Aquelas crianças que

por alguma razão não fizerem os exames, serão feitos em uma segunda oportunidade e logo avaliados.

- ❖ Após recolhidos os dados e terminada esta etapa do projeto, passaremos para a identificação dos problemas encontrados e desenvolvimento de ações educação em saúde de acordo as necessidades identificadas. Estas ações serão realizadas na unidade de saúde e em visitas domiciliares, para aquelas crianças que não podem ir à unidade. Desta forma, será possível observar as condições de vida e também avaliar a previsão de riscos e agravos nas crianças com infecções respiratórias, o que permite ao avaliador identificar outras razões que não puderam ser detectadas na entrevista e exames físico.
- ❖ Serão oferecidas para todas as pessoas que participarem do projeto, palestras sobre as infecções respiratórias em crianças; suas complicações, a importância da higiene pessoal, ambiental e dos familiares, as complicações mais frequentes, além de dinâmicas que possibilitem relações entre as crianças e troca de experiências para os pais, esclarecimento de dúvidas, rodas de conversas e vídeo-debate com a finalidade de mudar estilos de vida, aumentar o nível de conhecimento, assim como atuar sobre os principais fatores de risco envolvidos no desencadeamento e ou agravo das IRA numa população tão sensível e dependente como é a infância.

Ao final do projeto, sendo esta a última etapa, será solicitado novamente um exame físico das crianças que apresentaram infecções respiratórias e auscultação, para fazer uma comparação entre o estado inicial e o atual. Logo após, o nível de conhecimento das pessoas depois do desenvolvimento das atividades educativas será novamente avaliado.

O projeto será monitorado semanalmente nas terças-feiras pela tarde após a reunião da equipe, onde nos retroalimentaremos com as informações recolhidas e preenchidas pelos ACS, a equipe de saúde bucal e o pessoal de enfermagem. Serão discutidas e planejadas as visitas domiciliares às crianças que moram muito longe ou que não podem ser levadas ao posto de saúde.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017	Mai 2017	Junho 2017
Elaboração de projeto de intervenção	X	X	x	x	x	x	
Entrevistas com os pais/responsáveis das crianças com infecções respiratórias			x	x	x	x	
Realizar atividades educativas com o grupo participante					x	x	x
Avaliação após a intervenção							x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização do presente projeto é necessário o uso de recursos humanos, representados pela equipe de saúde da família e recursos materiais tais como a Ficha A, ficha da família, materiais de consumo como folhas em branco (para anotar os dados mais importantes na entrevista com as crianças e os pais), folhas com questionário, canetas, além de combustível para as visitas domiciliares. Como materiais permanentes serão utilizados computadores, mesas, cadeiras, cartilhas educativas, estetoscópio, otoscópio, balança antropométrica, cinta antropométrica, luvas, protetores nasobucais, depressores de língua, calculadoras, reproduutor de vídeo e imagens e câmara fotográfica.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto pretende-se conhecer a totalidade de crianças que apresentam infecções respiratórias e principalmente aquelas que recorrem com estas doenças, assim como, aumentar para 100% a identificação das causas que levam as crianças a apresentar infecções respiratórias, programar 100% das estratégias a serem utilizadas para promover o conhecimento sobre as infecções respiratórias em crianças, após os primeiros contatos com a comunidade, aumentar em 95% o conhecimento dos envolvidos sobre as infecções respiratórias em crianças.

Após a utilização das diferentes estratégias para a promoção do mesmo, tendo em vista a importância que isso oferece para a saúde das pessoas e a melhoria de sua qualidade de vida, diminuir para 95% o número de crianças que sofrem com infecções respiratórias e desenvolver 100% das ações de educação em saúde propostas para as necessidades que serão identificadas com relação às infecções respiratórias em crianças.

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA-GUERRERO, E. et al. Acute respiratory infections among children and identification of alarm sings by parents and caregivers in México. *Salud Pub Mex* vol. 55. Sup 2 Cuernavaca 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800030 Acesso em: 06 de jan. 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. (2015). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/TTG> Acesso em: 07 de jan. 2017.

PEREZ, I.D.; RODRIGUEZ A. P. Infecções respiratórias agudas e sua correlação com variáveis meteorológicas. *Rev Panam Infectol.* V 15. N1,4, p 12-18 Dispon[ível em: http://www.revistaapi.com/wp-content/uploads/2014/09/mat-B_API-Vol-15-vol-1-4_2013.p12_18. Acesso em: 08 de fev. 2017.

FÓRUM DAS SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS INTERNACIONAIS. Doenças respiratórias no mundo. Realidade hoje –Oportunidades para o Amanhã. 2013

REUS, C. T.; ORTIZ, E. A. B. New approach on the classification of the acute respiratory infections in children. *MEDISAN* 2015; 19(5):684 Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500014 Acesso em: 26 de fev. 2017.

ROCHA, J. A. M et al. Doenças prevalentes na infância na zona periférica do Município de Santarém-PA, Brasil. *Perspectiva Amazônica - Santarém* v.1 n.1 p.66-72 jan 2011. Disponível em: http://www.fit.br/revista/doc/1_21.pdf. Acesso em: 01 de mar. 2017

WHO (2014) World health statistics. In: WLCiP D (ed). *Global health indicators*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 Acessado: 06 de mar. 2017

KRISHNAN, A. et al. Epidemiology of acute respiratory infections in children - preliminary results of a cohort in a rural north Indian community. *BMC Infectious Diseases* (2015) 15:462. DOI 10.1186/s12879-015-1188-1 Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624162/> Acesso em: 02 de mar. 2017.

ALVES, R. C. P.; VERÍSSIMO; M. D. L.O. R. Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches universitárias relativos às infecções respiratórias agudas na infância. *Rev. Esc. Enferm. USP*; v.40; n.1; p.78-85; 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 de mar. 2017

STOVER, C.S.; LITWIN, C. M. The Epidemiology of Upper Respiratory Infections at a Tertiary Care Center: Prevalence, Seasonality, and Clinical Symptoms. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Respiratory Medicine*, vol. 2014, Article ID 469393, 8 pages, 2014. doi:10.1155/2014/469393 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/469393>. Acesso em: 01 de mar. 20

RICHTER, J. et al. Aetiology of Acute Respiratory Tract Infections in Hospitalised Children in Cyprus. *PLOS ONE*. 2016; 11(1): e0147041. PMID: PMC4720120. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720120/> . Acesso em: 03 de mar. 2017.

WONG-CHEW, R. M. et al. Prevalence of respiratory virus in symptomatic children in private physician office settings in five communities of the state of Veracruz, México. *BMC Res Notes* (2015) 8:261. DOI 10.1186/s13104-015-1239-0. Disponível em: <http://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1239-0>. Acessado em: 02 de mar. 2017.

ANDERS, K.L. et al. Epidemiology and Virology of Acute Respiratory Infections During the First Year of Life: A Birth Cohort Study in Vietnam. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. Volume 34, Number 4, April 2015. Disponível em: http://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2015/04000/Epidemiology_and_Virology_of_Acute_Respiratory.7.aspx . Acessado em: 05 de mar. 2017.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; SOUZA-MARQUES, H. H. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2004;15(6):380–87. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n6/22169.pdf?pagewanted=all>. Acesso em: 10 de mar. 2017.

SILVA, M.D.B. et al. Doença respiratória aguda na criança: uma revisão integrativa. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):260-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/> Acesso: 05 de mar. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). Informações de saúde epidemiológicas e morbidade. Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS por Internação. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> . Acesso em: 07 de mar. 2017.

MONTEIRO, C. C. et al. Monitoramento de vírus respiratórios na região metropolitana de Belo Horizonte, 2011 a 2013. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2):233-242, abr-jun 2016. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200233. Acesso em: 08 de mar. 2017.

ARRUDA, M. O. Análise retrospectiva de aspectos clínico-epidemiológicos de infecções respiratórias agudas virais em crianças atendidas em um serviço de emergência de um hospital terciário de Fortaleza. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Microbiologia Médica, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4786>. Acesso em: 04 de mar. 2017.

SANTOS, D.A.S. et al. Influência das variáveis climáticas na hospitalização por pneumonia em crianças menores de cinco anos em Rondonópolis-MT. Revista Brasileira de Geografia Física, v.09, n. 02 (2016) 413-429. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/geografiafisica/article/viewFile/13109/15882>. Acesso em: 10 de mar. 2017.

LOPES, C. R.C.; BERESIN; E. N. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. Rev Saúde Pública 2009; 43(6):1030-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/15.pdf>. Acessado em: 15 de mar. 2017.

PAGANOTTI, A. M. et al. Prescrição de antibióticos a crianças atendidas no inverno em Unidade de Saúde de município paulista. Rev Ciênc Farm Apl. Ar., 2013; 34(3):441-447. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/86864>. Acesso em: 15 de mar. 2017.

MACEDO, C. E.C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. Rev Saúde Pública 2007;41(3):351-8.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5325.pdf> Acessado: 25 de mar. 2017.

MOURA, F. E. A., et al. Estudo de infecções respiratórias agudas virais em crianças atendidas em um centro pediátrico em Salvador (BA). J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 275-282, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442003000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de mar. 2017.

MOURO, A. et al. Prevalence of upper respiratory tract infections at a tertiary care hospital in the city of São Paulo. Einstein. 2010; 8(2 Pt 1):197-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000200197. Acesso em: 22 de mar. 2017.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): 3229-3240, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/30260>, <http://hdl.handle.net/11449/30260> Acesso em: 23 de mar. 2017.

RIBEIRO, B. B. et al. Experiência de ensino em medicina e enfermagem: promovendo a saúde da criança. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 89-96, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de mar. 2017.

9. APENDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pais e crianças, você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de um estudo. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida. Caso não possa ler, poderei fazê-lo mediante uma testemunha.

Este estudo está sendo conduzido pela ESF Medianeira do município de Veranópolis - RS/Curso de Especialização Profissional em Saúde Pública do Programa Mais Médicos, sob a responsabilidade da médica Mildrey Diaz Diaz e orientação pelo Programa Mais Médicos.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

ESCLARECIMENTO SOBRE O ESTUDO:

Título do projeto: Intervenção educativa sobre infecções respiratórias em crianças assistidas pela ESF Medianeira, município de Veranópolis/RS

Responsável do estudo: Mildrey Diaz Diaz

Telefone da responsável para contato: (54) 981428432

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde oferecida na ESF Medianeira do município de Veranópolis–RS e para isso será aplicado um questionário sobre os serviços avaliados.

O possível risco que este estudo poderá trazer a você é o de constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isto aconteça, sinta-se à vontade para não responder às perguntas que se enquadrarem nesta categoria.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à responsável para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Se concordar em participar do estudo, seu nome e o do paciente menor serão mantidos em sigilo. Este estudo iniciou em dezembro 2016 com previsão de término

para junho 2017. Em qualquer fase deste estudo, é assegurado seu direito de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo da sua parte.

Mildrey Diaz Diaz

Responsável do estudo

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu _____

RG: _____ CPF: _____,

concordo em responder ao questionário do estudo citado e que trata sobre Intervenção educativa sobre infecções respiratórias em crianças assistidas pela ESF Medianeira, município de Veranópolis/RS. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Discuti com a responsável Mildrey Diaz sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos adotados. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Veranópolis, RS, ____/____/2017.

Assinatura do usuário

QUESTIONÁRIO

Nome dos pais da criança: -----

Nome da criança: -----

Endereço -----

VARIÁVEIS:

Idade: ----- Grau de escolaridade: -----

Sexo: F ----- M-----

Status sociais: classe alta: ----- classe média: ----- classe baixa: -----

Número de pessoas que convivem na casa: -----

Estado civil dos pais: solteiro ----- casado ----- união estável -----

Antecedentes patológicos do paciente: -----

Qual é seu tratamento: -----

Antecedentes patológico familiar: -----

PERGUNTAS:

1.O que entende por infecção respiratória? -----

2.Conhece algum fator de risco para que sua criança desenvolva uma infecção respiratória? Sim ----- Não -----

3.Conhece como se transmite as infecções respiratórias? Sim ----- Não -----

4. Conhece complicações das infecções respiratórias? Sim----- Não-----

5. Apresenta alguma manifestação respiratória? Sim ----- Não -----

6. Que manifestação (ões) apresenta? -----

7.Quanto tempo tem apresentando sua criança sintomas e sinais de infecções respiratórias? -----

8. Tem um tratamento regular? Sim ----- Com: -----
Não-----

9. Tem alergia a algum remédio? Sim: ----- Explique: -----
Não: -----
10. É alérgico às mudanças climáticas e ambientais? Sim: ----- Não-----
11. Quando fase atividades físicas sente falta de ar? Sim ----- Não -----
12. Tem estas infecções respiratórias várias vezes ao ano? Sim: ----- Quantas vezes
por ano? ----- Não: -----
13. Tem acompanhamento no posto de saúde? Sim: ----- Não: -----
14. Quantas vezes ao ano tem seguimento em seu posto de saúde? -----
15. Como é a atenção que recebe sua criança no posto? -----
16. Tem acompanhamento com pediatra? Sim----- Não-----
17. Frequenta creches ou escolas? Sim ----- Não -----