



ROMUALDO RODRIGUES DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF ESMERALDA, MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE, RS**

**PORTO ALEGRE/RS
Janeiro de 2018**



ROMUALDO RODRIGUES DOS SANTOS

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF ESMERALDA, MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Vanessa Vilhena Barbosa.

PORTO ALEGRE/RS

Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	10
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
6	REFERÊNCIAS	17
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Romualdo Rodrigues dos Santos, me formei em medicina na Escuela Latinoamericana de Medicina, em Havana, Cuba, um país totalmente diferente do Brasil, por seus costumes e com uma educação prioritária e uma medicina de qualidade.

A **ELAM** – Escola Latino-americana de Medicina, a cada ano até 100 brasileiros são selecionados para cursar medicina na instituição. Todas as indicações de candidatos são feitas indiretamente por instituições oficiais do governo ou organizações políticas, sociais e religiosas brasileiras. Isto é, o interessado em estudar medicina em Cuba deve se informar junto a organismos governamentais, partidos políticos, ONGs (organizações não-governamentais), representações religiosas (como a Igreja católica) e outras instituições de ação social que são as responsáveis por indicar à representação diplomática de Cuba no Brasil os candidatos pré-selecionados às bolsas (VIAMED, 2011).

Minha experiência em viver em Cuba foi muito proveitosa, eu pude adquirir conhecimento amplo relacionado a cultura e a política do país, como também conhecimento na área da medicina que devido a minha condição de ter vindo de uma família baixa renda, não teria sido possível adquirir no Brasil.

O aprendizado de medicina em Cuba é excelente, era integral e os professores eram muito dedicados e exigentes, cobravam um retorno na aprendizagem que foi essencial para meu crescimento e amadurecimento tanto profissional e pessoal.

Após terminar a faculdade, em Julho de 2015, vim para o Brasil e ingressei no Programa do governo Mais Médicos, tendo a oportunidade de trabalhar na ESF Esmeralda, a qual está localizada na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

De acordo com os dados do IBGE (2017) a população que reside na área de abrangência é de 4846 pessoas, sendo que desses 2343 eram homens e 2503 mulheres, e o número de mulheres em idade fértil 1628; 71,6 % dessa população era de pessoas declaradas brancas e 27,6 % de pessoas negras.

O total de domicílios era de 1482 e a densidade domiciliar de 3,2 habitantes por residência. Mas sabe-se que esses dados são subestimados, pois nos últimos anos a área cresceu muito em residências e em moradores, sendo que muitas dessas áreas

estão descobertas de ACS e, conseqüentemente, de assistência. Hoje estima-se uma população de 4064 pessoas.

Em relação a demanda atendida pela ESF Esmeralda, pode-se dizer que é formada em sua maioria por gestantes, hipertensos e diabéticos.

Dessa forma, resolvi escolher como tema do meu Projeto de Intervenção (em anexo) o aleitamento materno, que se deu durante o trabalho como médico na Unidade Esmeralda, onde tenho verificado que as mães pouco têm aderido o ato de amamentar ou desmamam muito antes do período preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 1 ano e 6 meses a 2 anos.

Muitas dessas mães estão inseridas ao grupo da população de baixa renda, com pouca escolaridade e com grandes influências culturais, assim decidem acrescentar na alimentação da criança já no primeiro mês, chás, água, leite em pó, leite de vaca, entre outros. Essas mães se justificam em acrescentar esse tipo de alimentação a dieta do bebê, pois afirmam que o leite não vai sustentar, ou ainda muitas recebem a ajuda das avós, com seus conhecimentos culturais em plantas medicinais, oferecem chás ao bebê.

A maioria dessas mães e gestantes, por serem mães de primeira viagem, ou por terem pouco conhecimento sobre amamentação, são influenciadas pelos familiares, onde sabemos que essas influências são devido a cultura, herança, costumes, crenças que são passadas de geração a geração e afetam a vida dessas mulheres, inclusive a amamentação.

Assim, diante de todas essas situações vivenciadas no dia-a-dia ao longo do trabalho na USF, surgiu o interesse e mais do que isso, a urgência de realizar essa intervenção para auxiliar na ampliação do conhecimento dessas gestantes e mães sobre a importância do aleitamento materno e sua continuidade até os 2 anos de idade.

A educação em Saúde com as gestantes é relevante porque contribuirá para ampliar os conhecimentos da equipe multidisciplinar da ESF, pois esta receberá treinamento para melhorar o acolhimento as gestantes que frequentam a unidade, bem como também contribuirá na qualidade de vida das puérperas e dos bebês. De uma forma geral, contribuirá para uma maior adesão ao aleitamento materno no bairro e a maiores alcances, no município.

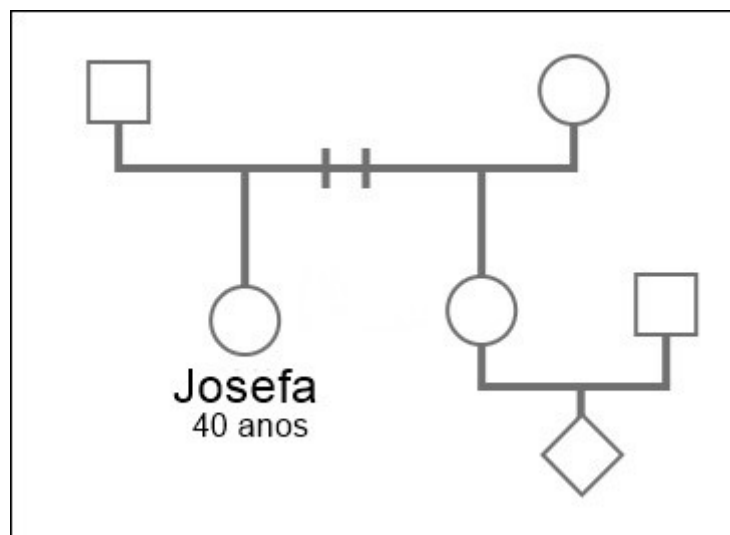
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Após relatar minha formação médica e meu local de atuação para enriquecimento de minhas práticas profissionais, agora venho elaborar um estudo de caso clínico mediante minha atuação na USF Esmeralda, onde busquei um caso já atendido por mim na unidade, que tive o mérito de acompanhar.

Diante dos preceitos do SUS, citados na introdução desse trabalho, o sistema de saúde é integral e universal, portanto os atendimentos visam reestabelecer a saúde do usuário de modo a melhorar sua qualidade de vida. Ao estudar esse caso clínico, isso se torna cada vez mais possível pois se trata de um atendimento com acompanhamento contínuo.

A senhora Josefa da Silva (nome fictício), de 40 anos, negra, sexo feminino, mora com a mãe de 76 anos, cujo é divorciada de seu pai e não sabe o paradeiro deste. Possui uma irmã que é casada e mora com o marido e atualmente está grávida de seu primeiro filho.

Genograma JOSEFA



Fonte do próprio autor

Josefa tem o diagnóstico de diabetes mellitus há 5 anos, porém tem dificuldade em cumprir com o tratamento medicamentoso e não mudar o estilo de vida, usufruindo de uma dieta abusiva de doces e massas. Leva um estilo de vida sedentário e se encontra acima do peso no momento.

Para melhorar o atendimento e planejar as ações de saúde da paciente, foi registrado o SOAP.

Segundo Coriolano (2017), a eficiência na prestação do atendimento médico longitudinal, ou seja, por um longo período de tempo, característica própria da Atenção Primária à Saúde, também contempla os registros das informações aferidas durante a consulta. O correto registro do exame clínico contribui tanto para interesses individuais do paciente quanto para a gestão dos serviços de saúde.

Segue o SOAP da paciente Josefa:

SOAP	JOSEFA
(S) Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Histórico de Diabetes na família; - Relata dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso; -Relata não praticar exercícios físicos; - Relata não ter disposição para seguir dieta diabética.
(O) Objetivo	<p>SINTOMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia: 241 - Cansaço físico; <p>EXAMES:</p> <p>-Exame físico: Aferido o peso (92kg) e altura (1,70), com o IMC (31) indicando obesidade; Aferição da PA: 120x80mmHg; palpação e a ausculta das artérias carótidas normais; Pulsos periféricos normais, ausculta pulmonar e cardíaca normais, FC 68 bpm;</p> <p>- Exames complementares: Hemograma Completo normal; Bioquímica Sanguínea (Potássio; Sódio; Creatinina; Colesterol total; Análise da urina: normais Eletrocardiograma e raio x de tórax normais; Glicemia elevada: 241mg/dl</p>
(A) Avaliação	<p>CONSTATADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Mellitus; - Obesidade; - Sedentarismo.
(P) Plano	<p>AÇÕES DE INTERVENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar Anamnese; - Realizar exame físico; - Aferir a PA; - Solicitar exames complementares;

	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar para que Josefa faça um acompanhamento da glicemia no centro de Saúde, por 07 mês; - Encaminhar para endocrinologista; - Agendamento de retorno para 07 dias.
--	---

Para complementar o atendimento da paciente diabética e acompanhamento na Unidade de Saúde, necessita-se fazer o Projeto Terapêutico Singular, o qual pode ser observado a seguir:

Problemas levantados:

- Diabetes mellitus;
- Não adesão ao tratamento medicamentoso;
- Obesidade e sedentarismo.

Metas:

Mediante reunião no Centro de Saúde, as metas estabelecidas para tratar do caso de Josefa são:

- Curto prazo: monitorar o tratamento medicamentoso com visitas domiciliares pra controle e anotações e orientação a sua mãe para que a mesma a ajude;
- Médio prazo: Orientações sobre mudança do estilo de vida e a prática de exercícios físicos. Encaminhar para nutricionista para uma dieta mais adaptada;
- Longo prazo: Retorno do Endocrinologista.

Divisão de Responsabilidades – Equipe:

- ACS: visitas domiciliares e anotações na planilha de controle da medicação a ser tomada: Metformina 850 mg no almoço;
- Enfermeiro: Orientações para práticas saudáveis, com alimentação saudável e exercícios para reduzir o peso; Orientações em como lembrar de tomar a medicação e apoio a Unidade;

- Médica: consulta detalhada com exames e encaminhamentos. Acolhimento adequado ao paciente;
- Paciente: deverá seguir todas as orientações e procurar a Unidade de saúde caso haja qualquer dúvida.

Avaliação

O acompanhamento adequado será realizado conforme reunião com a equipe para discussão das metas e planejamento para se atingir os resultados esperados e estar apoiando a família nesse processo.

Manejo clínico:

- 1) Solicitar exames complementares
- 2) Realizar as consultas e exames físicos;
- 3) Fornecer os encaminhamentos para nutricionista e endocrinologista;
- 4) Orientar a vir a Unidade para fazer a glicemia em jejum por 07 dias;
- 5) Orientar a tomar a medicação nos horários certos e tentar seguir a dieta hipoglicídica.

Retorno:

Ao retornar para consulta, Josefa trouxe o controle glicêmico em jejum feito durante aquela semana na Unidade de Saúde:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
145 mg/dl	135 mg/dl	122 mg/dl	115 mg/dl	114 mg/dl

Fonte próprio autor

Josefa afirmou ter tomado as medicações pois referiu sua mãe ter ajudado e o fato de vir a Unidade fazer o teste de glicemia lhe causou uma responsabilidade em seguir com a dieta.

O que podemos notar é que quando o paciente está disposto a mudar seu estilo de vida e seguir a dieta é um fator que realmente ajuda. Em uma busca nos bancos

de dados da internet sobre o assunto, artigos trazem a importância da dieta em doenças crônicas degenerativas:

Sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), o consumo alimentar habitual constitui um dos principais fatores determinantes passíveis de modificação para DCNT. As evidências epidemiológicas demonstram um potencial efeito protetor do elevado consumo de fibras e teores reduzidos de índice glicêmico da dieta habitual para o diabetes (SARTORELLI; CARDOSO, 2006, p.01).

Referente ao uso de medicações hipoglicemiantes, os artigos de revisão sistemática referem-se ao uso da Metformina como um hipoglicemiante:

O tratamento da hiperglicemia pode ser feito com muitas classes de drogas e, mais habitualmente, pela combinação destes medicamentos, cada um com seu mecanismo de ação e perfil de efeitos adversos. Entre os agentes hipoglicemiantes, a metformina é a que mais reduz os índices glicêmicos no sangue e o medicamento que demonstrou em estudos comparativos o melhor perfil de redução de morbidade e de mortalidade cardiovascular quando comparada com os outros hipoglicemiantes (ALMEIDA, 2015, p. 02; SABINO, 2001, p 01).

Nota-se que a metformina realmente atua como medicação adequada no tratamento da diabetes e agregada a uma dieta hipoglicídica, traz grandes benefícios na redução da glicose no sangue, mantendo os níveis de glicemia desejados.

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

A promoção em saúde é uma prática que deve ser realizada no atendimento do Sistema Único de Saúde e principalmente associada as Unidades de Saúde que atendem a população dividida por bairros e o território, diante das doenças prevalentes, para trabalhar com a prevenção destas e com a educação voltada pra saúde.

A aprendizagem no curso de Especialização de Saúde da Família me fez compreender a relação estabelecida entre promoção da saúde, prevenção e educação em saúde e como foi citado na introdução desse trabalho, eu atuo na ESF Esmeralda.

A promoção da saúde enquanto campo conceitual e de prática vem se desenvolvendo como uma reação à medicalização da saúde, na sociedade e no interior do sistema de saúde e tem, no atual contexto, um marco de referência mais amplo do que o enfoque usado no esquema da história natural das doenças, centrado no indivíduo, família ou grupos (SUCUPIRA; MENDES, 2003, p. 09).

Segundo Martins (2017), de forma geral, a prevenção se faz em três níveis:

- a) A prevenção primária, que é tudo que fazemos no intuito de remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença ocorra. Inclui a promoção da saúde e a proteção específica contra certas doenças (ex.: imunização, exercícios físicos);
- b) A prevenção secundária, que são as ações que visam detectar um problema de saúde em seu estágio inicial, muitas vezes subclínico, facilitando o diagnóstico definitivo e o seu tratamento, desta forma reduzindo ou prevenindo sua disseminação ou suas consequências no longo prazo (ex.: rastreamento de câncer de mama, estratificação do risco cardiovascular);
- c) A prevenção terciária, que são as ações que visam reduzir os prejuízos funcionais consequentes a um problema agudo ou crônico, incluindo as medidas de reabilitação (ex.: reabilitar um paciente após um infarto ou após um acidente vascular cerebral).

Em relação a educação em saúde, pode se estabelecer uma situação de educação onde há um educador e alguém para aprender. No caso da educação

voltada para a saúde, implica em estratégias para modificar o estilo de vida das pessoas envolvidas com o objetivo da prevenção de doenças:

Uma das concepções mais generalizadas sobre educação e saúde é aquela cujas atividades se desenvolvem mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde. Os traços mais evidentes das relações que se estabelecem em situações desse tipo são o didatismo e a assimetria expressa na ação que parte do profissional de saúde na condição de “educador” em direção ao usuário dos serviços de saúde na condição de “educando” (BRASIL, 2007, p. 08).

Na ESF Esmeralda, as ações voltadas pra prevenção de saúde ocorrem direcionadas aos grupos de atendimento na Unidade:

Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs

Ações voltadas para a prevenção do diabetes e da hipertensão arterial sistêmica. Por meio de palestras, workshops e tendas de saúde, profissionais capacitados alertam sobre o impacto dessas doenças para o indivíduo, a família e a sociedade. Fazem parte dessa dinâmica, a entrega de material educativo, a realização da medição de níveis tensionais e a verificação de HGT (glicemia capilar).

Saúde da criança – puerpério

Ações voltadas para o acompanhamento e desenvolvimento infantil, primeiras consultas do RN; acompanhamento do calendário de vacinas, teste do pezinho, prevenção de doenças infecciosas; incentivo a amamentação até o 1º ano de idade; nutrição infantil adequada. Com o uso de materiais educativos, vídeos

Programa Saúde da Mulher

Atividades relacionadas à prevenção do câncer de mama e do câncer de colo do útero. São disponibilizados materiais educativos pelos profissionais de saúde, que atuam também na realização de palestras e aconselhamento a respeito da importância do autocuidado e do autoexame, na prevenção e na detecção de

qualquer alteração de saúde. Anualmente engajado na Campanha Outubro Rosa, promove diversas ações focadas na prevenção e no cuidado com a saúde da mulher.

Programa Saúde do Homem

Promove ações voltadas à prevenção do câncer de próstata. São disponibilizados materiais educativos pelos profissionais de saúde, que atuam também na realização de palestras e aconselhamento sobre a importância do autocuidado.

Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/Aids

Realizamos ações educativas e preventivas a doenças sexualmente transmissíveis, onde são disponibilizados materiais educativos pelos profissionais de saúde, que atuam também na realização de palestras sobre sexualidade saudável. São também distribuídos preservativos feminino e masculino, reforçando as medidas de prevenção.

Fonte próprio autor

Portanto, volto a enfatizar que a educação em Saúde com as gestantes é relevante porque contribui para ampliar os conhecimentos da equipe multidisciplinar da ESF Esmeralda, que recebe treinamento para melhorar o acolhimento as gestantes que frequentam a unidade, bem como também contribui na qualidade de vida das puérperas e dos bebês.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A visita domiciliar é uma importante estratégia utilizada para apurar casos complexos no ambiente familiar da residência do paciente. Conforme a introdução desse portfólio, minha atuação na UBS Esmeralda implica em atender de maneira igualitária todos os pacientes, principalmente aqueles que não conseguem se locomover até a Unidade de saúde.

No Brasil, a visita domiciliar aparece como uma atividade realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de atenção primária, chamadas de Estratégia Saúde da Família (ESF), e mais recentemente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que fazem a retaguarda especializada para as equipes de atenção primária, na qual a prática de visita domiciliar nem sempre é reconhecida como legítima pelos profissionais que a praticam, às vezes sendo considerada algo do improvisado (FREIRE; PICHELLI, 2013).

É importante destacar que a visita domiciliar pode ter como aspecto positivo a aproximação dos profissionais ao contexto no qual os sujeitos estão inseridos. A maior aproximação do contexto de vida dos usuários possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e dos trabalhadores da saúde, abrindo espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na minha ESF as visitas domiciliares são programadas com horários específicos, todas as terça-feira no horário da manhã são feitas, e são planejadas e solicitadas pelos agentes comunitários de saúde, os familiares dos pacientes ou pela ESF, geralmente são feitas pelo médico e enfermeira, e ACS.

É muito reconfortante quando temos pacientes com assistência domiciliar e seguimos sua evolução pois a médico acaba adentrando no âmbito familiar, tornando-se próximo à realidade ou situação vivida por eles e assim influenciar e conduzir parte de suas vidas.

Um caso que chama muito minha atenção foi quando a equipe acompanhou um paciente masculino HPS, de 87 anos, na casa, a solicitação da filha com antecedentes de HAS há 30 anos e Adenocarcinoma de pulmão diagnosticado há 6 meses, com metástase na coluna dorsal lombar, com a consequente incapacidade para se locomover, queixa-se de dor intensa e falta de ar. Mora sozinho com a filha

que trabalha como empregada doméstica em casa de família e ele fica só com o cuidador a maior parte do tempo.

O caso foi discutido na reunião de equipe da semana e avaliamos que cumpria com os critérios de inclusão na assistência domiciliar, pois mora na de abrangência da unidade, foi solicitada por um familiar, tem perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária assim como condição clínica comprometida pela complexidade do caso foi visitado por vários membros da equipe médica, enfermeira assistente social psicólogo e fisioterapeuta.

Foram orientadas medidas de higiene, sanitárias e terapêuticas necessárias: deixamos por escrito, de forma clara para a filha e o cuidador todos os cuidados e sinais de alarma.

Na reunião seguinte, a equipe traçou um plano para melhorar a qualidade de vida e oferecer melhores cuidados paliativos ao paciente em estágio terminal. Disponibilizou-se oxigênio, entraram no programa de bolsa de família, o fisioterapeuta começou a assistir 3 vezes por semanas. Para os cuidados de HPS e se realizou uma dinâmica familiar em conjunto com o psicólogo, programou-se uma visita domiciliar quinzenal.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao finalizar esse curso de especialização em saúde da família, posso apenas dizer que foi muito gratificante poder compartilhar de conteúdos tão enriquecedores para meu aprendizado e crescimento profissional enquanto médico de saúde da família na atenção primária em saúde.

Algumas matérias do eixo I (saúde coletiva) contribuíram para adquirir mais conhecimentos e leva-los para a minha prática, no trabalho na Unidade Esmeralda, como por exemplo a vigilância em saúde. Nessa disciplina aprendi a notificar agravos de saúde, que já realizava anteriormente, mas com os ensinamentos do curso pude me aprimorar e treinar a equipe também, pois a equipe é a alma da UBS.

Segundo Silveira, Senna e Oliveira (2011), o trabalho em equipe surge da necessidade de estabelecer objetivos e metas em comum com um plano de trabalho bem definido, por meio do qual se desenvolvam o crescimento individual e do grupo e o cuidado centrado no usuário e na comunidade envolvidos.

Dessa forma, o trabalho em equipe é o nosso grande aliado quando se trata de situações de agravos e notificação compulsória que os demais membros da equipe não conseguem resolver.

Além do trabalho em equipe, o fluxo de informação é constante desde que haja o aparecimento de casos suspeitos e compulsórios. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos, que deve ser feita às autoridades sanitárias do município de Porto Alegre.

Uma colocação importante a ser feita é sobre a disciplina do E-SUS (eixo I), prontuário eletrônico que ainda não funciona na maioria das cidades do Brasil, inclusive na minha.

Acredito que o Sistema de Informação do SUS pode ser usado como várias formas de contribuição para a equipe. As informações sobre as famílias atendidas, as pessoas e sobre o território irão influenciar de maneira positiva na elaboração de planos e metas, de ações de saúde voltadas para esses dados epidemiológicos. Assim, a equipe terá maiores informações da comunidade, dos casos mais prevalentes e poderão elaborar metas para a promoção da saúde.

As informações do sistema são utilizadas com intuito de levantar informações epidemiológicas para me inteirar dos casos e estabelecer a melhor forma possível para trata-los. E também trabalhar com a prevenção e mais do que isso, tomar minhas decisões referentes aos casos.

Como disse antes, uso o sistema para analisar as informações obtidas sobre o território e sobre as pessoas e famílias, bem como escolas, meios sociais, a cultura, a crença, tudo que envolve a saúde da pessoa, para programar minhas ações em cima disso.

No eixo II (casos complexos) pude aprender a diagnosticar diversas patologias e a propor planos de manejo clínico e condutas para cada caso, bem como participar de fóruns e interagir meus conhecimentos com os outros profissionais colegas de curso.

Com a realização desse portfólio, foi possível aprender sobre condutas terapêuticas, genograma e interação familiar no estudo de caso, promoção e educação em saúde em grupos de hipertensos e voltada para a saúde mental. As visitas eu já realizava, mas a teoria do curso me fez buscar maiores informações e saber planejar as visitas conforme a solicitação das mesmas.

Por fim, posso avaliar meu desempenho como satisfatório, pois tudo que aprendi ninguém irá tirar de mim, e que ganha com isso são meus pacientes, a comunidade que atendo, a qual procuro oferecer o meu melhor na qualidade da assistência prestada.

6 REFERENCIA

ALMEIDA, F. O uso de Metformina em pacientes diabéticos com insuficiência renal. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 1 - 4, 2015.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Porto Alegre, RS.** 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em 31 de Julho de 2017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

CORIOLANO, Daniel. Métodos SOAP na medicina. 2017. Ebook. Disponível em: <<http://profissaomedica.com.br/lp/wp-content/uploads/2017/03/profissao-medica-ebook-metodo-soap-na-medicina.pdf>>. Acesso em 21 de junho de 2017.

FREIRE, F. M; PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: Percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33, 162-173, 2013.

MARTIN, L. **Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade.** 2017. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/prevencao-de-doencas-e-promocao-da-saude-na-terceira-idade/>>. Acesso em 17 de novembro de 2017.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, 32, 299-316, 1998.

SARTORELLI, Daniela S.; CARDOSO, Marly A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 415-426, June, 2006.

SILVEIRA MR, SENA RR, OLIVEIRA SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev Min Enferm.**, 15(2):196, 2011.

SUCUPIRA, A; MENDES, R. Promoção da Saúde: Conceito e definições. Ano IV, **Sanare**, n.1, jan./fev./mar, 2003.

VIAMED. **Elam – Escola de Medicina de Cuba.** 2011. Disponível em: <<https://viamed.wordpress.com/2011/01/29/elam-faculdade-de-medicina-cubana/>>. Acesso em 31 de Julho de 2017.

**7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS**

ROMUALDO RODRIGUES DOS SANTOS

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ESMERALDA, NO MUNICÍPIO PORTO ALEGRE, RS**

**PORTO ALEGRE -RS
2017**

RESUMO

O objetivo desse projeto de intervenção é aplicar a educação em saúde sobre a prática do aleitamento materno exclusivo e suas implicações na saúde da mãe e da criança, através de círculos de cultura, numa Unidade de Saúde da Família do Município de Porto Alegre, RS. Os benefícios do aleitamento materno exclusivo são inúmeros para mãe e para o bebê em toda sua vida. A ação de amamentar não é somente devido a economia que pode gerar para mãe, mas também fornece um bem estar físico e mental para criança. A intervenção será realizada no Município de Porto Alegre, na Unidade de Saúde Esmeralda, onde serão convidadas a participar 50 gestantes que estão cadastradas na Unidade e que fazem parte do grupo de educação em saúde. Espera-se com a realização dessa intervenção, que a equipe de saúde da ESF possa ser capacitada em 70% sobre o aleitamento materno para melhorar o acolhimento das gestantes; que as gestantes compreendam em 80% a importância do aleitamento materno, seus benefícios e consequências da extensão e do desmame precoce; e que aumente em 80% a adesão ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Os recursos necessários para a realização desse projeto são: Humanos: equipe de saúde da família; e Materiais: ata de reunião da educação em saúde das gestantes; lista de presença; panfletos sobre aleitamento materno; cartolinas; canetas piloto; cartilhas educativas.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Aleitamento materno. Saúde da Mulher.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	OBJETIVOS	05
2.1	OBJETIVO GERAL	05
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
3	REVISÃO DE LITERATURA	06
4	MÉTODOS	11
5	CRONOGRAMA	13
6	RECURSOS NECESSÁRIOS	14
6.1	RECURSOS HUMANOS	14
6.2	RECURSOS MATERIAIS	14
7	RESULTADOS ESPERADOS	15
	REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção será realizado na ESF Esmeralda, a qual está localizada na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

De acordo com os dados do IBGE (2017) a população que reside na área de abrangência é de 4846 pessoas, sendo que desses 2343 eram homens e 2503 mulheres, e o número de mulheres em idade fértil 1628; 71,6 % dessa população era de pessoas declaradas brancas e 27,6 % de pessoas negras.

O total de domicílios era de 1482 e a densidade domiciliar de 3,2 habitantes por residência. Mas sabe-se que esses dados são subestimados, pois nos últimos anos a área cresceu muito em residências e em moradores, sendo que muitas dessas áreas estão descobertas de ACS e, conseqüentemente, de assistência. Hoje estima-se uma população de 8064 pessoas.

Em relação a demanda atendida pela ESF Esmeralda, pode-se dizer que é formada em sua maioria por gestantes, hipertensos e diabéticos. Dessa forma, a escolha desse tema se deu durante o trabalho como médico na Unidade Esmeralda, onde tenho verificado que as mães pouco têm aderido o ato de amamentar ou desmamam muito antes do período preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 1 ano e 6 meses a 2 anos.

Muitas dessas mães estão inseridas ao grupo da população de baixa renda, com pouca escolaridade e com grandes influências culturais, assim decidem acrescentar na alimentação da criança já no primeiro mês, chás, água, leite em pó, leite de vaca, entre outros. Essas mães se justificam em acrescentar esse tipo de alimentação a dieta do bebê, pois afirmam que o leite não vai sustentar, ou ainda muitas recebem a ajuda das avós, com seus conhecimentos culturais em plantas medicinais, oferecem chás ao bebê.

A maioria dessas mães e gestantes, por serem mães de primeira viagem, ou por terem pouco conhecimento sobre amamentação, são influenciadas pelos familiares, onde sabemos que essas influencias são devido a cultura, herança, costumes, crenças que são passadas de geração a geração e afetam a vida dessas mulheres, inclusive a amamentação.

Assim, diante de todas essas situações vivenciadas no dia-a-dia ao longo do trabalho na USF, surgiu o interesse e mais do que isso, a urgência de realizar essa intervenção para auxiliar na ampliação do conhecimento dessas gestantes e mães sobre a importância do aleitamento materno e sua continuidade até os 2 anos de idade.

Esse projeto de intervenção é relevante porque contribuirá para ampliar os conhecimentos da equipe multidisciplinar da ESF, pois esta receberá treinamento para melhorar o acolhimento as gestantes que frequentam a unidade, bem como também contribuirá na qualidade de vida das puérperas e dos bebês. De uma forma geral, contribuirá para uma maior adesão ao aleitamento materno no bairro e a maiores alcances, no município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prática do aleitamento materno exclusivo e suas implicações na saúde da mãe e da criança, atendidas pela ESF Esmeralda, no município de Porto Alegre, RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar as principais consequências da extensão do aleitamento materno;
- Identificar as consequências do desmame precoce;
- Demonstrar os benefícios do aleitamento materno para a mãe e para a criança;
- Analisar a relação de um aleitamento exclusivo com o desenvolvimento da criança.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para falar sobre aleitamento materno, antes é necessário conhecer suas características principais e sua importância na promoção da saúde da mãe e do bebê.

De acordo com Polido et al (2011), em sua publicação sobre vivências maternas associadas ao aleitamento materno, é possível perceber que a amamentação exclusiva é indicada até a criança completar seis meses e a partir daí, deve ser complementada com outros alimentos até a criança chegar aos dois anos de idade, para que possa proteger a saúde da criança.

O Ministério da Saúde (2015), em seu manual do aleitamento materno e alimentação complementar, traz o aleitamento como uma estratégia eficaz que promove além da nutrição da criança, o vínculo entre mãe e filho:

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública (BRASI, 2015, p. 07).

Percebe-se que o aleitamento materno é a base da nutrição da criança e sua manutenção exclusiva até os seis meses gera um encontro entre a promoção da saúde e a melhora na qualidade de vida da mãe e do filho.

Uma boa promoção do aleitamento materno irá depender, segundo o Ministério da Saúde (2015) e Polido et al (2011), exclusivamente do sistema de saúde atuante e dos esforços dos seguimentos sociais, para que a saúde da criança e da gestante estejam em foco, assim o atendimento será de qualidade e todas as gestantes cadastradas na Unidade de Saúde serão atendidas e acolhidas de forma humanizada.

Para que haja um bom acolhimento das gestantes e puérperas pela unidade, a equipe de saúde precisa passar por uma capacitação e conhecer mais sobre o aleitamento materno. Dessa forma, o próximo tópico irá mostrar os tipos de aleitamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o leite produzido pela mãe é uma fonte de nutrientes inquestionável, pois até mesmo quando chega na idade de dois anos, o leite fornece 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia.

É importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde:

Tem o aleitamento materno exclusivo, que é quando a criança recebe somente leite materno, seja direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte. O aleitamento materno predominante acontece quando a criança recebe junto do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, entre outros. Já o aleitamento materno complementado a criança recebe também qualquer alimento sólido. Para finalizar, tem o aleitamento materno misto ou parcial, que se caracteriza quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (OMS, 2007, p.16 *apud* BRASIL, 2015, p.13).

Um apontamento importante a se fazer é que os tipos de aleitamentos definidos pela Organização Mundial da Saúde seguem um caminho específico que inicia-se pelo aleitamento materno exclusivo e vai até o aleitamento misto, quando já são introduzidos outros alimentos na dieta do bebê.

Abdala (2011) complementa que o leite materno é rico em nutrientes que causam desenvolvimento e proteção no organismo da criança, aumentando assim os fatores psicológicos, nutricionais e promovendo o crescimento adequado no ano inicial da vida, cuja a saúde está vulnerável devido a várias doenças.

Conclui-se que se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é importante e possui muitos benefícios no desenvolvimento da criança, a extensão do aleitamento prorroga esses benefícios.

Para apontar os benefícios e consequências do aleitamento materno e sua extensão, foi consultado o manual do Ministério da Saúde (2015) sobre o aleitamento materno e alimentação complementar, que destaca os principais benefícios, os quais serão listados a seguir:

- Evita mortes infantis;

- Evita diarreia;
- Evita infecção respiratória;
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes tanto pela mãe como pelo filho;
- Reduz a chance de obesidade;
- Melhora a nutrição;
- Efeito positivo na inteligência;
- Melhora o desenvolvimento da cavidade bucal;
- Proteção contra câncer de mama (mãe);
- Evita nova gravidez (mãe);
- Menores custos financeiros (família);
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Melhora qualidade de vida.

É possível perceber são inúmeros os benefícios comprovados cientificamente, que promovem o aleitamento materno exclusivo e sua extensão até os dois anos de idade, através do aleitamento complementar.

Queluz *et al* (2012) complementa que esses benefícios são prática indispensável para a saúde da criança a curto e a longo prazo, contribuindo para reduzir os índices de mortalidade infantil.

Os benefícios para a mãe no pós-parto, segundo Oliveira (2011) são satisfatórios e contribuem de forma geral para a qualidade de vida na maternidade, pois a amamentação materna exclusiva permite uma recuperação física pós-parto mais rápida, diminuindo o sangramento, promovendo o retorno mais rápido do útero para o tamanho normal, e assim diminui chances de anemia.

Apesar de apresentar muitos benefícios, o aleitamento materno é finalizado ainda no período dos seis primeiros meses de vida, e esse ato concretiza o desmame precoce.

Segundo Faleiros, Trezza e Carandina (2006), em um estudo sobre aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração, a idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente é a partir dos dois anos de idade, porém vem acontecendo de forma prévia, levando ao desmame precoce.

O Ministério da Saúde (2015) complementa que introduzir alimentos na nutrição da criança precocemente pode levar a ocorrer prejuízos à saúde, tais como:

- Maior número de episódios de diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

Os autores Rocci e Fernandes (2014) concordam com esses prejuízos, essas consequências e ainda apontam que a cultura e as crenças da população influenciam diretamente no desmame precoce.

Os fatores que influenciam no desmame precoce são a cultura da população em achar que o leite materno é fraco e não sustenta; que o leite materno desce em pouca quantidade; a dor que a mãe sente ao amamentar pode levar ao desmame precoce; o retorno da mãe ao trabalho; e a demora na descida do leite (BRASIL, 2015).

Portanto, o desmame precoce acaba acontecendo porque a população sofre influência de suas culturas, crenças, costumes e a informação passada de boca-a-boca, onde muitas gestantes não tem o total conhecimento de como funciona o aleitamento materno exclusivo, ou seja, o pré-natal não foi satisfatório quanto as orientações fornecidas.

Muniz (2010) enfatiza a importância de um bom pré-natal e o incentivo ao aleitamento exclusivo, pois a criança que é amamentada fica mais resistente a doenças, dificilmente necessita atendimento médico, remédios e hospitalizações.

Segundo Nick (2011), há uma relação positiva entre o aleitamento materno e o desenvolvimento da criança, pois estudos sobre a importância do aleitamento nos seis primeiros meses de vida, mostram que a amamentação exclusiva supre todas as necessidades nutricionais para o crescimento e desenvolvimento da criança.

Evidencia-se que o aleitamento materno exclusivo influencia diretamente no desenvolvimento da criança pois apresenta muitos benefícios a sua saúde, e consequentemente na saúde da mãe.

O Ministério da Saúde (2015), enfatiza que para ocorrer a promoção do aleitamento materno exclusivo é preciso contar com o apoio dos serviços e profissionais de saúde, através de ações educativas dirigidas à mulher e à criança, através do pré-natal ou de grupos de gestantes, para ressaltar a importância do aleitamento materno por dois anos ou mais, e exclusivo nos primeiros seis meses. E assim, enfatizar que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias, enumerando as demais vantagens da amamentação para o bebê e a mãe.

Lelis (2012) complementa que o incentivo ao aleitamento materno só terá bons resultados se os profissionais de saúde tiverem um olhar acolhedor e humanizado, levando em conta os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher entre outros.

É preciso despertar nas gestantes, o interesse para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, com o apoio da equipe de saúde da família e chamar a atenção das autoridades pertinentes ao assunto e gestores de saúde para que passem a ver o aleitamento como uma prioridade na saúde da criança e da mãe.

4 METODOLOGIA

O território de atuação é o que abrange a ESF Esmeralda, a qual está localizada na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que segundo o IBGE (2017), atualmente o território abrange 4846 pessoas, sendo que desses 2343 eram homens e 2503 mulheres, e o número de mulheres em idade fértil 1628; 71,6 % dessa população era de pessoas declaradas brancas e 27,6 % de pessoas negras.

Na Unidade de Saúde era atendida a população em geral da área adscrita, que inicialmente era formada por 4,800 pessoas. Dessa forma, esse número alto de pessoas atendidas vem dificultando novas captações e a realização de algumas atividades, mas ainda assim são atendidos Hipertensos, Diabéticos, Gestantes em pré-natal, saúde da criança, entre outros.

Serão convidadas a participar deste projeto de intervenção 50 gestantes que estão cadastradas na Unidade. Espera-se que compareça entre 15 a 20 gestantes que fazem parte do grupo de educação em saúde. Todas foram convidadas formalmente e previamente a estarem participando de um grupo de conversa. Os critérios de inclusão utilizados foram: serem gestantes ou puérperas, cadastradas na unidade e que aceitem participar da reunião.

Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes MOMENTOS:

1. Capacitação sobre aleitamento materno para toda a equipe de saúde da família da Unidade que acontecerá no período de duas semanas;
2. Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar as gestantes e puérperas a participarem da reunião sobre aleitamento materno, no período de duas semanas;
3. Ação educativa sobre aleitamento materno através de um grupo de conversa para as gestantes e as mães de crianças de 0 a 2 anos, para mostrar os benefícios da extensão e as consequências do desmame precoce, que

acontecerá em uma data pré-estabelecida. Esta intervenção acontecerá totalmente no período de um mês;

4. Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	X					
Segundo momento		X				
Terceiro momento			X			
Quarto momento				X	X	X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 atendente/recepção, 1 auxiliar de limpeza, 7 agentes comunitários de Saúde, 1 dentista.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cartazes;
- Panfletos;
- Cadernos de Atenção Básica (aleitamento materno exclusivo);
- Prontuários das gestantes cadastradas.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se alcançar com este projeto de intervenção os seguintes resultados:

- Em 100% da equipe da USF que estiver presente no treinamento, deve ocorrer a capacitação de pelo menos 70% para o aleitamento materno;
- Em 100% das mães e gestantes que assistirem a palestra, que 80% possa compreender a importância do aleitamento materno;
- Em 100% das gestantes e mães que participarem da reunião, que 80% possa aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses;
- Que através da palestra, 80% das mães possam identificar as principais consequências da extensão do aleitamento materno e do desmame precoce;
- Que as mães e gestantes presentes, 80% possam conhecer e compreender os benefícios do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Maria Aparecida Pantaleão. **Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FALEIROS, F. T. V; TREZZA, E. M. C; CARANDINA, L. C. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição de Campinas**, v. 19, n. 5, São Paulo, 2006.

LELIS, De Leon Silva Costa. **Aleitamento Materno exclusivo à criança até os seis meses de idade: avanços e desafios**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2012.

MUNIZ, Marden Daniel. **Benefícios do aleitamento materno para a puérpera e o neonato: A atuação da equipe de saúde da família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2010.

NICK, Marcela Scapellato. **A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção da saúde da criança**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.

OLIVEIRA, Kátia Andréia de. **Aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na atenção primária de saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina núcleo de educação em saúde coletiva Conselheiro Lafaiete, 2011.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Revista Acta Paul Enferm**, v.24, n.5, São Paulo, 2011.

QUELUZ, M. C. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n. 3, São Paulo, 2012.

ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, Guarulhos, SP, 2014.