

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

SILVANETE MARYCLÉA MALCHER DIAS

PORTFÓLIO FINAL

BELÉM-PA

2017

SILVANETE MARYCLÉA MALCHER DIAS

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em saúde da família sob orientação do professor Dr. Fabiano Fábio de Carvalho, médico de Família e Comunidade.

BELÉM-PA

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	12
4 VISITA DOMICILIAR	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	21
REFERÊNCIAS	26
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
OUTROS ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Nasci numa cidade de clima tropical chamada Belém do Pará região norte do Brasil, batizada com o nome de Silvanete Marycléa Malcher Dias, a 3ª de uma família de quatro filhas. Comecei meus estudos aos cinco anos de idade com a minha mãe que era professora, filha e irmã de professora. Aos 11 anos, descobri que queria ser médica apesar do meu pai desejar que eu fosse economista e minha mãe querer uma juíza de direito.

Sempre estudei em escolas públicas, exceto no último ano quando me preparei para fazer vestibular em um colégio particular. Ingressei na faculdade em 1988 e conclui meu curso de Bacharelado em Ciências Médicas no dia 14 de outubro de 1994 pela Universidade Federal do Pará.

Iniciei minha experiência profissional no serviço particular como assistente entre os anos de 1997 até março de 2002, quando fui morar no interior do Pará numa cidade chamada Marudanópolis, pertencente ao município de Marapanim, a fim de trabalhar como médica no posto de saúde do Programa Saúde da Família (2002). Fiquei lá até junho de 2005 quando fui transferida para outro município de nome Matapiquara. Em 2006, me mudei para a cidade de Maracanã para trabalhar no PSF de Vila da Penha até junho de 2007.

Em fevereiro de 2010, fiz pós-graduação pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará na especialização de Clínica Médica onde conclui em janeiro de 2012. Inscrevi-me no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) em julho de 2016. Em agosto fui apresentada oficialmente à minha equipe e desde então estou trabalhando lá.

Trata-se de uma unidade do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF), chamada Tapanã III, localizada no conjunto Cordeiro de Farias, quadra N°14 n. 60, bairro Tapanã. É composta por seis equipes de saúde, mas atualmente abriga quatro equipes.

A minha equipe é a III, e segundo o consolidado anual das famílias cadastradas por município publicado em 2017 pela Secretária Municipal de Saúde

ligado ao sistema de atenção básica, existem 3.093 pessoas cadastradas nesta equipe distribuídas em 586 famílias.

O seguimento territorial da equipe III possui 05 igrejas católicas, 22 igrejas evangélicas, 02 postos de saúde (UMS e ESF), 04. escolas públicas e 04 escolas particulares. É constituído por 10 microáreas, mas somente 05 microáreas possui agentes comunitários de saúde (ACS) as microáreas 04, 06, 08, 09, 10 ficam descobertas. Portanto, é uma unidade de saúde bastante complexa, de proporções continentais, o que torna desafiadora a missão de promover uma boa visita domiciliar, exigindo além de muito trabalho e empenho, uma infraestrutura que possibilite sua realização. (vide OUTROS ANEXOS)

Quanto ao sexo, foram registradas 1.411 pessoas do sexo masculino e 1.682 do sexo feminino; Com relação à faixa etária: são 15 crianças menores de 01 ano (07 do sexo masculino e 08 do sexo feminino); entre 1- 4 anos são 98 crianças (44 meninos e 54 meninas), entre 5- 6 anos são 99 crianças (51 do sexo masculino e 48 feminino); entre 7-9 anos são 135 crianças (56 meninos e 79 meninas); entre 10- 14 anos são 233 pessoas (99 crianças do sexo masculino e 134 do sexo feminino), entre 15-19 anos são 301 pessoas (136 do sexo masculino e 165 do sexo feminino); entre 20- 39 anos são 1.117 pessoas (511 pertencentes ao sexo masculino e 606 do sexo feminino); entre 40 e 49 anos são 466 pessoas (212 homens e 254 mulheres); entre 50-59 anos são 348 pessoas (1.640 pessoas do sexo masculino e 184 pessoas do sexo feminino) e com 60 anos a mais são 281 pessoas (126 homens e 155 mulheres).

Todas as famílias vivem em zona urbana, sendo que 513 famílias habitam em casas de alvenaria e 73 famílias vivem em casas de madeira. Todas elas possuem energia elétrica e também tem seu lixo coletado como destino final. No que diz respeito ao tipo de tratamento da água, cerca de 296 famílias utilizam água filtrada, 61 famílias fazem uso de fervura, 95 famílias usam cloro e 133 famílias não fazem qualquer tipo de tratamento. A rede pública fornece água para 430 famílias, enquanto que 173 casas são abastecidas por poços ou nascentes.

Para 574 famílias, o destino de dejetos (fezes/urina) é feito por meio de fossa biológica e apenas 07 famílias possuem sistema de esgoto. Desta maneira,

podemos concluir que esta população está em constante situação de risco, pois sofrem pela falta de tratamento de água, não tem acesso a um sistema de esgoto eficiente, a coleta de lixo ocorre apenas uma vez por semana, o que obriga a maioria dos moradores a guardarem seus resíduos em sacos plásticos suspensos para não serem expostos pelos animais. São muitos casos de assaltos e atropelamentos sofridos pelos moradores e há diversos pontos de alagamentos devido ao entupimento dos bueiros. (vide OUTROS ANEXOS)

Entres as doenças e ou condições referidas de maior ocorrência estão: parasitose intestinal, anemia, diarreia, desnutrição, sífilis, hanseníase, escabiose, lombalgia, hipertensão arterial e Diabetes mellitus tipo 2.

Quanto ao meu Projeto de Intervenção trata-se da adesão de habilidades defensivas sob o título: “A adoção de medidas profiláticas no Pré-natal de mulheres consultadas na Equipe III da Estratégia Saúde da Família Tapanã III” (vide ANEXO 1). O objetivo deste projeto foi reduzir os principais fatores de riscos observados durante as consultas do pré-natal, visando à melhoria da assistência à gestante e ao recém-nascido. Os recursos usados como métodos foram análise de identificação por meio de consulta do público alvo através do SIS-PRÉNATAL, com a participação de toda a equipe de saúde oferecendo palestra e outros meios de multimídia.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente V.S.B. S, 32 anos, parda, união estável, ensino superior completo, operadora de caixa, iniciou seu pré-natal com a Enfermeira no dia 09/03/2017 trazendo resultado positivo do β -HcG e uma ultrassonografia transvaginal realizada no dia 07/02/2017 com diagnóstico de gravidez tópica de 5 semanas e 5 dias. Informa que é sua primeira gravidez e no momento encontra-se com queixa de “formigamento” em mãos e pés. Mãe é hipertensa, sua avó materna era cardíaca e sua irmã mais velha desenvolveu hipertensão durante a gravidez. Gravidez não planejada, porém bem aceita. Exame físico: PA: 120/80 mmHg / • Peso: 88 kg / • Altura: 158 cm / • IMC: 33.43 / • DUM: 01/12/2016 / • DPP: 08/09/2017 / • IG: 14 sem e 1 dia pela DUM ou 10 sem pela USG. Agendada uma nova consulta, solicitado GESTAR do 1º trimestre, fornecida Carteira da Gestante e encaminhada para avaliação com a Odontologista e a Nutricionista, além de atualizar esquema vacinal.

No dia 18/04/2017, ela comparece para consulta médica. Voltou a se queixar de parestesia acompanhada de cefaleia, pirose e estava muito ansiosa por causa do tempo de gravidez, tendo realizado uma ecografia por conta própria. Ao exame físico apresentou: • PA: 120/70 mmHg / • Peso: 88.100kg / • Mucosas normocoradas / • Tireóide: consistência e mobilidade normais / • Mamas túrgidas com estrias e saída de colostro / • AP: MV suave, bilateralmente, sem estertores e com FR de 20 ipm / • ACV: BCNF, RCR em 2t FC de 82 bpm, sem sopros / • Abdômen: gravídico, estrias, cicatriz umbilical retraída, apresentação córmica, situação transversa, AFU= 21 cm em seu maior diâmetro / • MF presentes com BCF+ / • Genitália externa: sem alterações / • edema de 2/3+++ em MMII / • IG: 19 sem e 3 dias pela DUM ou 15 sem e 4 dias pela USG. GESTAR do 1º trimestre (15/03/2017): • Hemograma: 12,1 % hg*; 36,1 ht*; 14.200 leuc*; 67% seg*; 23% linf* / • VHS: 38 mm • TS: O+ / • GJ: 77 mg / • sorologias virais sem alterações / • VDRL: não reagente / • EAS: NDN / • Urocultura: < 1.000 UFC. O USG obstétrico (31/03/2017) mostrou feto único, vivo, CCN de 62 mm, BCF de 160 bpm, canal endocervical

fechado, FSD livre e IG de 13 semanas. Avalio sinais de alarme e prescrevo Sulfato ferroso 250mg(1 comp. VO) e Ácido fólico 5mg(1 comp. VO), antes do almoço uma vez ao dia, solicito alguns exames e agendo retorno em 7 dias.

A paciente retornou somente no dia 09/05/2017 e reclamava apenas de “lábios rachados”. Ao ser questionada sobre sua ausência na consulta passada, a mesma falou que não conseguia atendimento na unidade de saúde e que por isso acabou faltando. Seu exame físico foi: • Peso: 89 kg / • PA: 100/60 mmHg / • Abdômen: gravídico, apresentação pélvica, situação longitudinal, dorso à direita, • AFU= 21 cm, • MF presente com BCF+, edema discreto em membros inferiores, • IG: 22 sem e 1 dia (DUM) ou 18 sem e 4 dias (USG). Exames laboratoriais: • Creatinina: 0,74 mg / • Ureia: 25 mg • **Proteína na urina de 24h: 87 mg/24 h, com volume urinário de 1850 ml**; Recomendo que evite faltar às consultas, atualize o calendário das vacinas atrasadas, não abuse do sal e como conseguiu reduzir sua pressão arterial e sua proteinúria está dentro da normalidade, agendo nova consulta para 30 dias. Mas a paciente somente retornou à consulta de enfermagem no dia 04/07/2017, sem sintomas. Apresentou a carteira de vacinas atualizadas e trouxe dois resultados de USG obstétricos sem alterações. Seu peso foi de 90.700kg, PA de 110/60 mmHg e IG de 29 sem e 5 dias (DUM) ou 27sem (USG). Solicitei o 2º GESTAR e pedi para não faltar às consultas. Entrei de férias em agosto e nesse período, a paciente é atendida somente pela nossa enfermeira.

No dia 03/08/2017, ela se apresenta com cefaleia, pesando 95. 500 kg e PA de 110/80 mmHg. Como seu peso aumentara bastante (cerca de 4.800kg em um mês) e estava com 3+++ de edema, ela foi encaminhada para um serviço de referência e solicitado retorno em sete dias com nova proteinúria/24h. No dia seguinte, ela é atendida no serviço de referência onde é examinada e submetida a uma nova USG com avaliação da vitalidade fetal: feto único, cefálico, longitudinal, dorso à direita, DBP de 78 mm, peso de 1731 g, estatura de 42,9 cm, sexo feminino, placenta tópica e posterior com grau de maturidade 1, LA normal com ILA de 16 cm, canal endocervical fechado e IG de 31 semanas e 2 dias. O Doppler fluxo útero-placentário, feto-placentário e cerebral estavam normais. Recomendado repouso e retorno à sua unidade de saúde, com controle rigoroso de peso e pressão arterial.

Porém em 23/08/2017, com 34 semanas, ela relatou que estava em seu trabalho quando começou a apresentar intensa cefaleia com edema generalizado e mal estar geral. Foi levada para a UMS do Tapanã 1 onde foi medicada. Como sua pressão arterial permanecera em torno de 140/100 mmHg, ela foi transferida para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) onde ficou em observação por 12 horas, realizando exames, recebendo medicação oral com Metildopa 500mg VO a cada seis horas e alta com retorno no mesmo local e acompanhamento na atenção primária. No dia 19/09/2017, com 37 semanas e 5 dias, percebeu que estava perdendo líquido por via vaginal com presença de raios de sangue vermelho-escuro associado à dor abdominal, contrações uterinas e cefaleia. Foi levada em caráter de emergência para um hospital, onde foi verificada pressão arterial de 140/90 mmHg e edema generalizado. O exame do colo uterino apresentou dilatação de 1 cm. Realizada cardiotocografia fetal (que não constatou nenhuma anormalidade) e bioquímica em geral, cujos resultados foram normais. Ficou em observação por 12 horas, recebendo alta hospitalar com recomendação de repouso absoluto, metildopa 500mg VO de 6/6h e acompanhamento na atenção primária.

Atendi V.S.B. S no dia 26/09/2017. Estava com 38 semanas e 5 dias, queixando-se de “falta de ar, dormência em mão e braço direito e dor de cabeça”. Seu exame físico foi: peso de 97.200kg, PA de 140/110 mmHg, FC de 116bpm, FR de 28 ipm, AFU de 37 cm, MF e BCF+, edema de 3+++. Preenchi uma guia de referência com um laudo em anexo solicitando interrupção imediata da gravidez, de preferência por indução do trabalho de parto. Ela foi levada para a Santa Casa de Misericórdia, onde ficou em observação até o dia seguinte. À noite sua pressão foi para 120/80 mmHg, mas pela manhã já estava em 130/110 mmHg. Neste momento ela foi transferida para outro hospital, onde às 13h44m foi submetida a uma cesariana, recebendo alta hospitalar no dia 29/09/2017. Sua filha K.V.S.P. D nasceu no dia 27/09/2017 pesando 2.905 kg, com 47 cm, PC de 34 cm, sem nenhuma anomalia congênita. Mas um dia depois de nascida, foi levada para a UTI pediátrica por causa de vômitos borráceos seguidos de hematêmese, recebendo o diagnóstico de Doença Hemorrágica do Recém-nascido. Foi medicada com vitamina K(5 dias)

+Ranitidina (5 dias) +Plasma Fresco (1bolsa) +Concentrado de Hemácias (1 bolsa).
Recebeu alta no dia 02/10/2017.

Fiz contato telefônico com a paciente no dia 02/10/2017 pela manhã e agendei uma visita domiciliar para o dia 11/10/2017, uma vez que sua filha estava internada até aquele momento. Durante a visita, ela se queixou de dormência na mão direita e que tem verificado com frequência sua pressão arterial, informando que esta se mantém em torno de 120/80 mmHg, diurese e hábito intestinal normais, sem lóquios há dois dias, frequência de amamentação normal e com apego ao recém-nascido. Ao exame físico: mucosas hipocoradas, ACP normal, PA 140/100 mmHg, mamas túrgidas, com estrias e saída de colostro, abdômen flácido com dor discreta em região pélvica, cicatriz cirúrgica discretamente hiperemiada, sem secreção e com útero em involução cerca de 12 cm acima sínfise púbica, membros inferiores com edema de 2/3+++ . Realizei exame físico também na sua filha, que agora estava com quinze dias de vida. No momento apresentando-se com icterícia subclínica, mucosas normocoradas, fontanela bregmática normotensa e com 2,5 cm, PC com 35 cm, PT com 33 cm, abdômen sem visceromegalias e timpânico, coto umbilical em fase de cicatrização, genitália externa sem anomalias. Reflexos de apreensão, Moro, sucção e Babinski presentes. Vacinas atualizadas. Realizou Teste do Pezinho com 72 horas de vida. Aguarda a realização dos demais testes de triagem. Solicitei exames complementares, orientei a fazer o MAPA e prescrevi novamente Sulfato ferroso e Metildopa caso a pressão arterial permaneça elevada. Além disso, falei sobre os sinais de alerta para a PE que podem ser apresentados por ela durante esse período (cefaleia persistente, distúrbios visuais, dor no hipocôndrio direito, sudorese súbita) e que necessitam de encaminhamento para atendimento de urgência.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº32, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínicas obstétricas mais comuns neste trimestre, tais como: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia eclâmpsia e óbito fetal. . Considera-se

Hipertensão arterial na gravidez, a pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior a 90 mmHg em uma mulher previamente normotensa. As mulheres com doença hipertensiva na gestação devem ser acompanhadas no puerpério e, se permanecerem hipertensas, o acompanhamento deve ocorrer por, no mínimo, 12 semanas. A hipertensão persistente após este período deve ser considerada como **Hipertensão crônica**. Lembrar que parto antes de 37 semanas* é fator independente de proteção contra recorrência de PE na gestação seguinte (*o parto de V.S.B. S ocorreu com 38 semanas). Segundo o MSB, entende-se por **Puerpério** como o período que vai do final do terceiro estágio do trabalho de parto ao retorno do organismo feminino ao estado preconcepcional. Leva aproximadamente seis semanas, mas pode chegar a vários meses, caso a mulher esteja amamentando. A primeira* consulta deve ocorrer entre 7-10 dias (*a paciente foi avaliada no 15º dia). Na avaliação deve-se ter atenção, entre outras coisas, para: a) a ficha do pré-natal, presença de lóquios fétidos, solicitação de exames complementares (se necessário), exame das mamas, sinais de depressão, frequência de amamentação. As orientações para a contracepção devem ser individualizadas. Em relação à prevenção de PE em uma próxima gestação, é recomendado: a) a suplementação de Carbonato de Cálcio (1000-2000 mg/dia) especialmente em mulheres com baixa ingestão deste nutriente e com alto risco de desenvolver a doença; b) AAS em baixas doses (75-100 mg) após o 1º trimestre de gravidez. Estas também são as mesmas recomendações da FEBRASGO, que propõem a “**Regra dos 4 P**”: **Prevenção, Precocidade no diagnóstico, Parto oportuno e Puerpério Seguro**, para minimizar este quadro alarmante. Quanto ao uso do Metildopa durante a amamentação, o Serviço de Saúde Comunitário do GHC de Porto Alegre diz que é absolutamente segura a sua prescrição. Agendei uma consulta de retorno para a paciente em 30 dias para revisar a amamentação, examinar mamas, investigar hábitos urinários e intestinais, orientar sobre o período de coleta do PCCU e, principalmente, analisar sua pressão arterial. Nesta ocasião, aproveitei para elaborar um Projeto Terapêutico Singular. (vide OUTROS ANEXOS)

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

Quando comecei as minhas atividades na ESF Tapanã III, percebi que um dos maiores contingente de atendimento referia-se ao grupo das gestantes. Buscando associar os conceitos de promoção, educação e prevenção à saúde dentro daquilo que nos é proposto no Programa Mais Médico, decidi que as grávidas e os seus bebês seriam meu público-alvo para esse tipo de incumbência. Desde a década de 60, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a importância da realização dos programas populacionais de Triagem Neonatal, especialmente nos países em desenvolvimento. Então, iniciei uma série de palestras para falar a respeito dos diversos tipos de testes que são realizados nos recém-nascidos, qual a finalidade e como são feitos. Como ferramenta de trabalho, optei por vídeos disponibilizados pela Unasus e pelo Ministério da Saúde.

Falei inicialmente sobre o **Teste do Pezinho**, enfatizando quais as principais doenças, o melhor período de realização e o seu significado. Procurei usar palavras acessíveis e de fácil compreensão, uma vez que a maioria das gestantes possui um nível de escolaridade baixo, com ensino fundamental incompleto. Disse a elas que o exame é feito a partir do sangue coletado do calcanhar do bebê e permite identificar doenças graves como o hipotireoidismo congênito, doenças metabólicas e doenças hematológicas. Expliquei que são doenças que geralmente não apresentam sintomas ao nascimento e, se não forem tratadas a tempo, podem causar sérios danos à saúde, inclusive retardo mental grave e irreversível. Sendo que o melhor período é entre o 3º-5º dia de vida. Esse teste é realizado na UMS Tapanã 1, que fica próxima à nossa ESF.

Outro teste que também mereceu destaque foi o **Teste do Reflexo Vermelho**, conhecido popularmente como "**Teste do Olhinho**" que ajuda a identificar problemas como catarata congênita e retinoblastoma, através de uma luz direcionada ao olho da criança a uma distância de 20 cm que deve refletir um tom vermelho semelhante ao observado em fotografias com flash. Caso a cor seja

branca, opaca ou amarela, significa que o recém-nascido possui alguma patologia e que deve ser encaminhada ao especialista. Nós fazemos esse teste em nossa própria estratégia, através dos agendamentos, às sextas-feiras. Ou quando não é possível fazê-lo em nossa unidade, ocorre o encaminhamento para algum local apropriado. Aqui em Belém, nós temos o Hospital Bettina Ferro e Sousa e a Maternidade do Povo como exemplos de locais públicos que estão aptos a fazer esse teste.

O teste de Emissões Otoacústicas Evocadas ou “Teste da Orelhinha” deve ser feito prioritariamente durante o primeiro mês de vida. Ele é realizado por um fonoaudiólogo e dura de 3-5 minutos. É indolor e pode ser testado com a criança dormindo, quando é colocado um pequeno fone na parte externa do ouvido do bebê. Esse fone deve ser capaz de gerar estímulos sonoros que mostram como o ouvido do recém-nascido reage aos sons. Nós orientamos às puérperas a agendar consulta no Hospital Universitário de Belém.

Já oferecido em algumas maternidades da rede pública como a Santa Casa de Misericórdia de Belém, o **Exame de Oxímetro de Pulso ou “Teste do Coraçãozinho”** permite identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave no coração e, em caso positivo, o paciente é submetido ao exame de Ecocardiograma para confirmar o diagnóstico. Falei às mães que esse exame é rápido, simples e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos através de um aparelho chamado Oxímetro (espécie de pulseirinha) que é instalado no pulso e no pé do bebê. Deve ser feito nos primeiros dias de vida, por isso expliquei da importância da escolha do local do parto, pois de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, cerca de 10 em cada 1000 nascidos podem apresentar alguma mal formação congênita cardíaca e, entre esses casos, 2 podem ter cardiopatias graves e precisarem de intervenção médica urgente.

Por fim, oriento sobre o **Teste da Linguinha**, que se converteu em Lei em junho de 2014. Com esse teste é possível identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sugar, mastigar, engolir e falar. A língua presa é uma alteração comum, mas muitas vezes ignorada, que está presente desde o nascimento e ocorre quando uma pequena porção de tecido (que deveria ter

desaparecido durante o desenvolvimento do bebê na gravidez) permanece na parte de baixo da língua, limitando seus movimentos. O exame é indolor e sem nenhuma contraindicação, deve ser feito ainda na maternidade. Se a maternidade ou hospital não tiverem realizado o teste, recomendo às mães a nos avisarem logo na primeira consulta da puericultura para encaminhar o bebê para os locais que estejam preparados para realizar esse teste. Em Belém, a Universidade Estadual do Pará e a Santa Casa de Misericórdia do Pará são os locais que realizam o teste gratuitamente.

Depois da orientação sobre Triagem Neonatal, as mães são alertadas a respeito das consultas em Puericultura. Buscando como base o calendário fornecido pelo Ministério da Saúde do Brasil, procuro fazer com que as crianças tenham pelo menos o mínimo de atendimento necessário da mesma maneira que acontece no pré-natal. Tento agendar dentro da realidade de cada família e também do grau de vulnerabilidade que cada criança apresenta, ou seja, para aquelas que vivem em área de invasão, não possuem saneamento básico, nasceram com baixo peso ou cujas mães tiveram alguma intercorrência, essas devem ser assistidas com maior frequência.

Objetivando avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças entre zero e três anos de idade, entrei em contato com nossa Terapeuta Ocupacional, que integra a equipe da NASF, e utilizamos o **Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver Revisado ou Denver II (TTDD-R)**. Dentre os testes utilizados para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, o TTDD-R ou Denver II é um dos mais utilizados devido a sua praticidade, por ser de baixo custo e ser feito dentro da própria estratégia da família, visto que, sendo um serviço de atenção primária que visa à promoção da saúde, a aplicabilidade do TTDD-R é de fundamental importância, pois propicia a detecção precoce de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor. Criado por Frankenburg et al., em 1967, avalia quatro áreas/ categorias: motor grosseiro, motor fino adaptativo, linguagem e pessoal social. Em 1990, os autores propuseram uma nova versão conhecida como Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver Revisado ou DenverII (neste último alguns itens de difícil aplicação ou interpretação foram modificados ou excluídos).

Fiz a compra do material necessário para a realização do teste: lã vermelha ou pompom, chocalho de cabo fino, lápis vermelho, figuras diversas (gato, cachorro, pássaro, menino e menina), sino, boneca de plástico, carrinho de plástico, blocos coloridos, mamadeira pequena, folhas de papel em branco, régua grande, bola de tênis e copo com boca larga. Cada criança é avaliada individualmente, passando primeiro pela consulta médica para ser agendada depois para o teste. Em média são três crianças por sessão, que dura aproximadamente duas horas para avaliar a área motor grosseiro (sentar, pular e andar); motor fino adaptativo (coordenação olho mão, manipulação de objetos pequenos e solução de problemas); linguagem (audição, compreensão); Pessoal social (relacionamento com as pessoas e cuidado consigo mesmo). Os resultados são anotados numa ficha técnica de Denver II anexada ao prontuário de cada criança, que consta dos seus dados pessoais, sua idade corrigida (caso ela seja prematura) e de uma linha vertical que é traçada na idade correspondente à idade da criança a ser avaliada. Verifica-se se ela consegue realizar ou não os itens que foram cortados pela linha. Ao final, realiza-se a interpretação do teste com a mãe sendo informada sobre o resultado, orientando a mesma a estimular o filho em casa para os itens em que ele não respondeu como era esperado. É avaliado também o comportamento da criança como atenção, timidez e cooperação. Quando o resultado é normal, a criança é reavaliada numa próxima consulta. Caso seja suspeito (dois ou mais alertas e/ou mais atrasos), a criança será reavaliada em uma ou duas semanas, da mesma maneira se for Intestável.(vide OUTROS ANEXOS)

Vale lembrar que esse teste abrange crianças de até seis anos, mas resolvi diminuir a faixa etária para poder ampliar o grau de observação. Em relação à repercussão do teste, ainda estou estudando os resultados por ser um projeto recém implantado.

Outra educação permanente foi no Grupo de Saúde Mental. Antes da minha chegada, a rotina de trabalho era apenas a constante troca de receitas controladas, sem nenhum tipo de acolhida ou acompanhamento. A partir daí, comecei a fazer um balanço de quais eram os tipos mais comuns de distúrbio psíquico, para desenvolver uma intervenção capaz de reduzir o sofrimento emocional e fazer a reestruturação

pessoal. Dentre as intervenções desenvolvidas e/ou testadas na atenção primária, escolhi a que melhor se adaptasse aos nossos pacientes que foi a **Terapia Interpessoal Breve**, que se baseia num modelo biopsicossocial para a compreensão do sofrimento emocional. O objetivo principal é reduzir os sintomas psíquicos que interferem na socialização da pessoa. Em uma primeira fase (um ou dois encontros), faço um levantamento da história do sofrimento mental, realizando um inventário interpessoal. A fase seguinte (cinco a oito encontros) é onde são detectados os problemas com a finalidade de melhorar o funcionamento que desencadeia ou mantém o sofrimento. A fase final (em um ou dois encontros) serve para fazer um levantamento dos progressos e das mudanças ocorridas. É quando ocorre a consolidação dos ganhos. Dessa maneira, espero reduzir a necessidade de encaminhamentos para as unidades de referência.

4 VISITA DOMICILIAR

O conhecimento do ambiente familiar é essencial para que o trabalho do médico de família e comunidade possa acontecer em toda a sua magnitude. A prestação de cuidados na casa do paciente, dando-lhe orientação, assistência, atenção e educação são requisitos necessários para uma boa visita domiciliar.

Pensando nisso, resolvi fazer uma reunião com a equipe para abordar três questões importantes. Em primeiro lugar, procurei saber quais os grupos de risco nessa população: apesar de que uma variedade de situações seja atendida por nossas visitas domiciliares, o maior número de casos ocorre para os pacientes idosos, os acamados e os portadores de necessidades especiais; em seguida, vem as gestantes, puérperas e casos de doenças transmissíveis como tuberculose e hanseníase que apresentam alto índice de prevalência. São esses os casos de maior complexidade psicossocial. Por causa dessa variabilidade, fizemos um arquivo com os nomes e endereços de todas essas pessoas de modo que uns não sejam mais contemplados que os outros.

Investiguei também que tipo de usuários tem dificuldade de acesso ao serviço na estratégia de saúde: além das situações óbvias, outro aspecto que me chamou atenção é em relação ao distanciamento físico da unidade de saúde com algumas microáreas e também a precariedade de recursos humanos: minha equipe possui dez microáreas com apenas cinco agentes comunitários de saúde, que fazem a cobertura de áreas muito próximas da casa saudável como a V e VII, e outras muito longe como as I, II e III (nessas preciso usar um meio de transporte público para me deslocar nesses locais, o que nem sempre é fácil ou seguro, já que não temos um veículo particular a nossa disposição). E damos assistência às áreas descobertas ou paralelas como IV, VI VIII, IX e X.

Prestamos atenção nos horários porque devido aos constantes assaltos praticados naquela região, torna-se perigoso circular naquele ambiente depois de uma determinada hora. Quando consigo um carro particular, então posso ficar até mais tarde sem colocar em risco a vida de nenhum dos integrantes. Quanto ao

número de visitas, elas variam de acordo com os casos apresentados, em média de quatro a seis.

Quanto à regularidade das visitas, no contato prévio com a equipe, é importante refletir coletivamente sobre quais os tipos de casos precisam ser priorizados no território específico em questão. É preciso traçar um planejamento para as diversas microáreas visitadas, uma vez que cada uma delas apresenta uma realidade diferente. Esse planejamento deve ser revisto periodicamente, de modo a evitarmos os “hiperssolicitantes” e os “abandonados”. É um cuidado especial que devemos ter no acompanhamento dos usuários crônicos, que demandam uma atenção mais complexa, pois com frequência tornam-se deprimidos e, por isso, além dos cuidados específicos para a doença-base, torna-se necessário também realizar uma intervenção psíquica (farmacológica ou não). Já os casos de doenças agudas não são frequentes, porque eles quase sempre são encaminhados para as unidades de pronto atendimento ou unidade básica de saúde que servem como suporte.

Procuro explorar aspectos biológicos, familiares, sociais, farmacológicos e psicossociais, isso permite uma interação entre a equipe com o usuário e o cuidador e seus familiares. Situações como o aspecto do lar devem ser levados em consideração: tipo de habitação, se possuem água encanada, quantas pessoas convivem naquela casa, quantos compartimentos existem, se a coleta de lixo é feita regularmente, qual o destino do esgoto. É muito comum casas de difícil acesso, sem asfalto, com valas a céu aberto e sacos de lixo pendurados nas portas. A educação ambiental assim como bons hábitos de higiene fazem parte do roteiro das visitas domiciliares.

Para dar maior aderência ao tratamento do paciente e conscientizá-lo sobre sua patologia, é importante desenvolver as habilidades de comunicação com os cuidadores, pois eles também irão fazer parte desse processo. Desenvolver uma maior capacidade de assimilação de informações através da estimulação de percepção da responsabilidade sobre o tratamento, estabelecendo uma confiança para que haja sempre uma troca de ideias, de forma a evitar situações como: o cuidador “silencioso” que aceita tudo, mas não partilha nada e dificulta a troca de informações; o “monopolizador”, que tende a centralizar os cuidados do paciente

para si e acabam negligenciando com sua própria saúde; e o “queixoso” que vive reclamando o tempo todo ou solicitando visitas com mais frequência.

Sobre os procedimentos realizados, além da medição da pressão arterial (que é um momento essencial para se descobrir novos casos de hipertensão ou verificar se os atuais estão sob controle), é feita também a dosagem da glicemia capilar, a verificação do peso (com uma balança digital portátil que infelizmente nem sempre está à nossa disposição), o Teste de sensibilidade (quando há casos suspeitos de hanseníase) e, em alguns casos, a realização de curativos (que são feitos pela enfermeira com uso de material apropriado como gazes, bandagens, soro fisiológico ou placas dérmicas de colóide). Quando solicito exames laboratoriais, a coleta pode ser feita na própria residência (por nossa técnica de enfermagem que leva o material para ser analisado pelo laboratório) ou o usuário se desloca até a UBS. O resultado desses exames é levado pelo ACS responsável pelo caso ou pelo cuidador que se dirige até a nossa estratégia. Registro em prontuário o resultado e procedo quanto à conduta, mas deixo clara a necessidade de se fazer uma nova visita para reforçar as orientações necessárias. Outros exames como ultrassonografia, ECG ou de radiografia exigem que o usuário se desloque para o local de realização, o que algumas vezes torna-se difícil porque demanda de certa despesa para a família.

Em relação aos pacientes que necessitam da ampliação da rede de apoio, posso dizer que sinto certa frustração porque não existe a troca de questionamentos, dúvidas ou informações paralelas quando preciso fazer um encaminhamento a algum especialista, mas procuro me deixar à disposição e investigo se a contrapartida ocorreu, se foi bem sucedida e se há alguma recomendação específica.

Quem me acompanha nas visitas sempre são os agentes comunitários de saúde porque além de conhecer a área geográfica e pertencer à comunidade, existe o fator da confiança e da intimidade existente entre eles. Quando preciso resolver alguma questão resolutiva, recorro aos profissionais que dão suporte no matriciamento, que apesar de não realizarem a visita conjunta, sempre atendem ao meu pedido quando solicitados, especialmente a profissional do Serviço Social que auxilia nos casos de vigilância epidemiológica como ocorre nos pacientes faltosos de

hanseníase, em que o tratamento adequado dos acometidos e a ampliação das medidas de controle ficam prejudicadas.

No que se refere à gravidez, mesmo quando é desejada ou planejada, quase sempre é um fator estressante. Por isso, quando há necessidade de uma visita, procuro avaliar se existe algum tipo de conflito familiar; se é mãe solteira e/ou adolescente; se apresenta algum transtorno de humor ou de sono que podem prejudicar a gestante e o bebê. Durante o puerpério, analiso como ocorreu o parto; se há presença de lóquios fétidos ou febre que possam indicar infecção; examino as mamas à procura de fissuras, mastite ou ingurgitamento; quais os sinais de apego ao recém-nascido, atentando para os casos de depressão pós-parto. Incentivo o acompanhamento do desenvolvimento do bebê, investigo se os testes de triagem neonatal foram realizados, examino os bebês e aproveito a oportunidade para orientar sobre a importância das consultas de puericultura.

É muito gratificante saber que através das visitas domiciliares muitas situações podem ser resolvidas, que medidas preventivas podem ser tomadas quando é feita uma análise do contexto social conhecendo o ambiente que cada pessoa vive. Nos casos faltosos, é possível mudar a história clínica desses pacientes quando se demonstra interesse pelo seu tratamento, especialmente com aqueles cujo nível sócio-econômico é baixo. De um modo geral, avalio minhas visitas como um fator decisivo para aumentar o conhecimento necessário sobre cada indivíduo, em particular, e de cada família, como parte integrante da atenção primária da saúde.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Analisando o percurso que tracei desde a minha chegada até agora, aprendi que o exercício médico não pode ser simplesmente o ato de diagnosticar e estabelecer um tratamento. Através dos módulos apresentados durante esse curso de especialização, demonstrando por meio de vídeos, artigos, contextualização e leituras, percebi que fui evoluindo gradativamente, pois ainda estava muito atrelada aos conceitos aprendidos na clínica médica.

Um dos aspectos mais importantes da atenção básica é que ela é o principal elo entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada, porque esta ideia caracteriza baixa capacidade para resolver problemas e implica em desqualificação e isolamento. Por isso, busquei no método SOAP como uma forma de organizar melhor as informações no prontuário médico, com isso posso visualizar e planejar as condutas que devo tomar.

Ainda sobre o atendimento, agora não faço mais uma consulta linear, mas mantenho um contato visual com uma escuta ativa e harmoniosa. Para facilitar esse processo, busquei na agenda programada tirar proveito disso. Anteriormente, os agendamentos eram descoordenados e sem nenhum acompanhamento dos pacientes inseridos nos programas de saúde, agora com a nova agenda as reclamações deixaram de existir. (vide OUTROS ANEXOS)

Além disso, o Curso de especialização me ensinou que a abordagem não farmacológica deve ser valorizada sempre antes de iniciar qualquer tipo de tratamento como ocorre com os portadores de doenças crônicas, onde me empenhei a fazer com que eles dessem mais importância às mudanças no estilo de vida (MEV), pois eles só queriam tomar remédios e fazer exames. Sobre os exames, aprendi que quando eles estão dentro dos parâmetros avaliados, o intervalo de acompanhamento pode ser maior. Por isso, mandei fixar na parede e também na sala de consulta, as metas que eles tem de alcançar, com isso evitam várias idas à nossa estratégia de saúde. (vide OUTROS ANEXOS)

Com relação aos hipertensos, uso como ferramenta de trabalho a calculadora Risk Engine e com base nas informações, descubro quais os riscos dos pacientes desenvolverem doença coronariana fatal em 10 anos. Peço exames como ECG e raio-x de tórax para avaliar os sinais de comprometimento cardíaco como as miocardiopatias isquêmicas, hipertensivas e dilatadas, as arritmias e a insuficiência cardíaca. Se houver necessidade, referencio ao cardiologista e realizo medidas protetivas como o uso de estatinas, fibratos e ácido acetilsalicílico. Solicito o Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) sempre que ocorrem mudanças no tratamento ou nos casos em que os níveis pressóricos não se estabilizam para verificar a necessidade de mudança do fármaco, associação com outros medicamentos ou se não existe adesão ao tratamento.

Sobre os diabéticos, aprendi com o CAB de Diabetes do Ministério da Saúde do Brasil, que devemos iniciar o tratamento não medicamentoso por, pelo menos, três meses antes de iniciar uso de um hipoglicemiante oral e que, preferencialmente, no plano terapêutico devemos acrescentar a Metformina de 500 MG/dia após o café da manhã. Faço o seguimento desses pacientes semestralmente ou a cada três meses se os níveis glicêmicos estiverem controlados ou não respectivamente através da hemoglobina glicada e solicito exames complementares anuais ou mais precocemente como colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, EAS, taxa de filtração glomerular e função hepática, se houver mudança no tratamento.

Em relação à obesidade, faço o diagnóstico realizando as medidas antropométricas pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e da avaliação da circunferência abdominal, por isso insisto para que a triagem verifique sempre a altura desses pacientes. Analiso a pressão arterial, examino a tireóide, solicito exames laboratoriais e investigo a relação do aumento de peso com causas orgânicas ou fatores emocionais que possam estar envolvidos em sua gênese para desenvolver uma melhor conduta, encaminhando os casos à nossa nutricionista e à psicóloga que auxiliam em nosso matriciamento. Indivíduos com sobrepeso ou obesos, a perda de peso, mesmo que modesta (5%) diminui a resistência à insulina, melhora a dislipidemia e reduz os níveis pressóricos. Tanto as dietas com restrições em carboidratos quanto dietas pobres em gorduras, dietas do mediterrâneo,

vegetarianas ou DASH podem ser indicadas, desde que se respeite as preferências individuais dos usuários, então mandei minhas ACS confeccionar cartazes a respeito desse assunto de modo bem didático. (vide OUTROS ANEXOS)

No que diz respeito à puericultura, realizo a atendimento infantil conforme o calendário indicado pelo Ministério da Saúde que preconiza sete consultas no primeiro ano de vida, além de mais duas consultas no 18º e 24º meses de vida. A partir do segundo ano, consultas anuais próximas ao aniversário, priorizando essas faixas etárias porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças, estabelecendo uma relação de confiança ao longo do acompanhamento das crianças. Também oriento sobre a importância da realização dos testes de triagem neonatal, onde podem ser feitos e o seu melhor período. Solicitei ajuda de nossa terapeuta ocupacional para fazermos a supervisão dessas crianças quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor usando o método de denver revisado.

No tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental minha formação acadêmica sempre foi muito deficiente, pois ela se restringia apenas aos casos clínicos dos ambulatórios especializados. No entanto, por causa da rotina de trabalho, da demanda constante e das orientações dos guias práticos, comecei a ter uma maior desenvoltura. Agora, prescrevo substâncias psicotróficas com mais facilidade, sem receio de fazer associação entre elas, quando necessário, e também adotei uma terapia interpessoal breve que auxilia no acompanhamento dessas pessoas.

Um projeto de intervenção não é monopólio de nenhuma especialidade, então escolhi como tema para o meu trabalho as medidas profiláticas para serem adotadas durante o pré-natal de mulheres de todas as faixas etárias por se tratar de um grupo que apresenta muita complexidade, que acabavam desenvolvendo uma gestação de alto risco com o sofrimento para toda a família quando o desfecho materno-fetal era desfavorável. Enfatizo a necessidade de se fazer um adequado acompanhamento na qualidade dos cuidados pré-natais para se evitar situações como distúrbios hipertensivos, infecções, em especial as urinárias e as vulvovaginais, e sífilis. (vide ANEXO 1)

Para a saúde da mulher, falo da importância do preventivo do câncer de colo uterino (que deve ser feito também durante a gravidez), prezando sempre pela qualidade e efetividade da coleta, considerando que os exames de PCCU devem ser cadastrados no SISCAN e que tal sistema exige rigoroso padrão de qualidade, indico para que elas façam na UBS que dá suporte a nossa estratégia, evitando lugares pouco confiáveis. Sobre planejamento familiar, mostro as duas alternativas possíveis para o casal que busca uma solução definitiva que são a laqueadura das tubas uterinas e a vasectomia porque entendo que o homem também deve fazer parte desse processo. E ainda sobre as diversas opções de métodos contraceptivos. (vide OUTROS ANEXOS)

Os casos de maior prevalência são sobre sífilis, tuberculose e hanseníase e obrigatoriamente são sempre notificados. Entretanto esses casos não eram diagnosticados em nossa unidade porque os profissionais não sentiam segurança para fazê-lo. Por causa das diversas capacitações já realizadas em parceria com a secretaria municipal de saúde e o Ministério da Saúde, cada vez mais existe autonomia para se fazer o diagnóstico desses casos. Para os pacientes de hanseníase, faço o acompanhamento e avalio o grau de incapacidade física, realizando a Avaliação Simplificada Neurológica com uso do estesiômetro.

Realizamos diversas ações recreativas durante o ano todo com diversos grupos como uma maneira salutar de interagir com a comunidade. Recentemente, fizemos com as puérperas onde incentivamos o aleitamento materno através do PROAME e ensinamos como é feita a ordenha manual para as mães que trabalham fora de casa e querem continuar a ofertar o leite materno para os seus bebês. Para os idosos, distribuimos brindes (através de bingos) e alertamos sobre a necessidade de se fazer atividades físicas regularmente como um bom controle dos fatores de risco cardiovasculares, melhora nas articulações e sensação de bem-estar, aumentando a qualidade de vida. Para as crianças, muitos brinquedos são doados, especialmente no natal, onde aproveitamos para falar aos pais para manter sempre atualizando o calendário de vacinas.

Concluo esse trabalho fazendo a seguinte reflexão: o ensino médico atual enfatiza uma abordagem centrada na doença e, portanto, no médico. As doenças

são entidades específicas que tem uma existência separada daqueles que sofrem. Uma vez estabelecendo o diagnóstico, pode haver uma limitação na abordagem, fazendo com que o médico se desinteresse pelos aspectos que não se encaixam naquele diagnóstico em especial. Com esse curso de pós-graduação, aprendi a fazer a abordagem familiar, que leva em conta aspectos culturais, pessoais, sua relação com sua família e seu trabalho. Para o sucesso da atenção primária, é fundamental que todo profissional entenda isso.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il – (Série A, Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 273p. : il. (Cadernos de Atenção básica, n. 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Um bate papo sobre Hipertensão Gestacional – Regra dos 4 P Revisado.pdf. nº 14 – Febrasgo. <http://www.febrasgo.org.br>>comissões. Acesso em 17/09/2017.

Guia prático de matriciamento em Saúde mental | Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)... [et al.] [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

QUEIROZ, ELIANIA. **Denver – Avaliação em Pediatria | Terapia Ocupacional**. <http://tocupacional.wordpress.com>denver>. Acesso em 09/12/2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



SILVANETE MARYCLÉA MALCHER DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: A ADOÇÃO DE MEDIDAS PROFILÁTICAS
NO PRÉ-NATAL DE MULHERES CONSULTADAS NA EQUIPE III DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TAPANÃ III.**

**BELÉM - PA
MAIO 2017**

RESUMO

Através das consultas realizadas na ESF Tapanã III, foi observado o aumento de gestações de alto risco na população da área adstrita. Esse Projeto de Intervenção visa reduzir os principais fatores de risco observados durante as consultas do pré-natal através da adoção de medidas profiláticas simples, que deverão ser postas em prática por meio de ações educativas em grupos. Tais ações tem como base a construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção à saúde.

A equipe de atenção básica da família será responsável em propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de saberes que beneficiarão em mudanças diretas no controle dos principais agravantes à saúde materna.

As grávidas serão convidadas a participar de reuniões para a formação de grupos para buscar um conhecimento mais salutar, que possa ser entendido de maneira clara e objetiva, por meio de informações e troca de experiências com outras pessoas para melhorar seu perfil através da educação em saúde.

A educação em saúde ou prevenção primária envolve a promoção do conhecimento sobre os meios de se evitar os fatores de risco que podem ocorrer durante uma gestação. São estratégias importantes e simples, que quando usadas corretamente ajudam na prevenção de muitas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Gestações de alto risco, Medidas Profiláticas, Ações Educativas em Grupo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	PROBLEMA	5
3	JUSTIFICATIVA	5
4	OBJETIVOS	6
4.1	Objetivo Geral	6
4.2	Objetivos Específicos	6
5	REVISÃO DE LITERATURA	7
6	METODOLOGIA	9
7	CRONOGRAMA	11
8	RECURSOS NECESSÁRIOS	12
8.1	Recursos Humanos	12
8.2	Recursos Materiais	12
9	RESULTADOS ESPERADOS	13
	REFERÊNCIAS	14
	ANEXOS	16

1 INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde no Brasil foram criadas para serem as portas de entrada dos pacientes ao SUS. É através da UBS que o cidadão recebe seu primeiro atendimento na rede pública e é também por meio dela que ele é encaminhado a outros serviços especializados.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável. Porém, existem situações que podem implicar em riscos para a mãe assim como para o feto, determinando uma evolução desfavorável, que constitui um pequeno e importante grupo chamado “gestantes de alto risco”.

A gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe/ou feto e/ou recém-nascido tem maiores chances de serem atingidos que as da média da população considerada (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

É importante alertar que uma gestação que esteja transcorrendo bem, pode se tornar de risco a qualquer momento e que a intervenção da equipe de saúde básica precisa ser precoce para evitar os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave ou morte materna ou perinatal.

As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco, como ocorre na atenção primária, devem estar preparadas para receber, reconhecer, conduzir e tratar as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações imprevistas, sejam elas clínicas, obstétricas, socioeconômico ou emocional.

Por isso informar a grávida sobre tudo o que está sendo feito e à sua família é muito importante para sua adesão a qualquer intervenção que seja necessária para dar um suporte adequado a cada uma delas.

A importância do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez o mais precoce possível, impreterivelmente, dentro do primeiro trimestre de gestação, a fim de que toda investigação a respeito de sua saúde seja realizada em tempo hábil, sendo mais fácil a avaliação dos órgãos pélvicos e abdominais, onde as

medidas profiláticas podem ter alcance maior e o tratamento de afecções diagnosticadas poderá ser mais eficaz, antes de um possível comprometimento ovular.

Quando uma grávida deixa de realizar o pré-natal ou realiza de maneira deficiente (menos de seis consultas no total) acaba se expondo a vários fatores que podem gerar riscos à sua gestação. Alguns desses fatores podem estar presentes antes da ocorrência da gravidez.

Na maioria dos casos, a presença de um ou mais fatores não significa a necessidade imediata de recursos mais avançados, basta uma maior atenção da equipe de saúde básica. A melhor forma para prevenir as doenças congênitas e os demais agravos que acometem as gestantes é a Prevenção Primária. Sendo assim esta medida de educação sanitária deve ser sempre considerada.

2 PROBLEMA

A observação do aumento de agravantes responsáveis pelo desenvolvimento de gestação de alto risco em mulheres que fizeram pré-natal na Estratégia Saúde da Família Tapanã III.

3 JUSTIFICATIVA

A partir da identificação dos principais fatores de risco relacionados com a mortalidade materno-infantil, é possível o planejamento de ações educativas em grupo, visando à melhoria da assistência à gestante e ao recém-nascido através da adoção de medidas profiláticas desenvolvidas dentro da atenção primária da saúde. A maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério é evitável, mas para isso é necessário a participação ativa da comunidade e da equipe de saúde.

Atualmente, existem 28 gestantes cadastradas em nossa unidade que estão

sendo atendidas pela equipe de saúde III. A mais jovem com 15 anos e a mais velha com 36 anos. Deste total cinco grávidas estão no primeiro trimestre, treze no segundo e dez gestantes no terceiro trimestre. Em alguns casos, houve presença de mais de dois fatores agravantes, enquanto que outros apenas um. Diante de tal situação, faz-se urgente e necessária a adoção de práticas educativas para reduzir esses números.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Propiciar informações adequadas durante a gravidez, para prevenir e tratar precocemente as diversas afecções e agravos que poderão afetar a integridade do novo ser através de ações educativas em grupo.

4.2 Objetivos Específicos

Alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal, cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo;

Identificar grávidas que estejam em risco iminente de desenvolver alguma patologia;

Avaliar os conhecimentos das gestantes sobre os principais agravos que possam ocorrer durante a gravidez;

Estimular a gestante a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação às informações recebidas;

Explicar os benefícios da realização do pré-natal, as chances de reduzir a transmissão vertical de determinadas doenças, o acompanhamento especializado e as medidas profiláticas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas seria igual ou superior a seis, sendo mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Já para o CAB nº 32, o ideal seria que a gestante consultasse mensalmente até a 32ª semana, quinzenalmente da 32ª até 36ª semana e, a partir da 36ª semana, semanalmente. **A primeira consulta preferencialmente deve ser antes da 16ª semana**, com solicitação de exames complementares e orientações importantes como o não consumo de álcool, fumo e drogas, ganho de peso, hábitos alimentares e o reconhecimento de sinais e sintomas comuns e de risco, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. Em nossa unidade de saúde, os agravos mais prevalentes são: distúrbios no peso, idade materna inadequada, síndromes hipertensivas, anemia gestacional, infecções do trato urinário, sífilis e toxoplasmose.

A gravidez na adolescência, principalmente em menores de 15 anos, é considerada de risco, pois o corpo não alcançou ainda a maturidade completa para gerar outra vida. As complicações mais comuns são parto prematuro e a má formação do feto. Por outro lado uma gravidez depois dos 35 anos é chamada Tardia. Neste caso, recomenda-se um acompanhamento mais frequente, sobretudo se há possibilidade de má formação do feto ou anomalias cromossômicas.

Resultados perinatais ruins tem sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gestação. A variação ao peso durante a gravidez é muito grande e oscila entre 6 a 16 kg, em média de 10 a 12 kg, no final da gestação. Considera-se como peso normal quando o valor do aumento de peso estiver entre o percentil 25 a 90. Se for acima de 90, é chamado de sobrepeso com chances maiores de desenvolver Diabetes Gestacional ou Pré- Eclâmpsia. Quando o percentil estiver abaixo de 25, as possibilidades de o feto nascer menor que o tamanho esperado é grande.

Os distúrbios hipertensivos da gestação são uma das principais causas de morte materna. Cerca de 7,5% das gestantes brasileiras com mais de 20 anos apresentam distúrbios hipertensivos. Aproximadamente 15% de todos os nascimentos pré-termo tem como causa a presença de doença hipertensiva da gravidez. As complicações hipertensivas ocorrem em cerca de 10% das gestações e as pacientes devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. Considera-se **Hipertensão arterial na gravidez**, a pressão arterial sistólica (PAS) igual ou maior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior a 90 mmHg em uma mulher previamente normotensa. Objetivando minimizar influências ambientais, devem-se realizar pelo menos duas medidas de pressão arterial, resguardando intervalo de quatro horas entre as medidas.

A Anemia Gestacional é definida durante a gestação quando os valores de hemoglobina estiverem abaixo de 11g/dL. O rastreamento deve ser feito durante toda a gravidez e o mais precocemente possível.

Na Infecção do Trato Urinário, os sintomas típicos como ardor à micção e disúria são os mais frequentes. A bacteriúria assintomática é o caso mais comum durante a gravidez (2 a 7% dos casos) e precisa sempre ser tratada com antibióticos, pois é causa frequente de parto prematuro ou abortamento. A mulher grávida também deve ficar atenta para outros sintomas como febre, dor lombar, calafrios e dispnéia que podem indicar pielonefrite.

A Sífilis Gestacional: é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, cujos fatores de riscos são: baixo nível sócio- econômico, mãe adolescente, pré-natal deficiente, com múltiplos parceiros. A aquisição ocorre predominantemente por via transplacentária, podendo também ocorrer, em menor proporção, pela deglutição do líquido amniótico ou de secreção materna contaminada e pelo contato com lesão primária no momento do nascimento.

Toxoplasmose Congênita: é uma zoonose de distribuição universal causada por um protozoário *Toxoplasma gondii* que é um parasito intracelular obrigatório, cujo hospedeiro definitivo são os felídeos, sendo eliminado pelas fezes. A infecção congênita pelo toxoplasma só é possível quando os taquizoítas estão presentes na circulação e invadem a placenta e, posteriormente, o feto. A gestante com infecção

toxoplasmática aguda deve ser aconselhada sobre os riscos de infecção congênita e suas possíveis sequelas clínicas. O tempo de gestação no qual a mulher se encontra quando adquire a infecção pelo parasito é muito importante para a patogenicidade da infecção. Quando a gestante é infectada durante o primeiro trimestre, a taxa de infecção congênita é de 4,5%, mas aumenta progressivamente nos trimestres seguintes: 17,3 % e 75% respectivamente.

Nesse sentido, as práticas educativas em grupo devem constituir parte essencial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das moléstias. Essas práticas ampliam as possibilidades de controle das doenças e na reabilitação de tomadas de decisões que favoreçam uma vida saudável. Tal processo é altamente favorecido pela utilização de técnica de grupos operativos. Assim a aplicação do termo “operativo” significa um aspecto tríplice de: pensamento, sentimento e ação. As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitando a quebra da relação vertical profissional paciente, que agora passa a ser horizontal, isto é, em mesmo nível.

6 METODOLOGIA

O delineamento desse estudo foi a implantação de ações educativas em saúde através de um projeto de intervenção, para capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos e de promoção à saúde, em diferentes níveis de análise, enfatizando os fatores de risco mais prevalentes observados em mulheres durante seu pré-natal, que acabam levando a uma gestação de alto risco na ESF Tapanã III.

Inicialmente será realizada uma reunião com a equipe para discutir o projeto e definir os temas prioritários, isto é, àqueles que se apresentam em maior prevalência em nossa estratégia de saúde, que foram verificados durante as consultas do pré-

natal como nas visitas realizadas pelos agentes de saúde.

Em um segundo momento, ocorrerá a análise do conteúdo para que os membros da equipe possam entender os temas abordados e como interferir neles por meio da adoção das medidas profiláticas.

Uma vez discutido e analisado o assunto, será feita uma busca no sistema utilizando como ferramenta de trabalho o SISPRENATAL, que é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde, que apresenta o elenco mínimo de procedimento para uma assistência pré-natal adequada, ampliando os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, para a identificação das gestantes cadastradas para a definição de diretrizes e tomada de decisão do grupo.

A definição da rede de tarefas acontecerá através da pesquisa nas microáreas V, VII, I, II e III com seus respectivos agentes comunitários de saúde. Em seguida, serão abordadas as microáreas paralelas. Cada agente comunitário ficará responsável em identificar no sistema as grávidas correspondentes de sua microárea, sendo que as áreas Paralelas serão também assistidas. Dessa maneira, todos os ACS ficarão com duas áreas de atuação.

A partir daí, as gestantes serão convidadas para fazerem parte da Dinâmica de Grupo, onde serão oferecidas palestras utilizando material de multimídia para ilustrar melhor as informações, de modo que essas informações cheguem de maneira adequada para promover a compreensão daquilo que está sendo mostrado, para promover o convencimento necessário à modificação de seus hábitos, tendo um caráter educativo e não presunçoso.

A análise da prática e dos resultados será o último momento desse projeto.

7 CRONOGRAMA

O cronograma será desenvolvido em um período de seis meses. Segue abaixo o modelo.

ATIVIDADES	2017-2018					
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Reunião para discutir com a equipe o projeto.	X					
Análise do conteúdo.		X				
Pesquisa no SISPRENATAL.			X			
Busca ativa nas microáreas I, II, III, V e VII.			X	X		
Busca ativa nas microáreas Paralelas.			X	X		
Convite para as gestantes.					X	
Análise dos resultados e apresentação do Projeto.						X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 Recursos Humanos

Equipe de saúde da família composta por 5 agentes comunitários de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médica.

8.2 Recursos Materiais:

- Sala para reunião e formação dos grupos de gestantes;
- Consultório para atendimento;
- Mesas e cadeiras;
- Maca para exame físico;
- Escada de dois degraus para acesso à maca;
- Mesa para coleta de citologia oncológica;
- Material para coleta do preventivo: pinça, espéculo, espátula, luvas de procedimento, máscaras;
- Microscópio eletrônico e lâminas;
- Fita reagente para teste de pH vaginal;
- KOH para teste das aminsas;
- Balança;
- Esfigmomanômetro;
- Fita métrica;
- Sonar Doppler;
- Equipamento de multimídia;
- Impressora;
- Pen drive;
- Arquivo com divisórias;
- Prontuários médicos das pacientes participantes na atividade;
- Cartolinas para os cartazes e canetas stabilo;
- Medicamentos: Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, Cefalexina 500 mg,

Amoxicilina 500 mg, Sulfato Ferroso comprimido, Ácido Fólico 5 mg, Metronidazol comp.250 mg, Metronidazol creme vaginal, Mebendazol comp. 100 mg.

9 RESULTADOS ESPERADOS

- Identificação precoce de todas as gestantes da comunidade adstrita e o pronto início do acompanhamento pré-natal, especialmente logo no primeiro trimestre, para que essas medidas sejam prontamente estabelecidas;
- Discussão permanente com as gestantes da área e seus familiares em relação à importância das medidas profiláticas adotadas em nossa estratégia de saúde da família, a serem aplicadas nos diversos encontros;
- Que as ações preventivas que as participantes irão fazer as façam refletir e também as ajudem a terem uma mudança de comportamento, transformando atitudes passivas em ativas;
- Que essas ações sejam feitas não somente durante o pré-natal, mas durante todo o seu processo de vida, de modo que o número de gestações de alto risco, devido à presença dos agravos e moléstias, venha a diminuir ou mesmo que deixem de acontecer para reduzir o número de óbitos de mulheres em idade fértil.

REFERÊNCIAS

AMENDOERA, Maria Regina Reis, Uma revisão sobre Toxoplasmose na gestação. Artigo de Revisão.; Coura, Léa Ferreira Camillo. Scientia Medica (Porto Alegre) 2010; vol. 20, número 1, pag. 113-119.

Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. Janine Schirmer et al. 3ª edição-Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde- SPS. Ministério da Saúde, 2000-66p.

Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco: Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

CGIAE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Brasília, DF, 2012.

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes. Costa, Gilka Paiva Oliveira; Guerra, Adriana Queiroga Sarmento; Araújo, Ana Cristina Pinheiro Fernandesde. Rev. Pesq. Cuid. Fundam. (on line); 8(1): 3597-3608; jan-mar. 2016.

Differences in pre-conception and pregnancy health lifestyle advice by maternal BMI: Findings from a cross sectional survey. Bye A, Shawe J. , Stephenson J. , Bick D. Brimo N, Micali N Midwifery. 2016 nov; 42: 38-45. doi 10. 1016/ J. midw 2016.09.013. Epub 2016 sep 23.

Early Detection of Pre eclampsia. Dekker GA, Sibai BM. AMJ Obstet Gynecol, 1991 jul; 165(1): 160-72

Educational intervention in Primary Care for the Prevention of Congenital Syphilis. Lazarini FM, Barbosa DA. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2017. Jan 30; 25: e 2845.

Gestação de Alto Risco- Manual Técnico: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- 5ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília- DF 2010.

Guia Alimentar para a População Brasileira- 2ª edição. Brasília-DF. 2014- Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha. Consuelo Penha Castro Marques (Org). São Luís, 2015. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/ UFMA.

Urinary tract infections during pregnancy-an updated overview (Szweda H; Józwik M). Dev. Period. Med. 2016; 20(4): 263-272.

ANEXOS

a) Peso: o baixo peso no início da gestação está associado a uma série de resultados adversos materno-infantil, assim como o excesso e a obesidade, mas é um aspecto de saúde materna relativamente negligenciada pelos profissionais da área e pelos pesquisadores. Entre os principais conselhos de estilo de vida saudável estão: • Controle do peso com dieta balanceada de acordo com os níveis de calorias específicos para cada gestante, que será avaliada pela nutricionista; • A preferência por alimentos in natura, que são aqueles que não sofreram nenhum tipo de modificação como leite, ovos, vegetais verdes folhosos e frutas; • Não comer em excesso óleos, gorduras, sal e açúcar porque são calóricos; • Comer bem devagar e fracionar as refeições, pelo menos seis vezes ao dia, prestando atenção ao ato de comer; • Evitar tomar líquidos durante as refeições, porque dificulta a digestão; • Fazer as refeições diariamente, em horários semelhantes e sem “beliscar”; • Escolha locais tranquilos, mesmo no trabalho, evitando lugares barulhentos.

b) Idade: tanto as jovens como as mulheres mais velhas merecem uma atenção especial, pois é nos extremos da idade que ocorrem os agravos mais importantes. No que diz respeito às adolescentes é necessário investigar conhecimentos, atitudes e comportamento sexual. A maioria das jovens sexualmente ativas assume atitudes desfavoráveis em relação à contracepção e a maioria nunca fez uso de qualquer método. Por isso entre as principais medidas de prevenção estão: • Informação: a comunicação sobre contraceptivo deve ocorrer ou ser incentivada antes da iniciação sexual, de preferência em casa com os pais, que deve ser complementada na unidade de saúde, pois a iniciação está ocorrendo cada vez mais precocemente. O mais importante é que a família participe; • Incentivar práticas de exercícios leves, pois a gravidez na adolescência é considerada um dos principais fatores de vulnerabilidade que

podem afetar gravemente o desenvolvimento da jovem mãe; • Estimular a continuar com os seus estudos, porque a maioria abandona a escola para cuidar do futuro bebê ou por vergonha dos colegas. Para as mulheres mais experientes, é necessário: • Impulsionar o planejamento familiar de maneira consciente através do reconhecimento do uso seguro e correto dos métodos contraceptivos, que são ofertados gratuitamente pelo Ministério da Saúde; • Procurar derrubar “mitos” como: que os contraceptivos engordam, que o uso dos anticoncepcionais indica falta de confiança no parceiro, que o uso de preservativos de barreira impede o orgasmo.

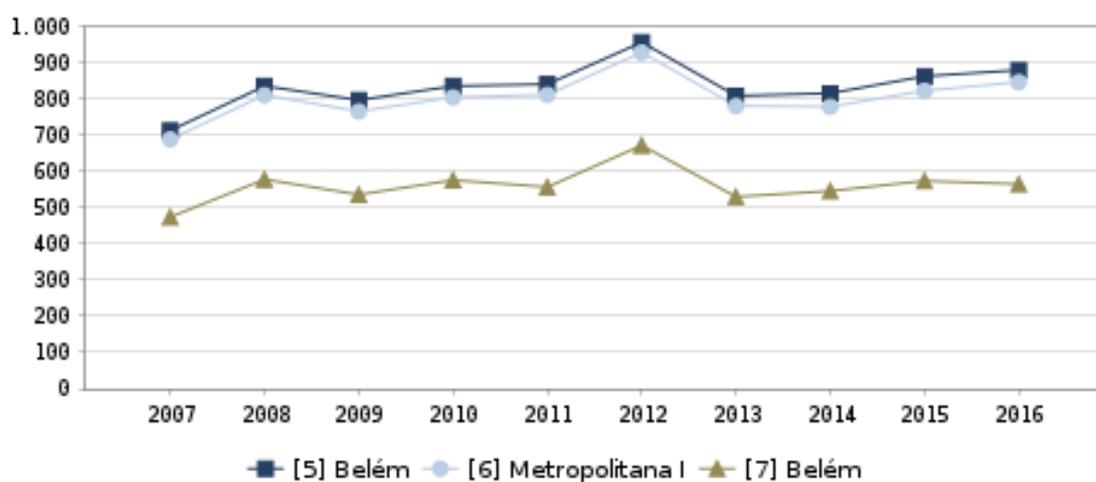
c) Síndromes Hipertensivas: os sinais e sintomas da pré- eclâmpsia são geralmente percebidos numa fase relativamente tardia da gravidez (final do segundo e terceiro trimestre), no entanto a desordem resultante da interação anormal entre o tecido fetal e o materno ocorre muito mais cedo na gravidez (aproximadamente entre a 8^a e 18^a semanas). Por isso os cuidados devem acontecer desde o início como: • Evitar alimentos em conservas, compotas e temperos industrializados porque são ricos em sódio; • Diminuir consumo de sal nas refeições principais e também nos lanches, pois eles retêm muito líquidos e aumentam a pressão hidrostática; • Dar preferência aos alimentos frescos ao invés dos instantâneos; • Evitar comer fora de casa ou levar a refeição se estiver trabalhando.

d) Anemia Gestacional: • Oferecer alimentos ricos em ferro, vitaminas e sais minerais como fígado bovino, feijão, vegetais folhosos; • Tratar possíveis parasitoses intestinais; • Manter controladas as doenças crônicas como diabetes, hipotireoidismo, nefropatias, artrite reumatóide, hepatopatias, etc...; • Pesquisar fatores genéticos como talassemia e anemia falciforme.

e) Infecção do Trato Urinário: • Realizar exame de urina rotina e urocultura em todos os exames de laboratório; • Aumentar a ingestão hídrica; • Fazer asseio sempre após cada relação sexual; • Não “prender” a diurese por tempos prolongados.

f) Sífilis Gestacional: • aumentar nível de escolaridade; • intervenção educativa interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional e acarretou a redução da taxa de transmissão vertical, bem como pode ter contribuído para a eliminação da mortalidade específica por sífilis em menores de um ano entre 2014 a 2015; • melhorar a qualidade do pré-natal; • realizar o PCCU durante a gravidez; • realizar VDRL durante o pré-natal

g) Toxoplasmose: • Cozinhar bem todas as carnes, uma vez que o parasita encontra-se nos alimentos crus, mal cozidos ou mal passados; • Lavar bem legumes e verduras, caso sejam ingeridas crus; • Evitar o uso da mesma tábua de alimentos para cortar hortaliças e carnes cruas; • Usar protetor nas mãos se manipular plantas, terra ou qualquer tipo de jardinagem; • Cobrir bem os tanques ou caixas de areia e limpe todos os dias, porque o parasito precisa de pelo menos 24h para se tornar contagioso; • Limpar bem a sola dos calçados ao chegar em casa, pois ela pode conter fragmentos de fezes de animais contaminados; • Não oferecer alimentos crus aos animais domésticos e manter a vacina sempre atualizada assim como os vermífugos; • Lavar sempre as mãos ao manipular qualquer alimento; • Evitar o consumo de leite não pasteurizado; • Não expor alimentos a insetos como formiga, moscas e baratas; Investigar hábitos culturais e os títulos dos anticorpos das grávidas, que são importantes para definir as estratégias de prevenção; • Orientar a gestante com IgM e IgG não reagentes a evitar a exposição pessoal ao parasito, pois a prevenção primária diminui a taxa de soroconversão durante a gestação.



Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes.

[5] Microrregião [6] Região de Saúde [7] Município. Fonte: SIM- maio 2017.

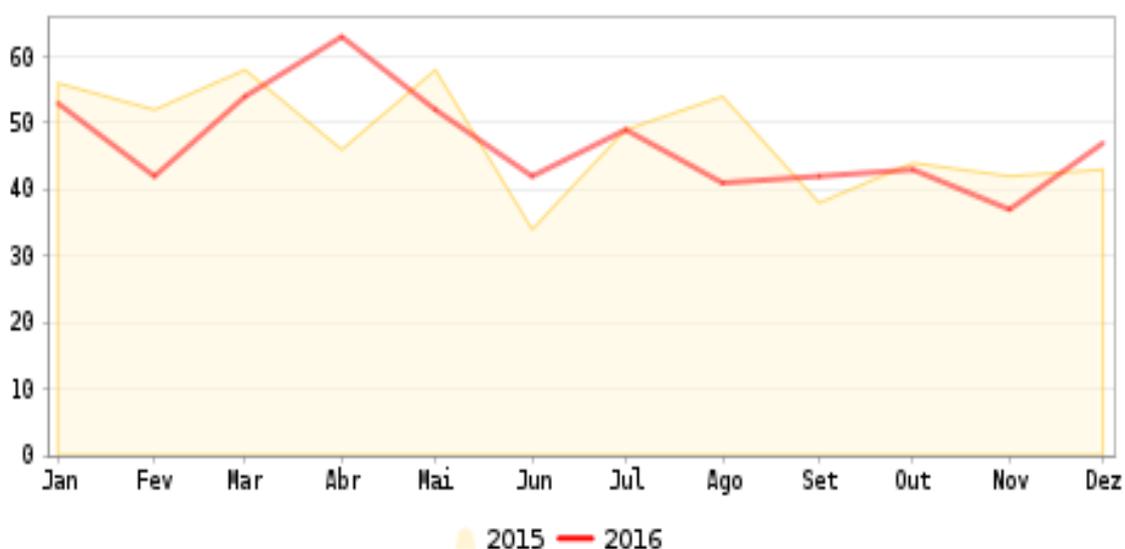
Número de óbitos segundo localidade e mês

Localidades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
Brasil	5.551	5.210	5.821	5.909	5.757	5.450	5.576	5.409	4.849	5.198	4.984	4.551	64.265
Norte	461	416	446	495	471	400	459	420	435	411	397	386	5.197
Pará	224	201	212	239	215	197	231	194	202	188	207	177	2.487
Metropolitana de Belém	101	87	92	101	79	74	90	74	68	73	72	77	988
Belém	92	77	82	91	70	62	84	62	66	64	60	70	880
Metropolitana I	89	76	79	87	68	57	80	61	59	63	59	69	847
Belém	53	42	54	63	52	42	49	41	42	43	37	47	565

■ País ■ Região ■ Unidade Federativa ■ Mesorregião ■ Microrregião ■ Região de Saúde ■ Município ★ Capital

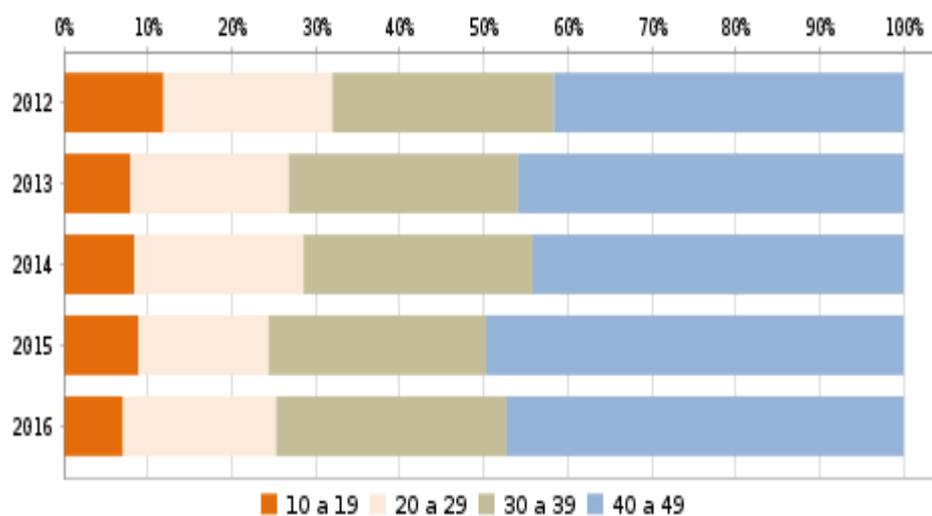
Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Maio de 2017

Número de óbitos segundo mês e ano



Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente. Fonte: SIM-Maio de 2017.

Nº de óbitos segundo grupo etário e ano



Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados, no ano selecionado e último quatro anos precedentes, segundo grupo etário. Fonte- SIM Maio de 2017.

Ficha de cadastramento de gestante.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIAÇÃO V-1.0.0	
SISPRENATALN: <input type="text"/>		Data do atendimento: ____/____/____	
FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE			
DADOS DO ESTABELECIMENTO	1 Município do atendimento	2 Código do IBGE	3 Sigla da UF
	4 Nome do Estabelecimento de Saúde	5 Código CNES	6 Nº área
	8 Nome do profissional	CBO	9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional
DADOS PESSOAIS	10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante	11 Nº inscrição social - NIS	
	12 Nome da gestante	13 Data nascimento: ____/____/____	
	14 Nome da mãe da gestante	15 Idade: ____/____/____ <input type="radio"/> menor de 15 anos	
	16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)	17 Nº NIS	
	18 Município de residência:	19 UF:	19 Código IBGE
	20 Logradouro (Rua/avenida):	21 Bairro:	
	22 Nº	23 Complemento	24 Porto de referência
	26 Telefone fixo	27 Celular	25 CEP
	29 Escolaridade	30 Estado civil/união	31 Raça/cor (por auto-declaração):
	<small> [0] Analfabeto [1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) [2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) [3] 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) [4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) [5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) [6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) [7] Educação superior incompleta [8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica </small>		
	<small> [0] Convive com companheiro e filhos) [1] branca [2] preta [3] amarela [4] parda [5] indígena [9] Ignorada </small>		
	Zona : 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 Ignorado <input type="checkbox"/> Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira <input type="checkbox"/> Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não <input type="checkbox"/>		
	32 Nome do cartório:		
	33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento <input type="checkbox"/> [3] Separação/Divórcio 34 Livro: 35 Folha: 36 Termo: 37 Data de emissão:		
	38 Identidade: 39 Data de emissão: 40 Órgão Emissor 41 UF: 42 Carteira de trabalho: 43 Série 44 UF: 45 CPF:		
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE			
DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL			
Consulta do: <input type="checkbox"/> [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado			
46 DUM	47 DPP ____/____/____	48 Altura/cm	49 Peso/gramas
50 Precisa de auxílio de deslocamento			<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM
51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.	52 Tipo de gravidez: <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gêmeo <input type="radio"/> Tripla ou mais <input type="radio"/> Ignorada	53 Gravidez Planejada <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____/____
55 Data do ultrassom: ____/____/____			
56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES CLÍNICOS	
		Diabetes <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Pré-eclâmpsia <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Eclâmpsia <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Cardiopatia <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Tromboembolismo <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Doença Mental <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Hipertensão <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Outros, qual: _____	

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SI SPRENATAL: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação Data do atendimento: ____/____/____

	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
GESTÇÃO ATUAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SITUAÇÃO VACINAL	57 Trabalho de parto prematuro <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM				58 Situação da vacina antitetânica [1] Não vacinada <input type="checkbox"/> INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ [2] Imunizada a menos de 5 anos 2ª ____/____/____ [3] Imunizada a mais de 5 anos 3ª ____/____/____ [4] Vacinação incompleta Reforço ____/____/____ [9] Ignorado			
	59 Hepatite B [1] Sim <input type="checkbox"/> INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ [2] Não 2ª ____/____/____ [9] Ignorado 3ª ____/____/____				60 INFLUENZA [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não [9] Ignorado DATA ____/____/____			

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa: [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO

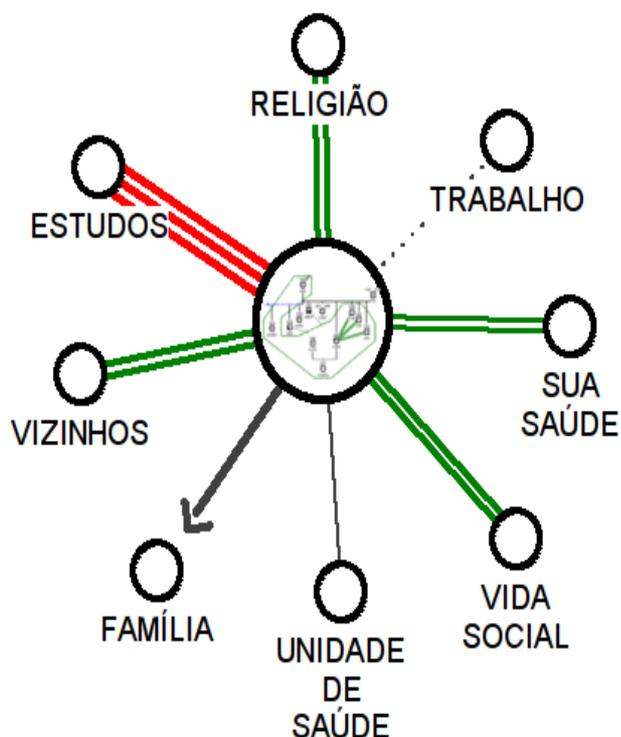
64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - DATA: ____/____/____ [2]- NÃO

	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data:	Data:	NÃO	SIM	Data:	Data:
TESTES RÁPIDOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
EX. DE ROTINA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____

	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data:	Data:	NÃO	SIM	Data:	Data:
EX. ADICIONAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____

	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data:	Data:	NÃO	SIM	Data:	Data:
EX. EXAMES ESPECIAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____/____/____

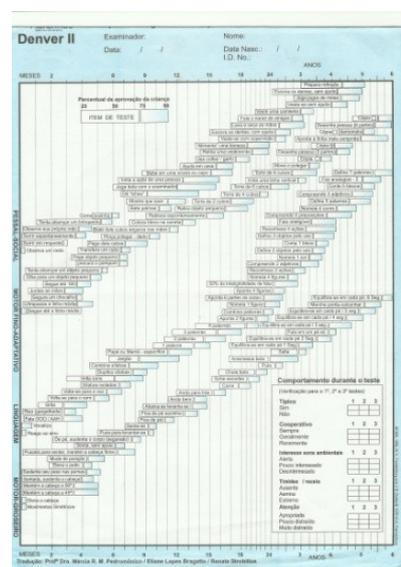
93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ____/____/____



Apesar de morar próxima à estratégia de saúde, faltou algumas vezes à consulta do pré-natal porque dizia...” não consigo atendimento, doutora”. É formada em Serviço Social e tem nos estudos grande prazer, entretanto como exerce outra profissão tem uma relação pobre com o trabalho. Após o parto, normalizou sua pressão arterial, mas seu peso continua elevado, por isso sai pouco de casa, tendo uma vida social limitada, não participa de nenhum grupo de atividade, indo algumas vezes à igreja. Mantém uma relação cordial com seus vizinhos, porém distante. Tem na sua família seu maior orgulho e satisfação, onde existe troca de apoio e de energia.

A solução ofertada para ela foi acesso sob demanda espontânea para garantir seu retorno à unidade de saúde e ajudá-la a perder peso através de sua inclusão em um dos grupos de apoio existentes na unidade como o PROAME que incentiva e orienta as mães na amamentação, além de favorecer a perda de peso mais rapidamente, aumentar seu apego com sua filha e não ter necessidade de tomar nenhum medicamento.

4 Materiais utilizados nas consultas de Desenvolvimento Neuropsicomotor



5 Foto do Cronograma Semanal de Atendimento

ESF Tapamã III

Equipe III

Cronograma de Atendimento

Médica: Silvanete Dias

Segunda: Pré-natal - Puericultura - Saúde da mulher.

Terça: Clínica Médica - Tuberculose - Hanseníase.

Quarta: Visita Domiciliar.

Quinta: Hipertensão - Saúde do Idoso - Saúde Mental.

Sexta: Ações Recreativas.

Enfermeira: Renata Meri

Técnica de Enfermagem: Adriana Ramalho

ACS

MC01 Poliana MC02 Flávia

MC03 Luciana MC05 Helson

MC07 Maria do Socorro

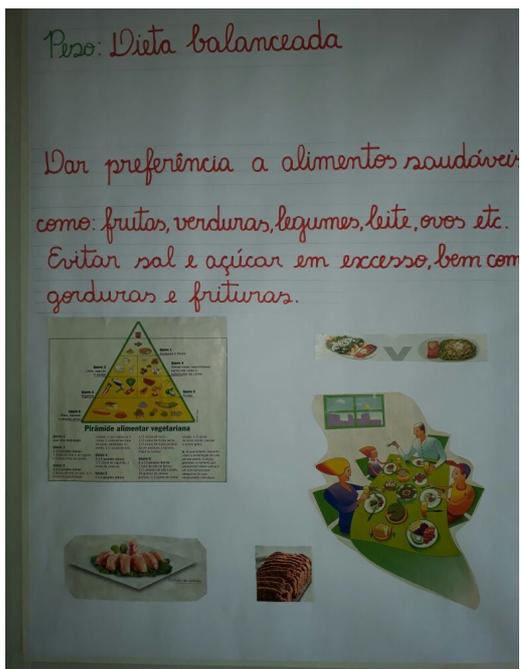
6 Foto do informativo sobre metas do Hiperdia no consultório médico

HIPERDIA	
PARÂMETROS AVALIADOS	METAS
GLICEMIA DE JEJUM	70-130 mg/dl
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL	<180 mg/dl
HEMOGLOBINA GLICADA	<7 %
PRESSÃO ARTERIAL	130/80 mmHg
COLESTEROL TOTAL	<200 mg/dl
COLESTEROL LDL	<100 mg/dl
COLESTEROL HDL	>45 mg/dl
TRIGLICERÍDEOS	<150 mg/dl
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC Kg/m ²)	20-25
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO HOMEM	<102 cm
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NA MULHER	<88 cm

7 Cartaz informativo sobre escolha dos alimentos

Peso: Dieta balanceada

Dar preferência a alimentos saudáveis como: frutas, verduras, legumes, leite, ovos etc. Evitar sal e açúcar em excesso, bem como gorduras e frituras.



The poster includes a diagram of a vegetarian food pyramid with the following levels from top to bottom:

- Top Level:** Grãos integrais (Whole grains)
- Second Level:** Leguminosas (Legumes)
- Third Level:** Frutas e vegetais (Fruits and vegetables)
- Bottom Level:** Leite e derivados (Dairy products)

Below the pyramid, there are several illustrations: a plate of food, a stack of bread, and a group of people sitting around a table eating. The text is written in red cursive.

8 Cartaz informativo sobre Medida preventiva

Sífilis gestacional: Ações educativas

- Realizar exames como o VDRL e o PCCU durante a gravidez.
- Melhor assistência no pré-natal.
- Escolaridade.



9 Cartaz informativo sobre Planejamento Familiar

Idade: Planejamento familiar

As duas alternativas possíveis para o casal que busca uma solução definitiva para o planejamento familiar - laqueadura das trompas e vasectomia.

Métodos contraceptivos mais comuns:

