

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Marcus Vinícius Coelho da Rosa

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2:
UM OLHAR CLÍNICO EM UMA ESF DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

**Porto Alegre
2017**

Marcus Vinícius Coelho da Rosa

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2:
UM OLHAR CLÍNICO EM UMA ESF DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso de especialização apresentado à Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Aline Benvenuti

**Porto Alegre
2017**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4 VISITA DOMICILIAR.....	16
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	24
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
OUTROS ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

Nascido em Sant'Ana do Livramento, cidade situada na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, o autor deste trabalho foi graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas em dezembro de 2014. No ano subsequente, a partir do mês de fevereiro, iniciou suas atividades como médico e aspirante a oficial do Exército Brasileiro na sua cidade natal, sendo promovido ao posto de segundo tenente no sétimo mês de trabalho. Posteriormente ao cumprimento do ano de serviço militar obrigatório, inscreveu-se no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Em março de 2016, integrou-se à recém formada equipe da UBS Divisa, no mesmo município, para dar início aos trabalhos da nova unidade de saúde do bairro.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva a reorganização da atenção básica no país, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. É considerada como plano de expansão, qualificação e consolidação deste nível de saúde por propiciar uma reorientação do processo de trabalho com competência para aprofundar os preceitos, diretrizes e fundamentos da atenção básica e de estender a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.¹

No município de Sant'Ana do Livramento, a ESF é relativamente recente, tendo sido implementada no ano de 2013. No decorrer desse período, onze estratégias foram criadas, sendo que a última a ser inaugurada foi a ESF Divisa, cujas atividades iniciaram no dia 1º de março de 2016. Possui estrutura física para abrigar três ESF, entretanto conta, atualmente, com o trabalho de dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Não se dispõe do apoio imprescindível de agentes comunitários de saúde.

A UBS Divisa (anexo 2) fica localizada em bairro homônimo, distante a aproximadamente um quilômetro do centro da cidade e engloba três bairros municipais (Divisa, Prado e Centro). Anteriormente à sua inauguração, os pacientes das áreas adstritas eram atendidos em outras três unidades de saúde do município (PAM, Prado e Vila Real). Estima-se que seja responsável por abranger uma área com cerca de dez mil moradores, o que corresponde a 12,5% da população do município, que é de aproximadamente 80 000 habitantes.²

O território de abrangência da unidade é bastante diversificado. Na sua maior parte é formado por residências simples, humildes, mas que possuem a estrutura

básica necessária para a manutenção de uma vida saudável (água encanada, saneamento básico, luz elétrica). Contudo, existem também áreas de vulnerabilidade socioeconômica e regiões com casas de alto padrão (anexos 3, 4 e 5).

A população que vive na área adstrita de uma ESF procura a unidade por uma ampla gama de razões, que varia do diagnóstico e tratamento de alguma doença ao encaminhamento a serviços especializados. Apesar dessa variabilidade de problemas de saúde, é importante diagnosticar as principais necessidades da população e definir o perfil dos usuários, pois desta maneira pode-se criar uma lista de prioridades e alternativas de intervenção para esses problemas.³

Na ESF Divisa, a procura pelo atendimento médico ocorre, sobretudo, pelas mulheres, não se deixando de considerar que a maior utilização feminina dos serviços de saúde é bem estabelecida pela literatura. Na avaliação do perfil demográfico, conforme a faixa etária, percebe-se que a maioria dos usuários possui idade igual ou superior a quarenta e um anos. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo 2 representam duas das condições patológicas mais prevalentes, sendo, portanto, os temas do estudo de caso clínico deste trabalho. Além deste, a promoção da saúde ao que tange as práticas de puericultura e a organização e características da prática de atenção domiciliar também serão assuntos abordados no decorrer do trabalho de conclusão de curso (TCC).

Nos primeiros quatro primeiros meses de funcionamento da unidade, foram atendidas vinte crianças menores de seis meses de idade, das quais apenas sete estavam em aleitamento materno exclusivo, o que correspondeu a 35% do total. O parâmetro aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses no Brasil, de acordo com dados da OMS, é considerado apenas razoável (41%), sendo que se considera bom e muito bom taxas acima de 50 e 90%, respectivamente.⁴

Diante deste problema (baixa cobertura de aleitamento materno exclusivo em crianças com até seis meses de vida na área de abrangência da ESF Divisa), criou-se grupo de gestantes, puérperas e mães de crianças menores de 6 meses de idade, com o intuito de aumentar a oferta do aleitamento materno exclusivo na referida unidade. Esta questão foi o tema central de um projeto de intervenção, o qual está em anexo neste trabalho.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dona Eni é uma mulher de 62 anos, branca, professora primária aposentada, casada há 37 anos com seu Nery, 67 anos. Ela mora com o marido em residência própria, que se localiza a duas quadras da unidade de saúde. O casal possui dois filhos, Antônio, 41 anos, e Marlene, 34 anos. Antônio é casado com Marcela, 37 anos, com quem tem uma filha de 11 anos, Luana. Marlene é casada com João Otávio, 43 anos, e ambos têm um casal de filhos, João Lucas, 15 anos, e Larissa, 12 anos. Dona Eni é filha de Honório, falecido aos 67 anos em decorrência de um acidente vascular cerebral, e de Maria Celestina, 82 anos (anexo 6).

Não procurava atendimento médico há um ano e meio, pois se sentia bem e, portanto, acreditava que não seria necessário consultar. Além disso, neste período, dedicara-se aos cuidados do marido, portador da doença de Parkinson. Anteriormente ao início dos trabalhos na UBS Divisa, era atendida na UBS Prado.

2.1 Primeira consulta

Em sua primeira consulta, realizada no dia 07/03/2016, verificou-se que essa simpática e extrovertida senhora era uma paciente hipertensa e diabética. Fazia uso de propranolol 40 mg 1 cp VO 2x/dia há aproximadamente 10 anos e de metformina 850 mg 1 cp VO 3x/dia há 8 anos, quando descobriu-se que era portadora de diabetes mellitus tipo 2. Fez uso de sinvastatina há cerca de dois anos (não soube informar a dose), mas suspendeu a sua utilização há mais de um ano, pois não sabia se deveria continuar usando a medicação.

Ao exame físico, apresentava bom estado geral, mucosas úmidas e coradas. FC: 78 bpm. FR: 14 mrpm. Oroscofia: presença de gengivite e de cárie na face oclusal do dente 47 (segundo molar inferior direito). PA: 160/96 mmHg em duas aferições. Peso: 89,3 kg. Altura: 1,58 m. IMC: 35,77 kg/m². Circunferência abdominal: 110 cm. Oftalmoscopia: presença de microaneurismas bilateralmente, sem outras alterações evidenciadas. Tireoide: sem alterações. Carótidas: sem sopros. AC: rr, 2t, bnf, sem sopros ou desdobramentos. AP: mvud, sra. ABD: rha+, depressível, indolor à palpação profunda, sem massas ou megalias palpáveis e sem sopros audíveis. MMII: ausência de edema ou úlceras, pulsos podálicos presentes e

simétricos, sensibilidade preservada aos testes com monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g e com diapasão de 128 Hz.

Conforme os dados obtidos na primeira consulta, as seguintes alterações foram encontradas:

1. Pressão arterial elevada (HAS estágio 2^{5,6}).
2. Obesidade grau II⁷ e aumento da circunferência abdominal (obesidade central).⁸
3. Retinopatia diabética não proliferativa grau leve.⁹
4. Gengivite e cárie.

Em decorrência dessas alterações, as condutas a seguir foram tomadas:

1. Suspensão do propranolol e prescrição de losartana 50 mg 1cp VO ao dia e de anlodipino 5 mg 1cp VO ao dia com o objetivo de atingir-se alvo da PA < 140/90 mmHg.⁵ Realizar automedida da PA (AMPA) e trazer anotações na próxima consulta (alvo da AMPA < 130/85 mmHg).⁶
2. Encaminhamento aos seguintes especialistas: oftalmologista para rastreamento da retinopatia diabética¹⁰ e ao cirurgião-dentista.
3. Solicitação dos seguintes exames complementares: hemograma, glicemia de jejum, HbA1c, colesterol total, HDL, triglicerídeos, EQU, creatinina, microalbuminúria em amostra, potássio, ácido úrico, AST, ALT e de eletrocardiograma.^{6,9,12}
4. Orientações a respeito das mudanças no estilo de vida (MEV), em consonância com as recomendações do Caderno de Atenção Básica número 36.¹¹
5. Retorno com resultados de exames.

2.2 Segunda consulta

Dona Eni retornou com os resultados dos exames no dia 04/04/16. Realizou AMPA, que mostrou variação da PAS entre 130 e 148 mmHg e da PAD entre 80 e 96 mmHg. Relata que diminuiu o consumo de sal e de carboidratos, mas que não iniciou rotina de atividade física.

Ao exame físico, apresentou PA de 150/94 mmHg na triagem e de 146/94 durante a consulta, valores esses semelhantes ao encontrado no seu próprio aparelho, o qual trouxe de casa. Peso: 88,9 kg. IMC: 35,61 kg/m².

Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: hemograma sem alterações; glicemia de jejum: 198 mg/dl; HbA1c: 11,3%; colesterol total: 256 mg/dl; HDL: 51 mg/dl; LDL: 176 mg/dl (calculado pela fórmula de Friedewald⁸); triglicerídeos: 148 mg/dl; EQU: glicosúria +; creatinina: 0,81 mg/dl; TFG (CKD-EPI⁴): 77,84 ml/min/1,73m²; microalbuminúria em amostra isolada de urina: 48 mg/g; potássio: 4,0 mEq/l; ácido úrico: 4,3 mg/dl; AST: 31 U/l; ALT: 37 U/l. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal (77 bpm) e alterações inespecíficas da repolarização ventricular, sem outras alterações.

O risco cardiovascular (RCV) da paciente foi de 15,3%, calculado por meio da ferramenta *ASCVD Risk* (risco de doença cardiovascular aterosclerótica)¹². De acordo com o último *guideline* do *American College of Cardiology / American Heart Association*¹², trata-se de um alto risco cardiovascular.

Conforme as informações supramencionadas, as seguintes condições podem ser incluídas na avaliação da paciente:

1. Diminuição dos níveis tensionais, porém ainda não no alvo recomendado (HAS estágio 1).⁶
2. Obesidade grau II⁷ e aumento da circunferência abdominal.⁸
3. Níveis glicêmicos alterados.¹⁰
4. Dislipidemia (RCV alto).¹²
5. Síndrome metabólica.⁸
6. Microalbuminúria.¹⁰

Com base nas alterações supramencionadas, as seguintes condutas foram tomadas:

1. Encaminhamento ao nutricionista.
2. Aumento da dose de losartana para 100 mg/dia (1 cp de 12/12 horas).⁵
3. Prescrição de insulina NPH 10 U SC (subcutâneo) ao deitar (anexo 7).¹⁰
4. Orientações quanto ao reconhecimento e manejo dos sintomas de hipoglicemia.⁹

5. Prescrição de atorvastatina 40 mg 1 cp à noite¹² e de AAS 100 mg 1 cp após o almoço.¹⁰
6. Solicitação de exames que deverão ser realizados em 3 meses: glicemia de jejum, HbA1c, lipidograma e microalbuminúria.
7. Aguarda-se consulta com oftalmologista.

2.3 Terceira consulta

A paciente retornou no dia 18/07/16 com resultados dos exames. Referiu que iniciou caminhadas de trinta minutos ao dia cerca de três a quatro vezes por semana e aulas de hidroginástica duas vezes na semana. Consultou com uma nutricionista, que lhe orientou um plano de reeducação alimentar, o qual está cumprindo parcialmente. Negou episódios de hipoglicemia. Relatou ainda não ter consultado com oftalmologista. Compareceu também à consulta com a cirurgiã-dentista da UBS, a qual realizou restauração do dente acometido e orientou profilaxia dentária.

Ao exame físico apresentou PA de 134/86 mmHg em duas aferições, peso de 85,5 kg e IMC de 34,2 kg/m². Circunferência abdominal: 102 cm. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: glicemia de jejum de 137 mg/dl; HbA1c: 8,34%; colesterol total: 189 mg/dl; HDL: 54 mg/dl; LDL: 109 mg/dl; triglicerídeos: 132 mg/dl; microalbuminúria em amostra isolada de urina: 41 mg/g. O risco cardiovascular da paciente foi de 11,5%.

Desse modo, as seguintes condições podem ser incluídas na avaliação da paciente:

1. Níveis tensionais dentro do alvo recomendado.⁵
2. Perda ponderal e diminuição da circunferência abdominal.
3. Obesidade grau I.
4. Diminuição dos níveis glicêmicos, entretanto ainda alterados.
5. Síndrome metabólica e alto RCV.
6. Doença renal do diabetes.¹⁰

Levando em consideração as alterações supramencionadas, as seguintes condutas foram tomadas:

1. Aumento da dose de insulina NPH (0,3 U/kg/dia, totalizando 25 U/dia, fracionada em duas aplicações diárias: 15 U SC antes do café da manhã e 10 U SC antes do jantar).
2. Orientações acerca da realização da glicemia capilar.¹⁰
3. Encaminhamento à nutricionista, com vistas à prescrição de dieta restrita em proteínas (0,8 g/kg/dia).¹⁰
4. Solicitação de glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e HbA1c, que deverão ser realizadas em três meses.¹⁰

2.4 Quarta consulta

A paciente retornou no dia 01/11/16 com resultados de exames. Permaneceu com sua rotina de atividade física e intensificou as orientações nutricionais. Consultou com oftalmologista duas semanas antes da consulta, o qual confirmou o diagnóstico de retinopatia diabética não proliferativa grau leve, tendo indicado revisões anuais. Ao exame físico apresentou PA de 130/80 mmHg, peso de 82,7 kg, IMC de 33,1 e circunferência abdominal de 99 cm.

Os exames laboratoriais mostraram os seguintes valores: glicemia de jejum de 107 mg/dl, glicemia pós-prandial de 168 mg/dl e HbA1c de 7,2%.

Após oito meses aproximadamente de acompanhamento, pode-se observar a melhora em diversos aspectos da saúde da paciente (anexo 8):

1. Perda ponderal de 7,4%, redução do IMC (obesidade grau I) e da circunferência abdominal.
2. Melhora dos níveis tensionais, atingindo-se o alvo recomendado (< 140/90 mmHg⁵, considerando que em pessoas com retinopatia diabética o alvo da pressão arterial sistólica deve ser < 130 mmHg⁹).
3. Diminuição significativa dos parâmetros glicêmicos, atingindo-se níveis próximos aos recomendados.¹⁰
4. Redução expressiva nos índices lipídicos.

Com base nessa avaliação, orientou-se que a paciente retornasse em seis meses para reavaliação clínica e laboratorial. Um resumo com a lista de problemas e medicações em uso pela paciente pode ser encontrado no anexo 9.

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

A puericultura é conceituada como o conjunto de ações exercidas de forma contínua e global junto a uma criança e a toda comunidade na qual está inserida, da gestação ao fim da infância, com o intuito de oferecer-lhe o melhor desenvolvimento físico, emocional e intelectual e capacitá-la a uma vida produtiva e completa.¹³

A Atenção Primária à Saúde, neste contexto, constitui-se em um ambiente propício e diferenciado para este fim, porque atende toda a família e, portanto, toda a comunidade da qual a criança faz parte, oferecendo o suporte necessário para o seu pleno crescimento e desenvolvimento.

Conforme mencionado anteriormente, a ESF Divisa foi inaugurada há um ano e três meses, e tornou-se uma nova opção de acesso aos serviços de saúde do município de Sant'Ana do Livramento para a população residente em três bairros da cidade (Divisa, Prado e Centro).

Durante este período de atividade na unidade, algumas dificuldades foram encontradas em estruturar o serviço de modo a garantir a cobertura das consultas de puericultura, uma vez que a população adscrita ainda mantém como foco precípua o diagnóstico e tratamento de doenças agudas ou crônicas, deixando de privilegiar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Além disso, não se dispõe do apoio imprescindível dos agentes comunitários de saúde.

Desse modo, algumas metas foram traçadas nas reuniões de equipe no decorrer do trabalho, a saber:

- Aumentar a cobertura das consultas de puericultura na unidade.
- Estimular o vínculo da família com o sistema de saúde local, com o intuito de diminuir o número de faltas nas consultas.
- Orientar a população a estimular familiares, vizinhos e pessoas conhecidas a trazer suas crianças para as consultas de puericultura.
- Superar a ideia da puericultura restrita até os dois anos de idade, que restringe as orientações à alimentação, vacinas, higiene, que controla apenas o crescimento e desenvolvimento da criança.
- Incorporar estratificação de risco e vulnerabilidade das crianças da área de abrangência da unidade.

- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a implementação da alimentação complementar saudável no momento adequado.

Em vista da relevância dos fatores de risco para diferentes agravos à saúde, recomenda-se que cada profissional desenvolva um método sistemático para a sua avaliação. É necessário, portanto, que o profissional de saúde esteja atento para identificar situações que colocam a criança em maior risco para deficiências físicas, limitações da atividade e restrições na participação social.⁴

FATORES DO AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL⁴

- Situações do ambiente físico: renda familiar baixa, com participação da família em programas de distribuição de renda, moradia sem saneamento básico adequado, moradia em áreas de vulnerabilidade social.
- Situações de risco para discriminação social: gravidez indesejada; criança apresentando malformações ou doenças que geram preconceito social (HIV/AIDS, por exemplo).
- Condições paternas ou de cuidadores: baixa escolaridade, uso de álcool ou drogas ilícitas, transtornos psiquiátricos, relacionamento familiar conflituoso.

FATORES PESSOAIS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA⁴

- Antecedentes gestacionais: intercorrências gestacionais.
- Antecedentes perinatais: prematuridade, peso muito baixo para a idade gestacional, asfixia, parto distócico, micro ou macrocefalia.
- Antecedentes mórbidos pós-natais: infecção do sistema nervoso central, traumatismo cranioencefálico, hospitalizações frequentes ou prolongadas, história de violência.
- Antecedentes familiares: distúrbios do desenvolvimento de provável etiologia genética, morte de irmãos no primeiro ano de vida, deficiência intelectual entre familiares.
- História de deficiências físicas que sejam de risco para o desenvolvimento da criança: miopia, surdez ou hipoacusia, epilepsia, paresia, hipotonia ou

hipertonia, malformações congênitas, deficiência cognitiva, displasia evolutiva do quadril, asma, cardiopatia, desnutrição.

Levando em consideração os fatores de risco acima mencionados, elaborou-se uma ficha que contemplou a anamnese dos fatores de risco pessoais e ambientais de cada criança (anexo 10), a qual auxilia na estratificação e, portanto, na tomada de decisão quanto à frequência de acompanhamento de cada paciente. Assim, crianças ou famílias consideradas de risco passaram a ser acompanhadas com maior frequência do que a recomendada pelo calendário básico de puericultura do Ministério da Saúde.

De acordo com estudos epidemiológicos, as condições inadequadas a que as inúmeras famílias estão submetidas por gerações restringem suas opções de vida, influenciam suas práticas de saúde e a maneira como educam suas crianças, as quais, conseqüentemente, apresentam maior potencial para doenças e agravos à saúde, deficiências físicas, limitações da atividade e restrições à participação social.⁴ A nova abordagem de puericultura que implementou-se na rotina do nosso serviço de saúde visa minimizar tais condições e permitir o pleno crescimento e desenvolvimento físico e psicológico das crianças de nossa área.

Além disso, preconiza-se nos atendimentos de puericultura realizados na ESF Divisa a realização de medidas de prevenção e de promoção da saúde, que visam garantir o acompanhamento da criança da forma mais ampla possível, tais como:

- Imunização contra doenças infectocontagiosas: é considerada um dos poucos itens da puericultura cuja eficácia está clara e extensamente documentada.¹³
- Triagem metabólica neonatal (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito primário, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase): deve-se fazer a observação de que, embora contemplados no Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde, não existem evidências científicas suficientes para a realização de outros testes que não os três primeiros citados anteriormente.⁴
- Teste do reflexo vermelho (TRV): é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam danificar a transparência dos meios oculares, como catarata, glaucoma, toxoplasmose, retinoblastoma, descolamentos de retina

tardios. Todas as crianças devem ser submetidas ao TRV antes da alta da maternidade, pelo menos duas a três vezes ao ano nos três primeiros anos de vida e pelo menos uma vez ao ano do 3º ao 5º ano de vida.¹⁴

- Teste da orelhinha: tem embasamento científico suficiente, sendo considerado unânime a recomendação de programas hospitalares de aplicação de emissão otoacústica e/ou resposta auditiva de tronco até o final do primeiro mês de vida.⁴
- Triagem da displasia do desenvolvimento do quadril: realizada clinicamente por meio da manobra de Ortolani nos primeiros dez dias de vida e, em geral, realizadas em todas as consultas do primeiro ano de vida, já que essa condição pode manifestar-se mais tardiamente. Não existem evidências científicas robustas que orientem a sua realização.¹³
- Prevenção de anemia ferropriva: prescrição de sulfato ferroso na dose de 1mg/kg/dia entre 6 e 23 meses de idade. A suplementação para crianças nascidas prematuramente ou com baixo peso de nascimento, mesmo que estejam em aleitamento materno exclusivo, deve ser iniciada com um mês de idade na dose de 2mg/kg/dia.¹³
- Pesquisa de criptorquidia: a triagem dos testículos criptorquídicos é recomendada durante o primeiro ano de vida, considerando que a descida espontânea dos testículos deve ocorrer até os três meses de vida nas crianças nascidas a termo e até os seis meses nos prematuros.⁴
- Orientações sobre saúde bucal como forma de prevenção da cárie e de problemas ortodônticos: estimular dieta isenta de açúcares, escovação com creme dental fluorado (lembrando que escovação deve ser iniciada a partir da erupção do primeiro dente e realizada com escova macia e creme dental com baixa concentração de flúor até os seis anos de idade), desestimular o uso de mamadeiras e chupetas.⁴
- Estímulo ao aleitamento materno (Projeto de Intervenção – anexo 1).
- Orientações quanto ao posicionamento correto dos bebês (posição supina).¹³
- Aconselhamento e orientação quanto à prática de atividade física: não necessita ser sistemática. Dançar, pular corda, jogar futebol, andar de bicicleta (com utensílios de segurança devidamente utilizados) são exemplos de atividade física que devem ser incentivadas.¹³

- Aconselhamento em relação à segurança da criança e do adolescente: prevenção de acidentes (queimaduras, choque elétrico, sufocamentos, asfixia, quedas, ingestão de medicamentos e produtos domésticos, atropelamentos, afogamentos, manuseio de arma de fogo), utilização de assentos adequados para crianças em automóveis, usar o cinto de segurança e não andar com motorista alcoolizado, prevenção de gravidez indesejada e de ISTs (infecções sexualmente transmissíveis).⁴

Para finalizar, é necessário destacar que no decorrer deste ano houve uma nítida transformação no processo de trabalho, evidenciada pela incorporação de ideias e práticas vinculadas à nova abordagem de puericultura, como a estratificação de risco e vulnerabilidade, sem, contudo, minimizar a importância das já estabelecidas estratégias de acompanhamento de saúde das crianças, de forma a garantir um serviço de qualidade em consonância com os princípios da equidade e da integralidade.

4 VISITA DOMICILIAR

Um dos fatos mais impactantes para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional vivenciado por todos os continentes. Alterações profundas nas formas de pensar e viver a velhice na sociedade são ocasionadas pelo aumento do número de idosos, tanto absoluto quanto relativo.¹⁵

Estima-se que no ano 2050 existirão aproximadamente dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo (o que poderá corresponder a 22% da população global), a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.¹⁶ Conforme projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025, deverá ter crescido em quinze vezes, ao passo que a população total, em cinco, alcançando a marca de 32 milhões de pessoas com sessenta ou mais de idade em 2025 (anexo 11).¹⁵

Existe, de um lado, maior preocupação por parte dos governos em assumir políticas que vão ao encontro da manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas. De outro, os próprios idosos buscam maior protagonismo social, sobretudo naquelas nações em que a democracia e o Estado de direito são conquistas efetivas da sociedade.¹⁵

É atribuição das políticas de saúde possibilitar que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.¹⁵ Nesse sentido, a Equipe Saúde da Família deve se organizar de tal forma que possa acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização de suas atividades diárias, por meio do atendimento domiciliar.¹⁶

Nos primeiros dez meses de atividade da ESF Divisa, as visitas domiciliares realizadas pela equipe estavam organizadas de tal forma que eram contemplados apenas aqueles pacientes cujos familiares se deslocavam até à unidade para solicitar o atendimento domiciliar. Portanto, a demanda do paciente era a principal norteadora da organização da atenção domiciliar, sem que houvesse vínculo estabelecido entre equipe e usuário.

Há aproximadamente cinco meses, essa lógica de atuação foi alterada pela reorganização do processo de trabalho com o intuito de atingir-se a melhor

qualidade possível no serviço oferecido a esse tipo peculiar de paciente, tendo-se como base os elementos fundamentais para a gestão do cuidado na atenção domiciliar, a saber:¹⁷

- **Acolhimento:** trata-se de uma tecnologia leve, a qual se propõe a garantir acessibilidade universal e qualificar a relação trabalhador-usuário. Deve-se receber as demandas de cuidados domiciliares e, a partir da escuta qualificada, tentar conceder a melhor contrapartida para cada situação que se apresente ao serviço, realizando, sempre que possível, as “pontes” necessárias na Rede de Atenção à Saúde.
- **Clínica Ampliada:** pressupõe o compromisso de assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando a intersetorialidade para auxiliar na resolução de problemas, na minimização da injustiça social e na admissão dos limites do conhecimento dos profissionais e das tecnologias aplicadas. Por outro lado, é necessário instruir o paciente e sua família acerca da condição que lhes acomete, responsabilizando-os e ampliando os horizontes clínicos do profissional.
- **Apoio matricial:** objetiva garantir a retaguarda especializada às equipes de saúde, constituindo-se em metodologia de trabalho que complementa os sistemas de referência e contrarreferência. Por exemplo: a ESF pode ser matriciada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também pelas equipes de atenção domiciliar, que possuem saber específico. Essa atuação em conjunto pode reduzir a necessidade de encaminhamentos a especialistas e, ao mesmo tempo, atua preventivamente de modo que possa evitar situações mais complexas e que demandem apoio especializado.
- **Projeto terapêutico singular:** trata-se de um conjunto de condutas, ações e medidas, de cunho clínico ou não, elaboradas para ir ao encontro das necessidades de saúde dos pacientes, especialmente em situações mais complexas, e que são construídas a partir de deliberações de uma equipe multidisciplinar. Contempla as fases de diagnóstico, definição de metas, definição das responsabilidades e reavaliação.

Inicialmente, selecionaram-se todos os prontuários dos pacientes que haviam solicitado visita domiciliar. Posteriormente, foi criada uma planilha com os usuários

do serviço e seus respectivos problemas de saúde e, a partir dessa óptica, definiu-se a classificação da complexidade de cada caso com base em aspectos clínicos e socioeconômicos.¹⁷

ASPECTOS CLÍNICOS

- Utilização de serviços de saúde: número e tempo de hospitalizações nos últimos doze meses e visitas aos serviços de urgência/emergência.
- Quadro clínico: acamado, portador de alguma sequela, presença de morbidades agudas e crônicas, estabilidade clínica, distúrbio do nível de consciência, estabilidade hemodinâmica, condições respiratórias, estado nutricional.
- Suporte terapêutico: medicações em uso e vias de administração, dependência de oxigenioterapia, presença de hipersecreção pulmonar com necessidade de aspirações orotraqueais, suplementação oral ou enteral.
- Reabilitação: incapacidade funcional para atividades da vida diária, plegias, necessidade de reabilitação fisioterápica.
- Cuidados de enfermagem: presença de feridas, necessidade de administração de medicamentos via parenteral.
- Uso de drenos, cateteres ou estomias.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

- Risco social familiar: drogadição, desemprego, analfabetismo.
- Segurança dos profissionais e acessibilidade ao domicílio.
- Necessidade de treinamento/capacitação do cuidador.
- Estrutura familiar, participação familiar.
- Condições de moradia.

Dessa forma, a classificação da complexidade assistencial em atenção domiciliar possibilita que sejam priorizados os casos que demandam maior cuidado da equipe, além de fornecer apoio na elaboração do plano terapêutico e na definição da periodicidade das visitas dos profissionais da equipe.

As visitas são compartilhadas entre médico, enfermeira e técnica de enfermagem, considerando que não se dispõe do auxílio de agentes comunitários de saúde. São realizadas a aferição dos sinais vitais, da glicemia capilar e da oximetria, a avaliação e troca de curativos, a colocação, troca e retirada de sondas vesicais de demora. Nos casos em que há a necessidade de coleta de sangue para a realização de exames laboratoriais, os pacientes contam o serviço de coleta domiciliar por parte dos laboratórios mediante o pagamento de uma taxa. Após o agendamento da consulta, o familiar/cuidador do paciente leva os resultados dos exames para avaliação.

É importante destacar que parcela significativa dos doentes acompanhados por meio da atenção domiciliar no município é associada a um serviço de atendimento móvel de urgência e emergência, que fornece atendimento médico residencial e remoção ao hospital, caso necessário, o que diminui a exigência de resposta da equipe diante de situações de doenças agudas.

Mensalmente, dedica-se a reunião de equipe exclusivamente à discussão clínica dos casos de pacientes domiciliares, com o propósito de reprogramarem-se as condutas, caso necessário, e de debater-se a melhor forma de orientar a família quanto aos principais aspectos que devem ser observados no cuidado com o paciente, inclusive aqueles que possam minimizar a sobrecarga do cuidador.

Apesar das evoluções mencionadas no processo de trabalho e, por conseguinte, na qualidade do serviço prestado à população, algumas adversidades ainda estão fortemente presentes no nosso cotidiano, as quais prejudicam o potencial de resolução de problemas por parte da equipe.

Assim como ocorre em outras unidades do município, é frequente a indisponibilidade de transporte para a realização das visitas, culminando, invariavelmente, com o cancelamento da mesma. Esse fato prejudica consideravelmente o planejamento da equipe e compromete o vínculo desta com o paciente e sua família. A alternativa encontrada para transpor esse obstáculo foi realizar a visita por meios próprios, ou quando possível, com o auxílio dos familiares do próprio paciente.

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município foi criado no ano de 2015 e a equipe multiprofissional conta, atualmente, com o apoio de psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico, os quais atendem as doze unidades de saúde do município, o que, evidentemente, sobrecarrega os profissionais envolvidos,

gerando uma demanda reprimida significativa, sendo incapaz de atender os doentes domiciliares. Exceção a essa circunstância é o suporte quinzenal da nutricionista na unidade, que também realiza visitas domiciliares, quando solicitada. Assim, parte da função do NASF acaba por ser suprida pelas consultorias do Telessaúde, que auxiliam significativamente nos diagnósticos e manejos desses pacientes, aumentando a resolutividade das demandas e evitando encaminhamentos desnecessários.

Além dos problemas decorrentes da incapacidade da gestão em oferecer os subsídios necessários para que a equipe desenvolva todo o seu potencial de trabalho, outra situação negativa encontrada na atenção domiciliar é a negligência de algumas famílias com os seus entes, as quais transferem toda a obrigação do cuidado à equipe, eximindo-se da responsabilidade pelo bem-estar físico e emocional desses pacientes.

5 CONCLUSÃO

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve como objetivo fundamental oportunizar ao aluno-profissional ampliar os seus conhecimentos de tal modo que pudesse aplicá-los na sua rotina de trabalho, não apenas no que diz respeito aos aspectos clínicos, profissionais, mas também no que se relaciona às competências necessárias para atuar ativamente em todo o processo de trabalho, tornando-se, assim, um ator capaz de influenciar positivamente a realidade de vida da população.

Organizou-se em dois eixos principais: o eixo curricular I, dividido em três unidades de ensino distintas e correspondente aos assuntos pertinentes ao campo da saúde coletiva, e o eixo curricular II, constituído por cinco blocos, cada qual composto por seis casos clínicos, direcionado, pois, às atividades de cunho profissional.

O eixo curricular I foi imprescindível para que diversos conceitos e conhecimentos acerca do processo histórico de formação e dos aspectos da conjuntura atual do sistema de saúde nacional fossem ampliados. O aprendizado das ferramentas de geoprocessamento (utilizadas para explorar de forma racional as peculiaridades do território) e dos determinantes sociais de saúde da população local também foram de extrema importância para que aprofundado fosse o entendimento da realidade local, possibilitando definir prioridades de intervenção, atuar nas características sociais que geram iniquidade e estabelecer a agenda profissional de modo a privilegiar as demandas da população.

Além disso, outros temas de relevância foram abordados. A estratégia PICO, assunto até então inédito para o autor deste trabalho, propiciou que o profissional-aluno aprendesse a elaborar um questionamento de pesquisa com vistas à identificação da melhor evidência científica disponível. O estudo das tecnologias avançadas em saúde trouxe à luz alguns dos desafios enfrentados pelos gestores da saúde, os quais devem preconizar a otimização de recursos financeiros sem prejudicar a qualidade e os desfechos do tratamento. Os assuntos inerentes à vigilância em saúde destacaram não somente a importância de orientar os pacientes quanto à forma de transmissão para prevenir novos agravos, como também para

alertar os profissionais quanto à necessidade de cumprir a lei que orienta a notificação compulsória de determinadas doenças e agravos.

Outros conteúdos foram tratados no decorrer da primeira parte do curso, entre os quais se destacam as práticas educativas em saúde, cujas orientações auxiliaram no desenvolvimento de grupos de saúde coletiva na ESF Divisa, oferecendo suporte aos indivíduos na construção de novas ideias, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos e de promoção da saúde; e a abordagem aos diversos tipos de situações de violência, que forneceu apoio ao profissional para conduzi-las de forma segura, além de propiciar a identificação de políticas públicas de combate à violência e orientar a utilização das redes de apoio disponíveis.

O eixo curricular II correspondeu ao núcleo profissional do curso, no qual se discutiram temas de relevância médica, contextualizados nas mais distintas e complexas vivências do homem no seu ambiente social, oportunizando ao aluno-profissional refletir a respeito dessas condições, ao mesmo tempo em que pôde atualizar-se por meio de protocolos e diretrizes, conforme evidências recentes disponibilizadas. Dessa forma, as condições mais prevalentes no cotidiano dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde foram revisadas, como doenças crônicas não transmissíveis, atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher e do idoso, promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, problemas de saúde mental, musculoesqueléticos, infecciosos e de pele, situações de urgência e emergência, violência, trauma, alguns problemas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, vacinas, orientação familiar, dependência química e atenção domiciliar.

Diante desse contexto, torna-se evidente o desafio que é ser médico na Atenção Primária em Saúde, considerando-se a pluralidade de conhecimentos e as múltiplas competências e habilidades que deve desenvolver ao longo do seu trabalho. Além disso, deve ser agente de transformação da realidade do sistema de saúde, o qual ainda claudica em direção ao cumprimento dos atributos dos serviços de atenção primária, sobretudo ao que diz respeito à integralidade e à coordenação do cuidado, uma vez que existem sérias limitações em atender o leque completo de necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos, associadas à indisponibilidade de informações acerca dos problemas e das ações realizadas nos diferentes pontos de atenção à saúde.

Ao realizar uma reflexão a respeito da trajetória percorrida no Curso de Especialização, é possível afirmar que o aproveitamento foi o melhor possível, tendo em vista que os conhecimentos adquiridos por meio de todo o material disponibilizado e de todas as atividades realizadas transpuseram os limites da teoria, ganhando aplicabilidade na rotina diária de atendimento na unidade de saúde, seja no que se refere ao aspecto técnico-científico, seja na mudança de atitude quanto ao papel do médico na transformação do processo de trabalho. Outro importante aspecto a considerar é a consciência adquirida de que o trabalho em equipe e o envolvimento multiprofissional ampliam a capacidade de atenção da equipe, gerando resultados positivos que atingem tanto usuários, quanto trabalhadores. Portanto, o Curso de Especialização em Saúde da Família constitui-se em ferramenta de extrema significância no progresso profissional de cada um dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 05 dez. 2016.
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul. Sant'Ana do Livramento. Infográficos: dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431710>>. Acesso em: 05 dez. 2016.
3. PIMENTEL, I. R. S. et al. **Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família**. Florianópolis: Rev bras med fam comunidade, 2011.
4. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. JAMES, P. A. et al. **2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)**. JAMA, 2014;311(5): 507-520.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, 2010.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª edição. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arq Bras Cardiol, 2013.
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
10. AMERICAN DIABETS ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes – 2017**. Diabetes care, 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36.
12. STONE, N.J. et al. **2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Reporto**

f the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 2013.

13. CAMPOS JÚNIOR, D. et al. **Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria**. 3ª Edição. Barueri, SP: Manole, 2014.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Marcus Vinícius Coelho da Rosa

**PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO
MÊS DE VIDA EM UMA ESF DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO**

Sant'Ana do Livramento
Novembro/2016

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a utilização do leite materno de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida e essa prática vem aumentando no Brasil. Apesar disso, os números estão aquém do que seria considerado bom ou muito bom, segundo os parâmetros da OMS. Constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Na ESF Divisa, em Sant'Ana do Livramento/RS, a taxa de aleitamento materno exclusivo observada nos primeiros quatro meses de funcionamento da Unidade foi de 35%, número inferior à média nacional, que é de 41%. Diante deste contexto, surgiu a ideia deste projeto de intervenção, o qual tem como objetivo norteador o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo na referida Unidade. O projeto será dividido em quatro momentos, tendo início com a apresentação da proposta de trabalho à equipe. Posteriormente, será realizada a estruturação do plano de intervenção, que consistirá na capacitação da equipe e na organização do grupo de gestantes, puérperas e mães de crianças menores de 6 meses. O terceiro momento, a execução das ações, contemplará as reuniões em grupo, nas quais os temas pertinentes à amamentação serão explorados. Por fim, a avaliação da intervenção será debatida com a equipe. Almeja-se com esta proposta, auxiliar as mães participantes no processo de amamentação e, com isso, aumentar a cobertura do aleitamento materno exclusivo na ESF Divisa.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Alimentação Infantil, Aleitamento Materno.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROBLEMA	7
3 JUSTIFICATIVA	7
4 OBJETIVOS	8
4.1 Objetivo Geral	8
4.2 Objetivos Específicos	8
5 REVISÃO DE LITERATURA	9
6 METODOLOGIA	13
6.1. Pactuação das ações	13
6.2. Estruturação do plano de intervenção	13
6.3. Execução das ações	13
6.4. Avaliação dos resultados.....	14
7 CRONOGRAMA	15
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	16
9 RESULTADOS ESPERADOS	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS	20

1 INTRODUÇÃO

Sant'Ana do Livramento, cidade situada na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, possui uma população de 82464 habitantes, sendo que 406 são menores de seis meses de idade, de acordo com o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010. Possui taxa de mortalidade infantil de 10,66 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,727.¹

A ESF Divisa foi inaugurada em março de 2016 e acredita-se que seja responsável por abranger uma área com cerca de dez mil habitantes, o que corresponde a aproximadamente 12% da população do município. Nos primeiros quatro primeiros meses de funcionamento, foram atendidas vinte crianças menores de 6 meses de idade, das quais apenas sete estavam em aleitamento materno exclusivo, o que corresponde a 35% do total.

A alimentação ao seio constitui uma das questões primordiais para a saúde humana, especialmente nos dois primeiros anos de vida, pois acata as necessidades nutricionais, metabólicas, imunológicas, além de conceder estímulo psicoafetivo ao lactente. O leite materno é considerado um alimento perfeito, pois, além de possuir proteínas, lipídios, carboidratos, minerais e vitaminas, contém 88% de água.²

Nos primeiros doze meses de vida, aproximadamente 40% das calorias ingeridas destinam-se ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, caindo para 20% no segundo ano. Com isso, observa-se que o aporte dietético inadequado ao lactente, nesse período de alta velocidade de crescimento, levará à desnutrição proteicoenergética e atraso no desenvolvimento.²

A amamentação constitui-se em ato que transpõe o simples fato de alimentar a criança. Esse processo envolve interação complexa, que decorre da combinação de múltiplos fatores entre duas pessoas e que interfere diretamente no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia, na sua evolução intelectual e emocional e em sua saúde ao longo do tempo. A saúde física e psíquica da mãe também está envolvida no ato de amamentar.³

A amamentação na espécie humana é biologicamente determinada e influenciada por fatores socioculturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Em decorrência dessa particularidade peculiar à nossa espécie, a amamentação deixou de ser uma prática universal, ocasionando divergência entre a

expectativa biológica da espécie e a cultura. Já foram observados alguns efeitos dessa divergência, como desnutrição e alta mortalidade infantis, principalmente em áreas menos desenvolvidas.³

As taxas de aleitamento materno no Brasil, sobretudo as de amamentação exclusiva, estão bastante abaixo do recomendado, mesmo com os esforços de diversas instituições nacionais e internacionais e apesar de todos os estudos científicos provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena.⁴ O parâmetro aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses no Brasil, de acordo com dados da OMS, é considerado apenas razoável (41%), sendo que se considera bom e muito bom taxas acima de 50% e 90%, respectivamente.³ Além disso, em desacordo com as recomendações, a duração mediana da amamentação na população brasileira é de 11 meses, e do aleitamento materno exclusivo, de 54 dias.⁵

Neste cenário, o profissional de saúde assume papel essencial na reversão desse quadro. No entanto, é necessário que esteja capacitado. Por mais competente que seja no âmbito do domínio técnico relacionado à lactação, não será exitoso o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno, se ele não mantiver um olhar atento e abrangente sobre os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Dessa maneira, deve-se assegurar à mulher o direito de ser protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.⁴

São competências do profissional de saúde contextualizar e compreender o processo de aleitamento materno nos aspectos social, familiar e cultural e, a partir dessa compreensão, assistir o binômio mãe/bebê, bem como a sua família. Este profissional deve buscar alternativas para comunicar-se com a população, com o propósito de informá-la a respeito da relevância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno. Além disso, precisa estar apto para propiciar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que leve em consideração o saber e a história de vida de cada mulher e que a auxilie a superar medos, dificuldades e inseguranças.⁶

A maioria dos profissionais de saúde considera-se favorável ao aleitamento materno. Contudo, muitas mulheres mostram descontentamento com o tipo de apoio recebido, o que pode ocorrer devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que amamentam desejam suporte ativo (inclusive

emocional) e também informações exatas, o que pode lhes trazer confiança. Entretanto, o auxílio concedido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo. Se há o desejo de se apoiar o aleitamento materno, é necessário que se entenda que tipo de suporte, informação e interação as mães desejam, necessitam ou esperam desse profissional.⁴

2 PROBLEMA

Baixa cobertura do aleitamento materno exclusivo em crianças com até seis meses de vida na área de abrangência da ESF Divisa.

3 JUSTIFICATIVA

Conforme dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009), percebe-se que a cobertura do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses é de 41%.⁵

Na ESF Divisa, nos primeiros quatro meses de funcionamento da unidade, foram acompanhadas vinte crianças menores de seis meses de idade, das quais apenas sete estavam em AME (35%), o que corresponde a um percentual inferior ao encontrado na média nacional, que, por sua vez, está bastante aquém do recomendado.

Desse modo, devido aos inúmeros benefícios do aleitamento materno exclusivo e as baixas taxas de cobertura desse ato que, sabidamente, diminui a mortalidade infantil, o tema assume importância indiscutível.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Aumentar a cobertura de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida das crianças pertencentes à área de abrangência da ESF Divisa.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o maior número possível de gestantes, assim como de crianças até seis meses de vida pertencentes à área de abrangência da referida unidade.
- Identificar os principais motivos causadores do desmame precoce e atuar sobre eles para que o problema seja minimizado.
- Capacitar a equipe para que possa auxiliar as mães e as gestantes de forma eficaz no processo da amamentação.
- Reforçar as técnicas e os benefícios da amamentação exclusiva para a mãe e o bebê em grupo de saúde coletiva para gestantes, puérperas e mães de crianças menores de seis meses de idade.

5 REVISÃO DE LITERATURA

As recomendações atuais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria orientam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, não sendo necessário oferecer à criança água, chás, sucos ou qualquer outro alimento durante esse período. Se isso ocorrer, o processo de desmame terá sido iniciado. O leite materno deve ser mantido, no mínimo, até os dois anos de vida.²

As categorias de aleitamento materno são descritas a seguir, as quais são adotadas pela OMS e internacionalmente reconhecidas.²

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite humano, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (em quantidades limitadas).
- *Full breastfeeding*: ainda sem tradução consensual para o português, esse termo é utilizado para definir a soma das categorias aleitamento materno exclusivo + aleitamento materno predominante.
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar o leite materno e não de substituí-lo. Assim, leites de outras espécies utilizados para substituir o leite materno não são considerados alimentos complementares. O termo “suplemento” tem sido utilizado para água, chás e/ou substitutos do leite materno.
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente da quantidade e de estar recebendo ou não outros alimentos.

Inúmeras evidências que se avolumam desde a década de 1980 sugerem fortemente diversos benefícios do aleitamento materno tanto para a criança, quanto para a mãe, a família e a sociedade em geral.³

O leite materno possui composição nutricional ideal. É capaz de prover as necessidades nutricionais, metabólicas e calóricas do lactente nos primeiros seis meses de vida, além de ser ideal para o sistema gastrointestinal e renal em amadurecimento.⁴

Sabidamente, reduz a mortalidade infantil. A amamentação poderia evitar em média 13% de todos os óbitos por doenças evitáveis de crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo.⁷ Além disso, diminui a mortalidade, gravidade e risco de internação por doenças respiratórias⁸ e doenças diarreicas (66%), considerando que a proteção a essas classes de doenças é maior quando o aleitamento materno é exclusivo.⁴

Diminui a ocorrência de doenças imunoalérgicas como asma⁹ e atopias.¹⁰ Melhora o desenvolvimento cognitivo¹¹ e orofacial.⁴

Apesar de ainda não estar claramente estabelecido, acredita-se que tem o potencial de reduzir doenças crônicas como alguns tipos de câncer (leucemia, doença de Hodgkin, neuroblastoma); gastrointestinais (doença de Crohn, retocolite ulcerativa, doença celíaca); metabólicas (diabetes melito tipos 1 e 2, sobrepeso/obesidade, hipercolesterolemia); cardiovasculares (diminuição da pressão arterial).³

Para a mãe os benefícios também são inúmeros. Reduz a prevalência de câncer de mama¹² e de ovário¹³; protege contra o diabetes tipo 2; reduz o risco de hemorragia pós-parto (reflexo de Ferguson - a sucção do mamilo estimula a liberação de ocitocina pela hipófise posterior, hormônio responsável pela contração da musculatura uterina); funciona como método anticonceptivo, com uma eficácia que pode chegar a 98% nos primeiros seis meses após o parto, contanto que a amamentação seja exclusiva ou predominante e que a genitora se mantenha amenorreica.³

A todos esses efeitos benéficos somam-se ainda a proteção contra as seguintes doenças: câncer de útero; hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto; e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto.³

Para a remoção efetiva do leite pela criança e proteção dos mamilos contra danos físicos, é imprescindível técnica adequada de amamentação, sobretudo em relação ao posicionamento da dupla mãe-bebê e à pega/sucção do bebê.²

A posição incorreta da mãe e/ou bebê prejudica o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, ocasionando a denominada “má pega”, a qual interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, o que deve dificultar o esvaziamento da mama. Consequentemente, diminuição da produção do

leite e ganho de peso insuficiente do bebê poderão ocorrer, embora permaneça longo tempo no peito.¹⁴

O bebê com “má pega”, muitas vezes, tem a capacidade de extrair o leite anterior, entretanto encontra dificuldade em retirar o leite posterior, que é mais nutritivo e rico em gorduras. Soma-se a isso, o fato de a pega inadequada favorecer traumas mamilares.² Estudos realizados com auxílio de ultrassom evidenciam que, quando o bebê tem pega correta, o mamilo fica posicionado na parte posterior do palato, onde fica protegido da fricção e compressão, evitando traumas mamilares.¹⁵

É essencial que a mãe e bebê estejam em posição aconchegante para uma boa técnica de amamentação, que não afete a capacidade da criança em abocanhar quantidade satisfatória de tecido mamário (aproximadamente 2 cm de tecido mamário além do mamilo), de sugar o leite efetivamente e de deglutir e respirar livremente. Se a técnica adequada de amamentação for executada, a mãe não sentirá dor.²

A OMS destaca algumas orientações que são consideradas pontos-chave para uma boa técnica de amamentação, conforme é observado na tabela 1.⁴

Alguns sinais são indicativos de técnica incorreta de amamentação, tais como: bochechas do bebê encovadas a cada sucção, ruídos da língua, mama parecendo estar esticada ou disforme durante a mamada, mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas, quando a criança solta a mama, e dor no ato de amamentar.²

O desmame é um processo que não possui data definida para iniciar nem para terminar, o qual depende de muitas variáveis, destacando-se, entre outras, a maturidade da criança e o desejo da mãe. Deve-se estimular o desmame natural, pois este proporciona transição mais tranquila, menos estressante para ambos, mãe e criança, satisfazendo as necessidades fisiológicas, imunológicas e psicológicas da criança até que ela encontre maturidade para o desmame. Em contrapartida, o desmame abrupto deve ser desencorajado. Se a criança não está pronta, ela pode sentir-se rechaçada pela mãe, o que pode ocasionar insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, pode desencadear ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite. Além disso, tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação poderão estar presentes.³

As mães, muitas vezes, apresentam o desejo de manter a amamentação, porém acabam por interrompê-la pelos mais diversos motivos. As principais

alegações são as seguintes: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, morbidades que exijam hospitalização da criança e problemas nas mamas.²

Nesse contexto, alguns grupos populacionais poderiam tornar-se alvo de programas com fins de incentivo à amamentação: mães com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas, os quais constituem categorias de risco para a introdução de outros alimentos. Além disso, o trabalho informal e o desemprego também estão relacionados ao desmame precoce.¹⁶

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico intervencional, o qual tem como cerne a criação de um grupo de gestantes, puérperas e mães de crianças menores de 6 meses de idade, com o intuito de aumentar a oferta do aleitamento materno exclusivo na ESF Divisa, em Sant'Ana do Livramento/RS.

As ações realizadas nesse projeto serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, estruturação do plano de intervenção, execução das ações e avaliação dos resultados.

6.1. Pactuação das ações

O projeto foi apresentado à equipe da ESF Divisa na primeira quinzena de julho/2016, e teve como objetivo introduzir o assunto e mobilizar a equipe para a execução das ações.

6.2. Estruturação do plano de intervenção

A estruturação do projeto foi organizada com base na capacitação da equipe e na organização do grupo de saúde coletiva.

Na segunda quinzena de julho, ministrou-se uma palestra sobre o tema proposto, possibilitando a atualização e capacitação dos membros da equipe, para que as informações ao público-alvo o auxiliasse nas principais dificuldades vivenciadas no processo de amamentação.

Na primeira quinzena do mês subsequente, em reunião da equipe, discutiu-se o funcionamento do grupo, com a abordagem a respeito do material de divulgação, material didático que seria disponibilizado às participantes do grupo, cronograma das atividades e modo de condução das atividades.

6.3. Execução das ações

O início das atividades com as participantes do grupo ocorreu na primeira quinzena de agosto e deverá ser concluída em novembro. O grupo é aberto, tem duração aproximada de 60 minutos, frequência mensal e é realizado no final do expediente, como estímulo para que os parceiros também possam participar.

Foi disponibilizado material pedagógico preparado pela própria equipe enfatizando os benefícios do aleitamento materno exclusivo tanto para os bebês,

assim como para as mães, as técnicas corretas de amamentação e os principais fatores envolvidos no desmame precoce. Vídeo educativo acerca do tema é reproduzido nos dias reservados para as consultas de pré-natal.

As participantes que já ganharam seus bebês são avaliadas quanto à técnica de amamentação, de acordo com os critérios contemplados na ficha recomendada pela OMS para a observação de mamadas, como se observa na tabela 2.

Durante as atividades, o profissional de saúde atua como facilitador e não como palestrante, permitindo, dessa forma, que as participantes exponham suas vivências, dúvidas e dificuldades, contribuindo com a aquisição de novos conhecimentos por parte de todos.

6.4. Avaliação dos resultados

Ao término da execução do projeto, os resultados serão apresentados à equipe para a avaliação da intervenção, abrindo-se campo para a continuidade das ações de promoção e estímulo ao aleitamento materno exclusivo na ESF Divisa.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	JUL 2016	AGO 2016	SET 2016	OUT 2016	NOV 2016	DEZ 2016
Apresentação da proposta de trabalho à equipe.	x					
Capacitação da equipe sobre o tema proposto.	x					
Organização do grupo de gestantes, puérperas e mães com crianças menores de seis meses.		x				
Execução do plano de intervenção.		x	x	x	x	
Análise dos resultados.						x
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.						x

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto lançará mão de recursos disponibilizados pelo próprio médico responsável pela intervenção (computador e data show, por exemplo), bem como materiais cedidos pela ESF Divisa, que tem origem, em última instância, em recursos provindos da Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento.

RECURSOS HUMANOS

Equipe composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista e dois assistentes administrativos.

RECURSOS MATERIAIS

- Computador
- Data Show
- Impressora
- Cartucho de tinta para impressora
- Folhas de papel A4
- Cópias (xerox)
- Caneta esferográfica
- Sala para realização de grupos de saúde coletiva

9 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação deste projeto de intervenção, almeja-se acolher, inserir e estimular a presença das mães de crianças com seis meses de vida ou menos e gestantes pertencentes à área da UBS Divisa no sistema de saúde local. Além disso, por meio da realização do grupo de saúde coletiva com o público alvo, associada à qualificação da equipe sobre o tema proposto, espera-se que sejam identificados e corrigidos os principais fatores relacionados ao desmame precoce, bem como as dificuldades técnicas enfrentadas pelas mães, orientando a maneira adequada da pega e da posição do bebê durante o ato de amamentar. Acrescenta-se a esses fatores, a necessidade do entendimento claro e objetivo por parte das mães acerca dos inúmeros benefícios que o aleitamento materno exclusivo propicia ao binômio mãe-bebê, com o intuito de que o objetivo central desta proposta de atuação seja alcançado, que é o aumento da cobertura do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida das crianças pertencentes à área de abrangência da ESF Divisa.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul. Sant'Ana do Livramento. Infográficos: dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431710>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
2. CAMPOS JÚNIOR, D. et al. **Tratado de Pediatria** - Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª Edição. Barueri, SP: Manole, 2014.
3. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>>. Acesso em 30 set. 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>>. Acesso em 25 jul. 2016.
6. CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aspectos socioculturais da amamentação**. In: aleitamento materno: manual prático. 2ª edição. Londrina: PML, 2006.
7. JONES, G. et al. **How many child deaths can we prevent this year?** The Lancet, 2003.
8. BACHRACH, V. R. G.; SCHWARZ, E.; BACHRACH, L. R. **Breastfeeding and the Risk of Hospitalization for Respiratory Disease in Infancy: a Meta-analysis**. Arch Pediatr Adolesc Med, 2003.
9. GDALEVICH, M.; MIMOUNI, D.; MIMOUNI, M. **Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: A systematic review with meta-analysis of prospective studies**. The Journal of Pediatrics, 2001.
10. VAN ODIJK, J. et al. **Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1996-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations**. Allergy, 2003.
11. ANDERSON, J.W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. **Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis**. Am J Clin Nutr, 1999.
12. COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. **Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from**

47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *The Lancet*, 2002.

13. STANLEY, Ip et al. **A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries.** *Breastfeeding Medicine*, 2009.

14. NEIFERT, M.R. **Clinical aspects of lactation. Promotion breastfeeding sucess.** *Clin perinatol*, 1999.

15. WOOLRIDGE, M.W. **The 'anatomy' of infant sucking.** *Midwifery*, 1986.

16. ISOYAMA VENANCIO, S. et al. **Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo.** São Paulo: *Rev. Saúde Pública*, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10493.pdf>>. Acesso em 02 set. 2016.

ANEXOS**Tabela 1: pontos-chave para uma boa técnica de amamentação⁴**

Posicionamento	Pega
Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo	Aréola um pouco mais visível acima da boca do bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Boca bem aberta
Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido)	Lábio inferior virado para fora
Bebê bem apoiado	Queixo tocando a mama

Tabela 2: Ficha recomendada pela OMS para a observação de mamadas³

SINAIS DE QUE A AMAMENTAÇÃO ESTÁ INDO BEM	SINAIS DE POSSÍVEL DIFICULDADE
<p>Geral</p> <p>Mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> () Aparenta estar saudável () Relaxada e confortável () Sinais de vínculo entre mãe e bebê <p>Bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> () Aparenta estar saudável () Calmo e relaxado () Alcança ou procura a mama se tem fome 	<p>Mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> () Aparenta estar doente ou deprimida () Aparenta estar tensa e desconfortável () Ausência de contato visual mãe-bebê <p>Bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> () Aparenta estar sonolento ou doente () Inquieto ou chorando () Não alcança ou procura a mama
<p>Mamas</p> <ul style="list-style-type: none"> () Aparência saudável () Ausência de dor ou desconforto () Bem apoiada com dedos longe do mamilo () Mamilo proeminente, protrátil 	<ul style="list-style-type: none"> () Vermelhas, edemaciadas, doloridas () Dor na mama ou mamilo () Mama apoiada com dedos na aréola () Mamilo plano, não protrátil
<p>Posição do bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> () Cabeça e corpo alinhados () Mantido perto do corpo da mãe () Todo corpo apoiado () Aproxima-se da mama, nariz em frente ao mamilo 	<ul style="list-style-type: none"> () Pescoço e cabeça torcidos para mamar () Afastado do corpo da mãe () Apoiado pela cabeça e pescoço () Aproxima-se da mama, lábio inferior em frente ao mamilo
<p>Pega do bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> () Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê () Boca bem aberta () Lábio inferior virado para fora () Queixo do bebê toca a mama 	<ul style="list-style-type: none"> () Mais aréola visível abaixo do lábio superior do bebê () Boca pouco aberta () Lábios para a frente ou para dentro () Queixo do bebê não toca a mama
<p>Sucção</p> <ul style="list-style-type: none"> () Lenta, sugadas profundas com pausa () Bochechas arredondadas () Bebê larga a mama quando termina () Mãe nota sinais do reflexo da ocitocina 	<ul style="list-style-type: none"> () Sugadas rápidas e superficiais () Bochechas encovadas () Mãe retira o bebê da mama () Mãe não nota sinais do reflexo da ocitocina

Fonte: Organização Mundial da Saúde

ANEXO 2 – ESF DIVISA (JOSÉ PAULO DA SILVA)



Fonte: acervo pessoal

ANEXO 3 – TERRITÓRIO DA ESF DIVISA



Fonte: acervo pessoal

ANEXO 4 – TERRITÓRIO DA ESF DIVISA



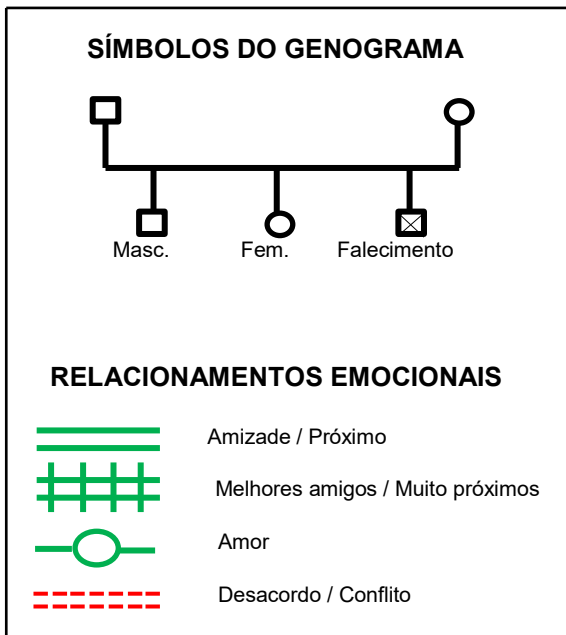
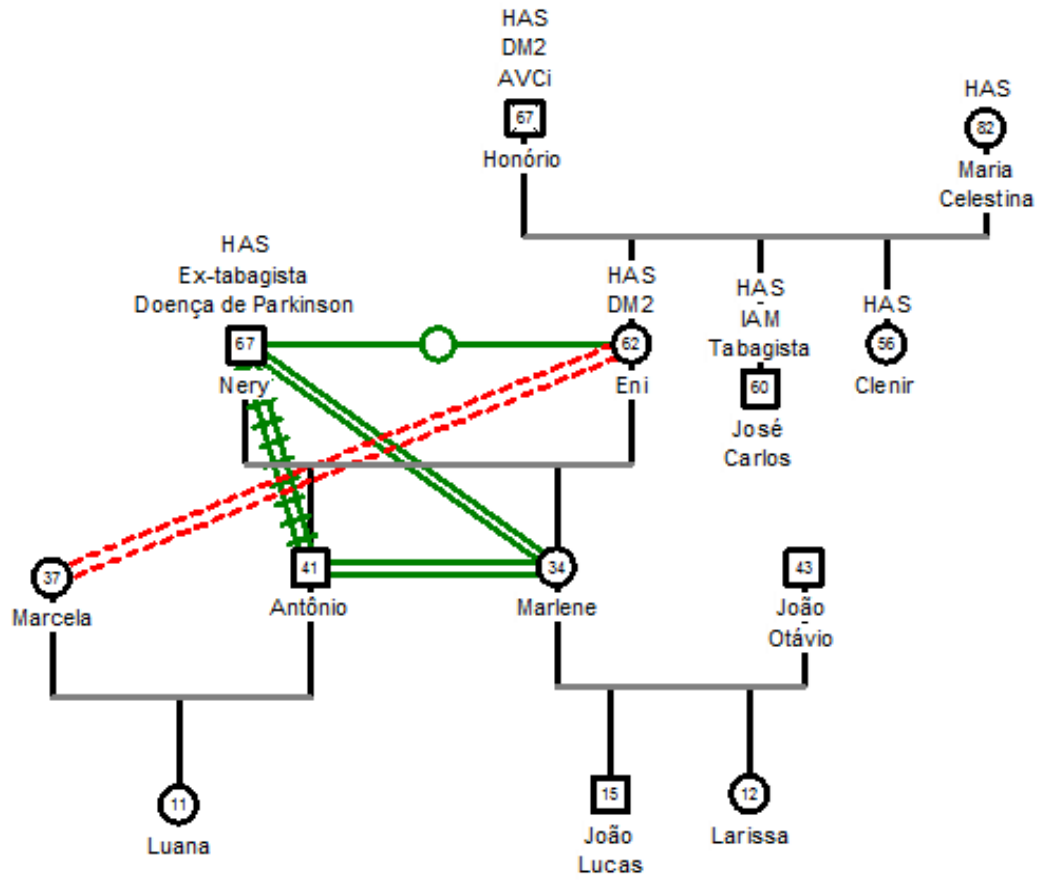
Fonte: acervo pessoal

ANEXO 5 – TERRITÓRIO DA ESF DIVISA

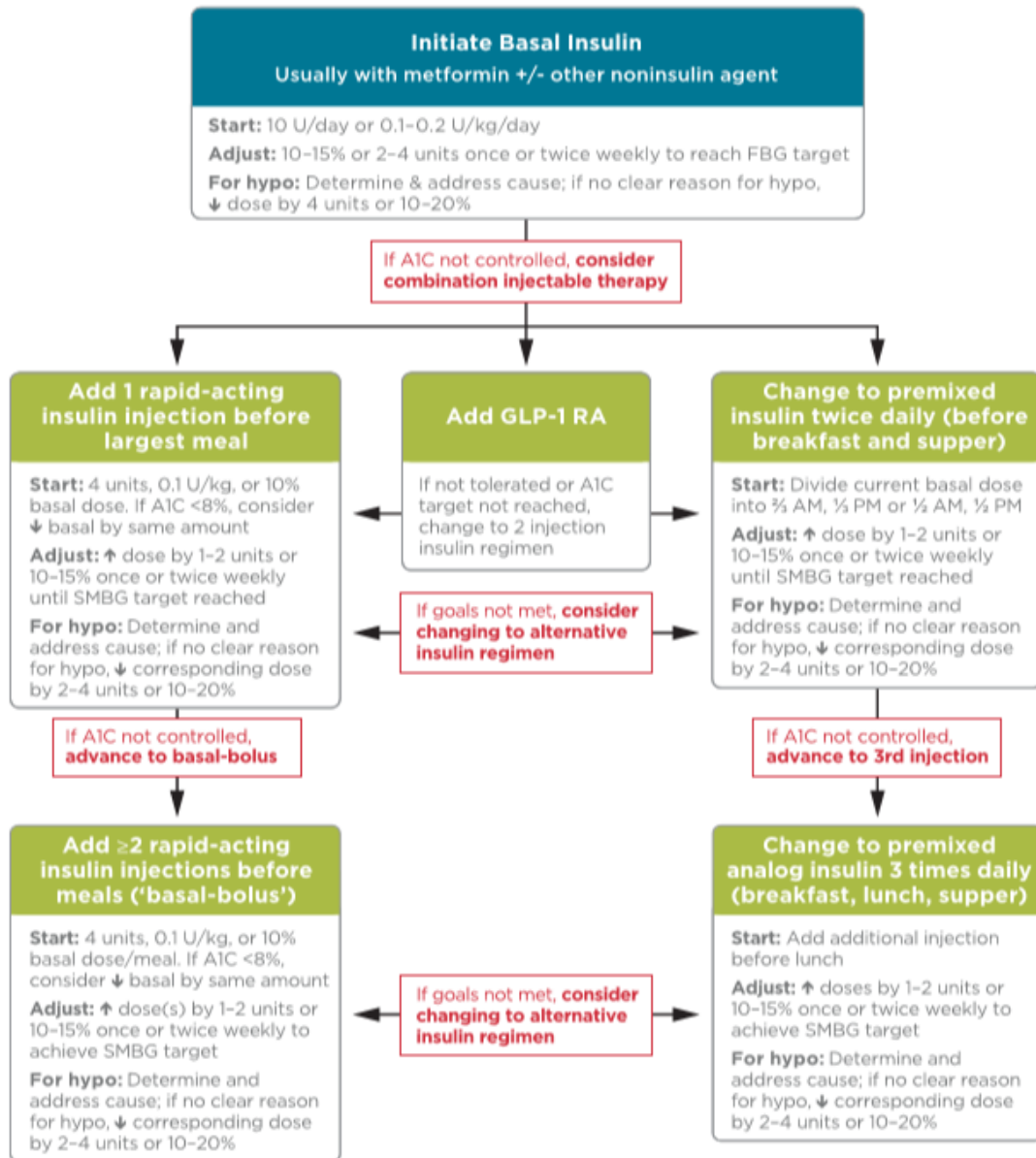


Fonte: acervo pessoal

ANEXO 6 – GENOGRAMA DA FAMÍLIA DA DONA ENI



ANEXO 7 – COMBINAÇÃO DE TERAPIA INJETÁVEL NO DIABETES TIPO 2¹⁰



**ANEXO 8 – EVOLUÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS
APRESENTADA PELA PACIENTE AO LONGO DE OITO MESES DE
ACOMPANHAMENTO**

	Pré-intervenções	Pós-intervenções
Peso (kg)	89,3	82,7
IMC (kg/m ²)	35,77	33,1
Circunferência abd. (cm)	110	99
Pressão arterial (mmHg)	160/96	130/80
Glicemia de jejum (mg/dl)	198	107
HbA1c (%)	11,3	7,2
Colesterol total (mg/dl)	256	189
HDL (mg/dl)	51	54
LDL (mg/dl)	176	109
Triglicerídeos (mg/dl)	148	132
Risco cardiovascular (%)	15,3	11,5

ANEXO 9 – LISTA DE PROBLEMAS E MEDICAÇÕES EM USO PELA PACIENTE

- HAS: losartana 100 mg/dia + anlodipino 5 mg/dia.
- DM2: metformina 850 mg 1 cp VO 3x/dia após as refeições + insulina NPH 15 U SC antes do café da manhã e 10 U SC antes do jantar.
- Obesidade grau I e aumento da circunferência abdominal.
- Dislipidemia / síndrome metabólica / RCV alto: atorvastatina 40 mg 1 cp VO à noite + AAS 100 mg 1 cp VO após o almoço.
- Retinopatia diabética não proliferativa grau leve: acompanhamento anual com oftalmologista.
- Doença renal do diabetes.

ANEXO 10 – ANAMNESE DE FATORES DE RISCO PESSOAS E AMBIENTAIS⁴**IDENTIFICAÇÃO**

Nome

Nome da mãe

Nome do pai

Telefone

Endereço

Número do prontuário

PAIS / CUIDADORES

Escolaridade dos pais

Profissão / Fonte de renda

Condições de moradia

História de uso de álcool ou drogas

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA

História obstétrica pregressa

Intercorrências durante a gestação

Parto

Peso ao nascer

Idade gestacional

História familiar

História médica / internações

ANEXO 11 – PIRÂMIDES ETÁRIAS DERIVADAS DA PROJEÇÃO PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM 2005 E 2050¹⁵

