

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde / Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA)

Título: Diminuição da Pneumonia em crianças menor de 5 anos na
UBS Paula Nascimento do município Tonantins

Amazonas
2018

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde / Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFSCPA)

Título: Diminuição da Pneumonia em crianças menor de 5 anos na
UBS Paula Nascimento do município Tonantins

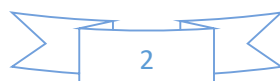
Descendente: Lanisleivys Menendez Amador

Professor :Fabio Franchi Quagliato

Trabalho de conclusão do curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA como
requisito parcial para conclusão do curso
de Especialização em Saúde da Família.

Amazonas

2018



SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Estudo de Caso Clínico.....	7
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Niveles de Prevenção.....	13
4. Vista Domiciliar.....	22
5. Reflexão Conclusiva	25
Referências Bibliográficas.....	27
Anexo 1- Projeto de Intervenção.....	29

1 - INTRODUÇÃO

Meu nome é Lanisleivys Menendez Amador , tenho 33 anos de idade, eu moro em Pinar do Rio estado pertencente a Cuba, uma ilha do Caribe; sempre gostei de ajudar e salvar vidas humanas por isso eu sou médico; desde o ano 2002 iniciei os estudos universitários com boas calcificações concluindo no ano 2008 em Médico Geral Integral; embora iniciasse a especialidade em Medicina de Família e Comunidade terminando a mesma no ano 2015 .Eu trabalhei na Venezuela por quatro anos fazendo prevenção e promoção de saúde na população. No ano 2016 aceite uma proposta de trabalho em Brasil “o Programa Mais Médicos”; fique surpreendido realmente porque não estava em meus planos; mais como eu falei anteriormente gosto de ajudar e fazer o bem e neste programa o objetivo é ajudar aos mais necessitados e carentes.

Atualmente moro no município de Tonantins, estado Amazonas, com uma totalidade de 18000 habitantes e uma área de 7273 km², (IBGE 2015), onde a maioria mora na zona rural, à economia é baseada na agricultura e pesca além do comércio.

Como rede de apoio temos uma creche, duas escolas de ensino fundamental, uma casa do idoso, um NASF, um CAPS, um Hospital Municipal com 22 leito para internação e 8 ESF.

Minha equipe de saúde trabalha na Estratégia de Saúde da Família Paula Nascimento, com um total de *1480 usuários* e 465 famílias, nossa equipe está integrada por uma licenciada enfermagens, um tec. enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de odontologia, cinco ACS e uma auxiliar de serviços gerais; é muito acolhedor e amável eu gosto muito dele, sobre todo muito trabalhador.

Desde minha chegada nós tomamos estratégias para organizar o trabalho e priorizar as principais dificuldades da comunidade; assim estamos trabalhando sobre os problemas, as quais são as doenças respiratórias agudas que geralmente evoluçionam a pneumonia devido à alta humidade a que está exposto o município por sua posição geográfica do rio Amazonas fundamentalmente em

crianças além do manejo desta doença pelos pais que primeiro tratam ela em casa com remédios caseiros e a grande maioria evoluciona a uma pneumonia 1 de cada 5 casos que apresenta infecção respiratória de causa viral evoluciona a uma pneumonia , pelo qual foi necessário realizar educação e conscientização de nossa população sobre os riscos e consequências destas infecções respiratórias agudas.

Dentro das principais causas de morte em menores de cinco anos está a pneumonia que ocupa o segundo lugar a nível mundial, as complicações derivadas do nascimento prematuro, a asfixia perinatal e a malária. UNICEF 2014

Aproximadamente 45% das mortes infantis estão associadas a problemas de má nutrição.

Nos dados emitidos pela IGBE no censo do ano 2000 a Pneumonia ocupava o terceiro lugar das causas de mortalidade em indígenas.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) uns 5,9 milhões de ninhos morreram antes de cumprir cinco anos em 2016, mais da metade de essas mortes prematuras se devem a enfermidades que se poderiam evitar o tratar si existira acesso a intervenções simples y acequies, a Pneumonia continua sendo a maior causa de morte em todo o mundo segue representando uma quinta parte da mortalidade infantil. (Lopez. G.M), (UNICEF 2016)

Nosso município Tonantins de Alto Rio Solimões nao esta longe dos dados mundiais e nacionais, de acordo com dados obtidos junto ao Departamento de Atenção à saúde da criança há uma grande incidência de IR em crianças menor de 5 anos, no ano 2016 teve a Pneumonia como a segunda causa de morbidade diagnosticando-se um total de 301 casos , o que represento um 2,73 % da população menor de 5 anos, embora que não se conte com toda a informação necessária, dos casos diagnosticados foram a óbito 17 crianças , representando o 5,64 %. Não podemos fazer comparações com estudos realizados no município por não se encontrar bibliografia atualizada.

O processo de envelhecimento populacional aumenta a necessidade de um maior conhecimento sobre elas, ressaltando a importância de conhecer também o estilo de vida e a situação de saúde dos nossos idosos, de forma a retardar o

desenvolvimento dessas doenças, prevenir complicações e promover a saúde, a hipertensão, a diabetes destaca-se pelo rápido aumento na prevalência global, em consequência do envelhecimento da população,

Por isso nossa equipe de trabalho faz palestras educativas sobre temas interessantes e atividades dependendo da data do mês, oferece visita domiciliar além do seguimento em consulta de todos os pacientes da comunidade; vacinação; valoração nutricional, etc., também através da educação em saúde promovemos a compreensão do paciente sobre seu problema, de forma a torná-lo sujeito de ação no processo de tratamento da doença. O conhecimento gera mudanças no modo e estilo de vida das pessoas, e, certamente, proporcionará melhora na qualidade de vida de pacientes. Sonho com um sistema de saúde digno, verdadeiramente universal e equânime para a população brasileira.

2 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Município: Tonantins

Estratégia da Saúde da Família (ESF): Paula Nascimento

Doutor:

Lanisleivys Menendez Amador

Enfermeiros:

Danuza Gomez Braga

Técnico de enfermagem:

Sergio Neto

Dentista:

Laercio Araújo

Técnico de dentista:

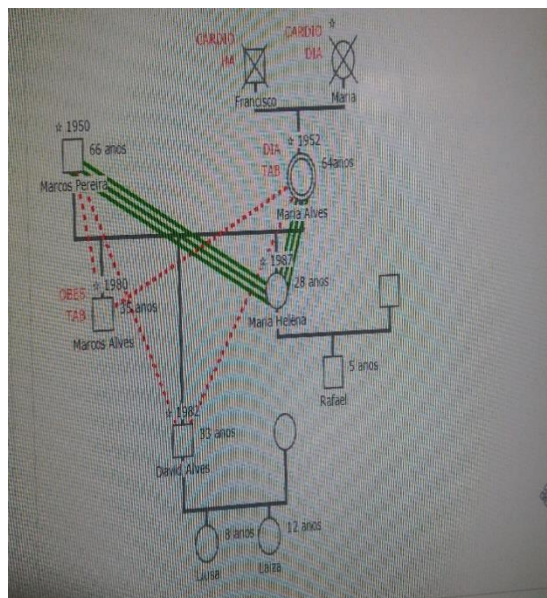
Ana Bezerra dos Santos

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994. Seu principal propósito foi o de reorganizar a prática da atenção à saúde em um novo contexto, substituindo o antigo modelo tradicional e, conseqüentemente, levar a saúde para mais perto da família, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. A visita domiciliar, como uma das principais ferramentas do ESF, constitui-se em um processo de atenção continuada e integrada, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, cura e reabilitação. Neste estudo, procurou-se relatar a experiência da visita domiciliar ao paciente com hipertensão e/ou diabetes mellitus vivenciada por profissionais, visto que a

Equipe utiliza esta ferramenta para prestar cuidados, atuar na promoção da saúde e estabelecer maior vínculo com a família.

Nossa equipe fez uma visita domiciliar a uma paciente após uma de nossas ACS detecto que tinha uma família na comunidade com vários problemas de saúde. A paciente M A S, 64 anos de idade, feminina, casada com M P S de 66 anos, nasceu 17/10/1950, aposentada, raça branca, residente em Rua Alexandre Santos bairro centro. Nasceu o 22/02/1952, filha de F A S é M R S, ambos falecidos, o Sr FAS de infarto no miocárdio após uma urgência hipertensiva onde foi diagnosticado uma diabetes mellitus faz 3 meses, sua mãe a Sra. M R, portadora de Diabetes Mellitus Tipo I, teve uma amputação dos membros inferiores após várias infecções nos pés; ela faleceu oito dias depois da cirurgia de uma parada cardíaca no ano 2012. Eles têm três filhos, M A P de 35 anos, trabalha na Prefeitura da cidade de motorista de 8h até 17h da tarde, fumador, não tem mulher nem filhos, obeso e muito sedentário; D A P, 33 anos, obeso e fumante, ele tem duas meninas, de 8 e 12 anos, ele trabalha no Supermercado, de segurança e a M H A P que tem 28 anos, ela mora em Altamira, tem um menino de 5 anos, trabalha de comerciante. Os filhos moram pertinho dos pais, mais às vezes passam 60 dias sem visitarem os pais, mais a filha que mora em outra cidade, tem visitado os pais até duas vezes por mês. M A S gosta muito de massa, doces, gordura, carnes fritas, refrigerante, não face exercício, ela e sedentária, tem-se queixado de dor nas pernas, feridas nos pés, dormência, além de dores de cabeça e muita fraqueza.

Genograma:



Antecedentes pessoais: Fumante de 40 cigarros por dia (está tentando abandonar o vício). No momento é sedentária, se alimenta bem, condições socioeconômicas favoráveis. Tem Diabetes Mellitus tipo II, mas informa que já teve colesterol alto e glicose alterada com tratamento médico, mas que tinha dois anos do último checke, não tomava remédio regularmente para sua doença, síndrome ansioso depressivo, osteoporose, antecedentes de cirurgia de mioma.

Antecedentes familiares: Pai hipertenso (vítima de infarto no miocárdio) Diabetes Mellitus. Mãe morreu de parada cardíaca após complicação da diabetes (amputação de membros). Tem dois irmãos com Obesidade e fumante.

Consulta de Enfermagem:

Exame físico de enfermagem: Altura/peso: 1,70m/110 kg; Pulso: 82 Mbps (cheio e regular); PA 150 a 90 (média de três medidas);

Mucosas normocoradas.

IMC 38kg/m²

Temperatura:36,5

A equipe de enfermagem confirmou a pressão arterial elevada, orientou para mudanças no estilo de vida, encaminhou exames complementares e agendou a consulta com o médico da equipe de saúde

Consulta médica domiciliar:

Medida de PA: 160 a 90 mmhg (média de 2 medidas). Não houve diferença significativa de um braço para outro.

Exame dos pulsos periféricos: regular e a frequência em torno de 75 bpm. Pulso pediu-os e tibial posterior: diminuídos.

Na ausculta do coração era possível perceber que o ritmo era regular. Sem Sopro.

Exame de pele: pele seca, quebradiça, pouco hidratada, com lesões eritematosas e apresentava pus, com presença de varizes e micro varizes, diminuição da temperatura da pele dos membros inferiores.

Exame do tecido subcutâneo: tinha edema neuropático.

Tiroide: Não tinha aumento de volume localizado e nem generalizado.

Membros inferiores: ardor, dor forte, câimbras, adormecimento, hiperalgésica, distinção da sensibilidade, distal e simétrica (tátil, térmica, vibratória, dolorosa) em forma simétrica, diminuição dos reflexos distais em forma simétrica, perda a forma muscular distal e simétrica.

Solicitou-se exames de urina (bioquímico e de sedimento) – sem alterações, creatinina – 0,9 mg/dl (0,3-1,3), potássio – 4,0 mEq/L (3,5 – 5,5), hematológico e eletrocardiograma de repouso – normal.

Com alterações: glicemia –325 mg/dl, colesterol – 680 mg/dl, HDL – 85 mg/dl, triglicerídeos – 721 mg/dl.

O diagnóstico foi de hipertensão arterial primária, além de diabetes mellitus tipo II descompensada, dislipidemia, pên diabético como complicação dos ferimentos em membros inferiores e fumante. A equipe então iniciou a investigação para avaliar os riscos decorrentes da Hipertensão/Diabetes Mellitus tipo II e fatores de risco neste paciente, e propôs intervenções para prevenção secundária e terciária. A paciente foi estratificada como grupo B, de acordo com o *CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL e Diabetes Mellitus tipo II*, que recomenda, para este paciente, tratamento farmacológico.

O objetivo do tratamento para este paciente é reduzir a morbimortalidade, através da utilização de medicamentos. Baseado no quadro do paciente, a equipe então voltou sua atenção para o processo de decisão sobre qual medicamento seria mais adequado, bem como sua dose diária, intervalo de tomadas, via de administração, custo do medicamento e orientações necessárias. A equipe fez palestras coletivas e individualizadas, banner educativo, teste de glicose, controle da pressão arterial diário, curativo diário do pé que tinha infecção, para orientar a paciente e sua família.

Conduta médica:

1-Orientações gerais sobre cuidados dos pés, alimentação, prática de exercício, complicações fundamentais dos pacientes diabéticos, de que fazer para sua prevenção.

2- Prescrição de *Hidroclorotiazida (25mg)*; um comprimido ao dia e *Enalapril (10mg)*, um comprimido ao dia; *AAS (100mg)* um comprimido após almoço.

3- Prescrição de *Glibenclamida (5mg)* um comprimido café, almoço e janta. (Verificação de glicose de três em três dias) e *Metformina (850mg)* um comprimido no almoço.

4- Prescrição de (*Ômega 3-6-9*) um comprimido café, almoço e janta; *Sinvastatina (40mg)* um comprimido á noite.

5- Prescrição *Centrum* um comprimido p ao dia.

6- *Cefalexina (500mg)* um comprimido de 6/6horas por sete dias.

7- Agendamento para consulta domiciliar pela equipe dentro de 15 dias.

Além de encaminhar ele para consulta de nutricionista para melhor orientação da alimentação além de acompanhamento pela fisioterapeuta.

Visita Domiciliar:

Em quinze dias a equipe de saúde agendou uma visita domiciliar na casa da paciente para avaliar a situação dela, quando o agente comunitário mostrou para mim o acompanhamento dos níveis de pressão arterial ficou numa oscilação de 120 e 110 a pressão sistólica e 80 e 70 à pressão diastólica, o controle de glicose 90-100, ficou muito animada falando que estava comendo saudável e que estava em acompanhamento com a fisioterapeuta, toma os remédio certinho e que se sentia muito melhor, os ferimentos nos pés cicatrizaram y não tinha mais infecção. Além disso, falou que assistência social o dia anterior fizeram uma visita para ela pela situação de sua moradia, após nossa visita, isso nos desço muito animados a todos os integrantes da equipe, agora a paciente melhora anos com qualidade na atenção de sua saúde, melhora na qualidade de vida em sua moradia, não preciso de cirurgia pela prevenção a tempo da equipe de trabalho de nossa cidade, assim o SUS no Brasil tem sido para nossa equipe a ferramenta perfeita para a melhoria do estado e modo de vida dela.

3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA

Há já mais de um ano que eu trabalho na ESF Paula Nascimento, e nossa equipe leva a prática diária os três pilares da atenção básica promoção, educação e prevenção. Em nossa UBS temos vários pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como são a Diabetes mellitus e Hipertensão que não tinham conhecimento de sua doença porque trouxeram consigo várias complicações, em alguns pacientes nossa equipe de trabalho preparou uma nova estratégia de trabalho com os pacientes HIPERDIA, consultas planejadas e agendadas, almejando melhorar a atenção à mulher, desde o planejamento familiar até o seguimento qualificado de toda mulher e homens.

A Educação em Saúde refere-se tanto a um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, à profissionalização e à carreira na saúde. Trata-se de um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que estes respondam às necessidades da população e dos trabalhadores em saúde, de maneira a contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (CONASS,2007).

A Promoção utiliza um conceito ampliado de saúde, visando promover a qualidade de vida, a equidade, e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais; busca ampliar a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral à saúde, desigualdades, no contexto social mais amplo e das

regiões do país, aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada, ademais à promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. (BRASÍLIA: Ministério da saúde, 2006).

A Prevenção corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos), podemos considerar ações preventivas às intervenções educativas direcionadas à população para evitar o surgimento de doenças, com a finalidade de reduzir sua incidência e prevalência na população, como por exemplo, prevenção do câncer de colo, de hipertensão, de obesidade. Tem como foco as doenças, sua prevenção e formas de tratamento. (UIPES/ORLA .2014).

Tendo em consideração a Diabetes mellitus como uma das doenças mais perigosas em complicações de diferentes órgãos e sistemas como olhos, vasos sanguíneos, rins e outros, e em seguimento às orientações por parte do ministério de saúde, nossa ESF cumpre uma série de medidas orientadas ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação dos pacientes diabéticos.

Em nossa ESF os dias de segunda e quinta-feira no horário da manhã se implantou o dia de HIPER-DIA, ou seja, o dia de consulta para diabéticos e hipertensos para afigurar o acesso assim como a longitudinal idade destes. Esta consulta é feita alternando com a enfermeira, eles são avaliados de três ou seis meses com exames de laboratório dependendo o grau de controle da sua glicemia

assim como de fatores de riscos que este apresente. Nossa farmácia nem sempre têm os medicamentos, mas contamos geralmente com a Metformina, Glibenclamida e a Insulina. Além disso, temos nos demais dias espaços livres abertos para situações de urgência e emergência que se podem apresentar. Contamos também com o trabalho dos ACS na comunidade que estão todo tempo na observação direta das famílias assim como a realização das visitas domiciliares do médico e a enfermeira para avaliação da realização adequada do tratamento assim como da ajuda familiar e do ambiente em que se encontram envolvidos.

Inicia-se com a prevenção através de palestras nas filas de espera dos pacientes no posto de saúde, nas escolas através do Programa “Saúde nas Escolas”, na comunidade através das visitas domiciliares e nas consultas através do “cara a cara” sobre os riscos desta doença, o consumo de alimentos saudáveis, prática de exercícios físicos, redução do sedentarismo e obesidade, cuidados dos pés e mãos, atenção odontológica dos pacientes e outras, para aumentar o conhecimento de nossa população à respeito a doenças não transmissível e a importância de conhecer a doença para prevenir possíveis complicações .

Dentro dos signos e sintomas que alertam sobre a presença de Diabetes Mellitus temos: - Poliúria, nictúria. - Polidipsia, boca seca. - Polifagia. - Emagrecimento rápido. - Fraqueza, astenia, letargia. - Prurido vulvar ou balanopostite. - Diminuição brusca da acuidade visual. - Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

Dentro dos sinais ou sintomas relacionados às complicações de Diabetes mellitus temos a proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, Impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

Toda paciente com sinais e sintomas orientamos fazer o exame de glicose em jejum e exame clínico. Em nossa ESF seguimos os protocolos da atenção básica indicando os exames complementares correspondentes. Em ocasiões a qualidade da consulta está afetado pela quantidade de vagas oferecidas pelo SUS para nosso município para exames complementares e realização do

Ultrassonografias e Inter consultas com outras especialidades tais como endocrinologia, oftalmologia, nefrologia, cardiologia, angiologia.

Uma vez que o paciente chegue a consulta com sinais e sintomas da diabetes fazemos uma primeira consulta e solicitamos exame urgente de glicose o mais precoce possível e é realizada por médico ou enfermeira.

Definido o diagnóstico de Diabetes Mellitus, o paciente deverá ser submetido à uma avaliação detalhada:

- Exame de Urina para pesquisa de elementos anormais e sedimentos copia;

- Creatina;

- Potássio sérico;

- Colesterol total e HDL-colesterol;

- Triglicérides;

- Eletrocardiograma;

- Avaliação oftalmológica;

- Microalbuminúria – deverá ser repetida anualmente.

Uma vez que chega o resultado se avalia para poder cadastrar paciente diabético e fazer o preenchimento da folha de diabético, verificamos a situação vacinal e orientamos sobre a sua atualização, explicamos a doença todos os riscos, falamos sobre a doença que ele o ela tem e todas as possíveis complicações.

Na primeira consulta fazemos um bom interrogatório e exame físico:

- Identificamos idade, procedência, cor, naturalidade, endereço atual, situação conjugal, profissão, prática e religiosa.

- Dados socioeconômicos e culturais: renda familiar, número de pessoas de família que participam de força de trabalho, condições de moradia, condições de saneamento.

- Uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas

- História de infecções prévias.

- Antecedentes familiares: Hipertensão, Diabetes.

➤ Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, doenças renais crônicas, cardiopatias, uso de medicamentos, uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

Na primeira consulta em relação ao exame físico são: peso, estatura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, aparato respiratório, ausculta cardiovascular, exame dos membros inferiores, cálculo de IMC, medida da pressão arterial

A segunda consulta na maioria das vezes é realizada pelo médico com o objetivo de avaliar os exames complementares indicados na primeira consulta.

Em todas as consultas fazemos cálculo e anotação do peso e IMC, medida da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, inspeções das mamas, auscultação, pesquisa de edemas.

Controle do calendário de vacinação, além de orientar sobre alimentação saudável e atividade física o Plano de alimentação é o ponto fundamental do tratamento da diabete, sem uma alimentação adequada não é possível um bom controle metabólico. Os indivíduos com alto risco para desenvolver diabetes precisam se tornar conscientes dos benefícios da perda do peso, da realização regular de atividades físicas que é fundamental no tratamento do diabético, pois o exercício consome energia e diminui os níveis de glicemia e as dietas alimentares, ressaltando a importância dos alimentos “light” (possuem valores calóricos reduzidos)

Acompanhamos aos pacientes encaminhados aos serviços especializados sempre que precisam

Em nossa ESF tivemos um caso muito interessante, trata-se de LBA, 70 anos, feminino, ela esteve na consulta no dia 18 /6/2017, foi acompanhada da filha. Refere perda de peso, cansaço, falta de apetite, além de muita dor no peito e costas depois que saiu uma lesão nessa região, é sedentária e tem hipertensão e DM2 há 30 anos. Ela faz tratamento com Metformina (850mg) duas vezes no dia, Glibenclamida (5mg) no almoço, além disso, usa captopril 25mg, uma vez ao dia. Ao exame físico demonstrou estar comunicativa e situada no espaço físico

- Altura: 1,58m;
- Peso: 90 kg
- IMC: 36 (obesidade tipo 2).
- Pressão arterial 160:95 mmHg (em pé) e 140:93 mmHg (deitada)
- P(pulsação): 84 bpm
- Restante do exame: na pele, com uma lesão em pele que compromete quase toda a região do tórax (eritematosa pustulosa) (Herpes Zoster).

RESULTADOS DOS EXAMES

- Glicemia em jejum: 200 mg/dl
- Glicemia pós prandial: 280 mg/dl
- Colesterol total: 250 mg/dl; LDL 230 mg/dl; HDL 30 mg/dl
- Triglicerídeos 300 mg/dl
- Ureia 60mg/dL
- Creatinina 1,4 mg/dL
- Urina tipo 1: glicosúria +

Podemos perceber que há uma alteração significativa em seus exames, podendo assim diagnosticar Diabetes tipo 2.

Devemos estabelecer um processo educativo, visando motivá-la a adquirir conhecimento e desenvolver habilidades para mudanças de hábitos com o objetivo geral do bom controle metabólico e melhor qualidade de vida e atividades físicas podendo ser: caminhada e/ou Hidroginástica, Inter consulta com especialista de oftalmologia, endocrinologia, cardiologia, precisa para ter uma melhor qualidade de vida.

Fizemos visitas contínuas a dona LBA, tratamento regular intensivo para estabilizar Pressão arterial e glicose, participou em nossas palestras para diabéticos e atividades físicas.

Ainda está faltando muitas coisas para conseguir, se precisa da capacitação dos ACS para o acompanhamento e prevenção das complicações, se precisa de uma educação sanitária em nossa população sobre os riscos da doença, se precisa de serviço de especialista para o acompanhamento especializado, se precisa de um Endocrinologista a tempo para avaliações contínuas e devido a estas dificuldades que nossa equipe tem o objetivo de incrementar a luta nos cuidados da Diabetes Mellitus.





Paciente melhorada com glicose e P/A estabilizadas continuam fazendo dieta e atividades físicas, trabalho satisfatório para nossa equipe de trabalho.





4 - VISITA DOMICILIAR

Quando eu comece a trabalhar na ESF Paula Nascimento a visita domiciliar não se utilizava como uma ferramenta importante na atenção à saúde da população, a mesmo solo se fazia pelos ACS, a equipe não dava um seguimento ótimo da mesma.

Está constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Então eu me propus aplicar a mesma como um veículo de operacionalização para possibilitar uma melhor interação entre a equipe e o usuário e família logrando uma melhor acessibilidade, integralidade, longitudinal idade e coordenação do cuidado de nossa comunidade. (Pereira MJB,2004).

O primeiro que fizemos foi em uma reunião de equipe ,e brindamos capacitação a todo o equipe sobre quais eram os objetivos para a execução da visita domiciliar e sua importância para o atendimento integral e humanizado do indivíduo em seu contexto familiar , como deviam ser planejadas as mesmas , como dar prioridade as situações de maior risco (importância de aplicar uma escala de risco familiar, pautada nas informações presentes na ficha de cadastro da família do Sistema de Informação da Atenção Básica , elegendo informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas, pontuando-se o Risco Familiar e estabelecendo-se estratégias para priorizar a visita às famílias que tenham maiores escores)(De-Oliveira R, 2004.) .Também se oriento e quais seriam os critérios definidores de prioridades em nossa área de abrangência já que está se caracteriza por ter um difícil acesso aos serviços de saúde por ficar muito distante da cidade e estar composta por população que mora em travessão de mais de 50 km e pelo que se faz necessário uma logística adequada como um transporte que as maiorias das vezes não contamos ,pelo que se torna difícil a realização da mesma e se perde a periodicidade da assistência ,

então a programação rotineira da equipe deve ter em conta todas as dificuldades que podam acontecer .

Por tanto em nosso caso é importante que o agente comunitário de saúde (ACS) realize no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco, priorizando a execução das atividades em sua área como , busca ativa de gestantes, crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno, crianças com menos de 5 anos de idade para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização, crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO), crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA), de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose, sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase, mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama, hipertensos, brindar orientações em relação a dengue, entre outras (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.). (Brasil. 2001).

Também no domicílio nossa visita inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário, após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família, os procedimentos que mais se utilizam são aferição de pressão arterial e a glicemia capilar em diabéticos ,quando se precisa de outros exames se faz um pouco difícil para o traslado de os pacientes ao hospital pela mau condiciones dos travessão , e ficar muito longe os mesmos pelo que avaliação de estes exames não são feitos com a maior rapidez possíveis, as vesses é necessário que sejam avaliados por outros níveis de atenção como(NASF,CAPS) e é muito difícil porque estes profissionais também precisam de um transporte e as maiorias das vezes falta . Nosso equipe trabalha apoiando-se muito nas redes sociais e nos líderes comunitários para logras os objetivos propostos e assim brindar integralidade na assistência e dos serviços de saúde.

Em nossa população a incidência e prevalência de doenças crônicas como é caso da Hipertensão Arterial tem um aumento significativo nos últimos tempos devido em algumas vezes ao desconhecimento e outras a sua cultura alimentaria pôr o que o acompanhamento pelo meio da visita domiciliar sistematizada beneficia este grupo prioritário, através destas visitas se tem um vínculo direto com os pacientes, se pode supervisionar e verificar se fazem o tratamento como é devido, realizar busca ativa, visitar os domicílios para efetivar o controle dos níveis pressóricos, a adesão a tratamento e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e ainda conhecer a qualidade de vida desses pacientes. Ao tentar manter o quadro da doença estável se promovem benefícios as famílias. Além disso a infecção respiratória aguda aqui no interior de Amazonas tem um número ascendente fundamentalmente em crianças e por desconhecimento não são levados a tempo para assistência medica pôr o qual evoluem a pneumonia. E aqui nosso trabalho nas visitas domiciliares tem como objetivos conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais, verificar a estrutura e a dinâmica familiar, identificar fatores de risco individuais e familiares, prestar assistência a pacientes que tenham dificuldade para caminhar o chegar na unidade por diferentes motivos médicos, auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, estimulando a adesão a tratamento, promover ações de promoção e prevenção de saúde e incentivando a mudança de estilo de vida.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialidade da família e comunidade há sido de muitas experiências e aprendizados neste período de trabalho, inicialmente quando eu cheguei aqui no Brasil foi muito forte a interação com pacientes com doenças que só tinha conhecido por livros porque em meus pais (Cuba) não tem muitas doenças que aqui são muito comuns, para mim aqui foi uma experiência vivida com o contato do dia a dia com a comunidade e colegas de trabalho.

Neste período minha comunidade há tido a esperança e segurança que não tinham antigamente, agora a população sente muita gratidão do trabalho recebido neste período, eles sabem que agora tem médico na comunidade que qualquer problema que se apresente nossa equipe vai interagir na procura de uma solução. Há muitas mudanças no estilo e modo de vida na maioria dos pacientes, aumento na prevenção e promoção de saúde de doenças crônicas e infectocontagiosas, pela aquisição dos conhecimentos a traves de palestras educativas, banners educativos, a população ficou, mas consciente na prevenção de Papanicolau e exame prostático prevendo assim doenças cancerígenas que ameaça a maioria dos pacientes da terceira idade além de modificação dos hábitos de vida saudáveis.

Minha reflexão crítica de aspectos que foram estudados nos casos complexos foi muito interessante e ajudou muito na toma de condutas e procura de soluções para cada enfrentamento de pacientes doentes em situações semelhantes e que contribuíram para mudanças em minha prática profissional, quanto à análise da minha trajetória no Curso de Especialização foi de muito sacrifício porque tive muitos problemas com a internet, mas tive a oportunidade de contar com o apoio e a boa vontade de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que pudesse concluir as atividades assignadas neste curso. Reconheço que este curso teve altos e baixos, mas como tudo na vida. Considero que o desempenho mais positivo ao longo de todo o processo, foi a minha coragem e determinação em participar nele, conheci novas pessoas, fiz grandes amizades, apesar de todos os

contratempos e provocações. Neste curso transmitiram-me muitas coisas importantes, senti-me valorizada. Aprendi temas interessantes, tornando-se evidente a mais-valia de tudo o que aprendi, bem como a possibilidade de aplicação prática, quer seja no âmbito profissional no desempenho das minhas funções, quer no contexto pessoal. Foram para mim muito importante atualizar-me e saber que posso e quero aprender cada vez mais sobre tudo na prática médica e em particular na área que vim a descobrir ser do meu interesse, como é a área da prevenção. Todos os módulos foram muito gratificantes e interessantes, as aprendizagens adquiridas durante as mesmas, revelaram-se de uma enorme utilidade para o futuro, pelas eventualidades aplicação. Contudo, destaco todas as Atividades Integradoras, foi uma descoberta para mim e muito gratificante, todos esses processos foram realizados com alguma motivação por parte de alguns formandos, embora poucos se tivessem dedicado com empenho para que todas as atividades tivessem êxito.

Em primeiro lugar, agradeço a todos aqueles que, com a sua cultura, inteligência, paciência, colaboração e o seu apoio crítico (construtivo), dispuseram do seu tempo para debater conosco orientações e práticas médicas. Um especial agradecimento a nossos tutores e supervisores pelo precioso apoio e atenção indispensáveis à concretização deste projeto. Muito obrigado, vocês conseguiram colocar em mim muita confiança e conhecimento, agora só depende de mim conseguir passar esse conhecimento adquirido.

Um dos comentários que deixo é que o tempo foi muito curto! Teria de ser uma ação de formação de pelo menos mais horas, para podermos ter aprofundado melhor qualquer um dos módulos. Mesmo assim, penso que os objetivos foram atingidos, no entanto ainda há muito para melhorar e aprender.

Apesar de ter tentado explorar ao máximo todas as ferramentas que poderia utilizar, fiquei com a sensação que muito mais poderia ter feito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001).

3. CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 232.

4. De-Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. P. 13.

5. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Indicadores sociais saúde. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>. Asesado em 22 de abril de 2015.

6. Lopez G.M. Tesis Doctoral Impacto sanitario e económico dos ingresos por pneumonia no hospital clínico universitario de valladolid e evaluación da eficiência da sua prevenção a través da vacinação. Biblioteca Univ. Valladolid [Internet]. 2015 Agosto 2016 Disponível em: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16951/1/Tesis1041-160517.pdf>

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo: prólogo. Ginebra, Suíça, 2013.

8.Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-806 SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. SINAVE. Boletim Epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2 primer trimestre – 2013: introdução. México, 2013.

9.VISITA_DOMICILIAR_PELO_ENFERmeiro NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES Pâmela Câmpelo Paiva, janeiro,2012.

10.UNICEF Centro de Prensa, 2014. Disponível em http://www.unicef.org/spanish/media/media_75892.html. (Acesso 22 de Agosto 2017).

11.UNICEF Centro de Prensa [Internet]. Nova York: UNICEF org; [atualizado 16 de setembro de 2014; 22 de Agosto de 2016]. Disponível em: http://www.unicef.org/spanish/media/media_75892.html (Acesso em 06 abril 2107).

12.http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf UIPES/ORLA. CONCEITOS-CHAVE. Acessado em 01/06/14.

ANEXO 1

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Diminuição da Pneumonia em crianças menor de 5 anos no município Tonantins

LANISLEIVYS MENENDEZ AMADOR

INTRODUÇÃO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica que 2 millones de niños menores de 5 años de edad mueren por neumonía en el mundo. De los que presentan la afección, 70 % tienen menos de 2 años, de 25-75 % poseen el antecedente de alguna infección viral y el mayor índice de mortalidad ocurre en los lactantes. Igualmente, casi todos los que fallecen proceden de países no desarrollados.¹⁻²

Normalmente existem mecanismos imunitários, mecânicos e bioquímicos que permitem a defesa do aparelho respiratório, que quando falham aparece a infecção respiratória produzindo-se uma reação inflamatória como a consequente acumulação de abundante exsudado nos alvéolos pulmonares comprometendo-se assim a troca de oxigênio e todos os processos do organismo, além de poder se disseminar a infecção e provocar uma septicemia, somado à acidose respiratória provocada pela insuficiência respiratória e o falecimento das crianças, por isso que nos pacientes debilitados, com imunidade baixa o caráter e a evolução da infecção são distintas as que ocorrem em crianças normais.⁽³⁾ Os vírus respiratórios são os agentes causais mais frequentes durante os primeiros anos de vida, dentro de eles destaca-se o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) como agente causal mais frequente em crianças pequenas.⁽³⁾

Em geral as infecções virais respiratórias são muito mais frequentes nos meses de inverno. A classe e a gravidade da doença dependem além do estado imunitário do hospedeiro de alguns fatores como: idade, estação do ano, hacinamento e condições higiênicas sanitárias inadequadas. A Pneumonia pode ir precedida de vários dias de sintomas das vias respiratórias superiores como rinite e tosse, geralmente existe o antecedente de algum membro da família doente, e se caracteriza por febre, respiração rápida, tiragem, aleteo nasal, cianose e fadiga respiratória dependendo da gravidade.^(3,4,5)

Esta doença é um problema de saúde porque pode ocasionar a morte em todas as idades quando não é tratada oportunamente.

No mundo a Pneumonia é a terceira maior causa de mortes atrás apenas da doença cardíaca isquêmica e do acidente vascular cerebral, questão está que se comporta de forma diferente nos países desenvolvidos e sub desenvolvidos, nos países sub desenvolvidos encontra-se no primeiro lugar as infecções respiratórias das vias aéreas baixas, planteasse que 1,6 milhões de pessoas falecem por causa das complicações da pneumonia anualmente.

Dentro das principais causas de morte em menores de cinco anos está a pneumonia que ocupa o segundo lugar a nível mundial, as complicações derivadas

do nascimento prematuro, a asfixia perinatal e a malária ⁽⁶⁾. Aproximadamente 45% das mortes infantis estão associadas a problemas de má nutrição. Nos dados emitidos pela IGBE no censo do ano 2000 a Pneumonia ocupava o terceiro lugar das causas de mortalidade em indígenas. Segundo estimações da Organização Mundial da Saúde (OMS) uns 5,9 milhões de ninhos morreram antes de cumprir cinco anos em 2016, mais da metade de essas mortes prematuras se devem a enfermidades que se poderiam evitar o tratar si existira acesso a intervenções simples y acequies, a Pneumonia continua sendo a maior causa de morte em todo o mundo segue representando uma quinta parte da mortalidade infantil. ^(7,8).

Apesar do número de mortes de crianças com menos de cinco anos ter caído de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2016, desde 1990 até 2016 o mundo perdeu 236 milhões de vidas nesta faixa etária, mais do que toda a população brasileira, a Região da África e a Região da Ásia Suroriental são as que suportam a maior carga de mortalidade por pneumonia, o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes e até mesmo alcançar a meta estipulada pelo quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que planteo a redução de dois terços desta taxa entre 2000 e 2015. Esperasse uma grande diminuição nos próximos anos. ^(9,10)

No Brasil 2,1 milhões de pessoas são afetadas pela Pneumonia todos os anos e ele é a principal causa de internação hospitalar e a quinta causa de morte na população em geral, em crianças menores de 5 anos as Infeções Respiratórias Agudas são a segunda causa de óbito, sendo as Pneumonias responsáveis por 80 a 90 % desse total fundamentalmente na população no Amazonas onde os índices de incidência e letalidade são elevados. As infeções respiratórias agudas têm sido sistematicamente introduzidas em seu território e atingiram um alto percentual da população. ^(11,12).

Nosso municipio Tonantins nao esta longe dos dados mundiais e nacionais, de acordo com dados obtidos junto ao Departamento de Atenção à saúde da criança há uma grande incidência de IR em crianças menor de 5 anos, no ano 2016 teve a Pneumonia como a segunda causa de morbidade diagnosticando-se

um total de 301 casos , o que represento um 2,73 % da população menor de 5 anos, embora que não se conte com toda a informação necessária, dos casos diagnosticados foram a óbito 17 crianças , representando o 5,64 %. Não podemos fazer comparações com estudos realizados no município por não se encontrar bibliografia atualizada.

No município Tonantins localizado aproximadamente a 870 km de Manaus, capital da Amazônia Brasileira, perto das fronteiras com Colômbia e Peru, atendesse aproximadamente 18000 habitantes, a Pneumonia se compor do mesmo jeito em todo o município, sendo a segunda causa de morte em criança menor de 5 anos, o que despertou o interesse no aprofundamento do conhecimento da situação real e a necessidade de començar nossa intervenção para lograr diminuir a letalidade da doença.

Pelo antes exposto consideramos que a Pneumonia constitui um problema de saúde em nossa área de abrangência, por isso a importância da realização deste trabalho de intervenção para a diminuição da doença, identificando os fatores predisponentes, elevando o nível de conhecimento das mães sobre a doença e a conduta a tomar pela família e a equipe de saúde ante a suspeita da doença, para isto e necessário elaborar cronograma onde se plasmaram todas as atividades propostas e ações concretas. A saúde aqui no amazonas tem em suas mãos as medidas preventivas mais eficazes, a vacinação com a vacina pneumocócica polivalente e dentro das outras formas de prevenção encontrasse os cuidados adequados no período de gravidez, a melhora das condições higiênico epidemiológicas da vivenda e do entorno do paciente, evitar a desnutrição e anemia e o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade.

OBJETIVO GERAL

- ❖ Propor um plano de intervenção com vistas à diminuição da Pneumonia em crianças menor de 5 anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar os principais fatores de risco para a aparição da Pneumonia em crianças menor de 5 anos.
- ❖ Fazer um conjunto de ações para melhorar o nível de informação sanitária das mães das crianças menores de 5 anos sobre a Pneumonia e de como evitar complicações na criança.
- ❖ Promover ações através da equipe de saúde para a diminuição da pneumonia em crianças menores de 5 anos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Pneumonia é uma doença aguda dada pela inflamação do parênquima pulmonar provocado por uma infecção que se instala no aparelho respiratório que pode acometer a região dos alvéolos pulmonares onde desembocam as ramificações terminais dos brônquios e às vezes os interstícios, que ocorre devido à penetração no espaço alveolar, onde ocorre a troca gasosa, de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos, parasitos, rickettsia, micoplasma, clamídias, por reações alérgicas, agentes físicos e químicos) conforme com Wikipédia, Enciclopédia Livre e Sant' Anna CC. Infecções Respiratórias Agudas na pratica pediátrica. São Paolo: Lemos 2002; 96 p.

Conforme com Kliegman Jenson Behrman normalmente existem mecanismos imunitários, mecânicos e bioquímicos que permitem a defesa do aparelho respiratório, que quando falham aparece a infecção respiratória produzindo-se uma reação inflamatória como a consequente acumulação de abundante exsudado nos alvéolos pulmonares comprometendo-se assim a troca de oxigênio e todos os processos do organismo, além de poder se disseminar a infecção e provocar

uma septicemia, somado à acidose respiratória provocada pela insuficiência respiratória e o falecimento das crianças, por isso que nos pacientes debilitados, com imunidade baixa o caráter e a evolução da infecção são distintas as que ocorrem em crianças normais além disso que Os vírus respiratórios são os agentes causais mais frequentes durante os primeiros anos de vida, dentro de eles destaca se o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) como agente causal mais frequente em crianças pequenas.

Em geral as infecções virais respiratórias são muito mais frequentes nos meses de inverno. A classe e a gravidade da doença dependem além do estado imunitário do hospede de alguns fatores como: idade, estação do ano, hacinamento e condições higiênicas sanitárias inadequadas. A Pneumonia pode ir precedida de vários dias de sintomas das vias respiratórias superiores como rinite e tosse, geralmente existe o antecedente de algum membro da família doente, e se caracteriza por febre, respiração rápida, tiragem, aleteo nasal, cianose e fadiga respiratória dependendo da gravidade conforme com as investigações realizadas por Kliegman Jenson Behrman, Mundopositivo [Internet]. Brasil: mundopositivo; 2015, Moreira Cardoso Andrey, A. Coimbra Jr. Carlos E., Garcia Barreto Carla Tatiana, Loureiro Werneck Guilherme, Ventura Santos Ricardo

Conforme com UNICEF Centro de Prensa dentro das principais causas de morte em menores de cinco anos está a pneumonia que ocupo o segundo lugar a nível mundial, as complicações derivadas do nascimento prematuro, a asfixia perinatal e a malária

Conforme com Lopez Governado Miguel aproximadamente 45% das mortes infantis estão associadas a problemas de má nutrição. Segundo estimações da Organização Mundial da Saúde (OMS) uns 5,9 milhões de crianças morreram antes de cumprir cinco anos em 2015, mais da metade de essas mortes prematuras se devem a enfermidades que se poderiam evitar o tratar si existira acesso a intervenções simples y acequies, a Pneumonia continua sendo a maior causa de morte em todo o mundo segue representando uma quinta parte da mortalidade infantil.

Conforme com Barbosa da Silva Frederico A., Ellery Araújo Herton, Luís Souza André apesar do número de mortes de crianças com menos de cinco anos ter caído de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2016, desde 1990 até 2016 o mundo perdeu 236 milhões de vidas nesta faixa etária, mais do que toda a população brasileira, a Região da África e a Região da Ásia Sur oriental são as que suportam a maior carga de mortalidade por pneumonia, o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes e até mesmo alcançar a meta estipulada pelo quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

(ODM), que o plante a redução de dois terços desta taxa entre 2000 e 2016. Esperasse uma grande diminuição nos próximos anos.

Conforme com Fraga Pereira Portela Maristela, Couto Santa Anna Clemax, Campos Junior Dioclecio e Cardoso, Andrey Moreira No Brasil 2,1 milhões de pessoas são afetadas pela Pneumonia todos os anos e ele é a principal causa de internação hospitalar e a quinta causa de morte na população em geral, em crianças menores de 5 anos as Infecções Respiratórias Agudas são a segunda causa de óbito, sendo as Pneumonias responsáveis por 80 a 90 % desse total fundamentalmente na população indígena onde os índices de incidência e letalidade são elevados. As infecções respiratórias agudas têm sido sistematicamente introduzidas em seu território e atingiram um alto percentual da população.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido na UBS Paula Nascimento, no Município de Tonantins, local este em que atuo como médica como parte do Programa Mais Médico para o Brasil.

De início foi desenvolvida uma reunião com a equipe de saúde a fim de medir seu nível de conhecimentos sobre a doença a traves da realização de uma encosta, além de identificar os fatores de risco que mais incidem em nossa área.

Aplicando a técnica participativa chuva de ideias, não conseguimos informação estadística no município já que não se conta com ela, nós apoiamos nos

prontuários dos pacientes para a obtenção de algumas informações. Em dito encontro demos a conhecer os objetivos e metodologia de desenvolvimento do projeto e definição de que tipo de tarefa cada membro da equipe faria, baseado nos temas planejados para a intervenção: conceptualização da doença, fatores de risco, principais sinais e sintomas, prevenção, tratamento higiênico, dietético e medicamentoso.

Embora que todo a equipe participo não todos tinham o nível de conhecimentos necessário para participar da execução das atividades programadas, pelo que nos propusemos incrementar a preparação dos membros da equipe menos preparados (Agentes de Saúde). Foi feita uma preparação com os agentes de saúde aproveitando a oficina de qualificação organizada pelo município para nossos agentes. Fizemos no curso da intervenção reuniões com a equipe para avaliação e redirecionamento das ações.

Foi feita uma encosta antes e depois de realizada a intervenção com o objetivo de medir o nível de conhecimentos sobre Pneumonia das mães das crianças menores de 5 anos objeto de nosso trabalho aplicando-se a uma mostra de 150 mães.

Foi elaborado um cronograma com dias e horários para a efetivação das palestras e atividades que favoreceram o conhecimento de todo o referente ao tema pelas mães das crianças menores de 5 anos, com uma duração máxima cada atividade de 1h30.

Esses encontros, com as mães, foram realizados a cada quinze dia em horários que facilitaram a presença do maior número de elas possíveis, distribuindo-se as tarefas de divulgação para cada membro da equipe em seu micro área.

O material de apoio a ser utilizado foi solicitado junto secretaria de saúde do município (recursos multimídia, papel, canetas, xerox, material científico impresso, entre outros).

Pretendíamos oferecer conhecimentos sobre a Pneumonia para lograr diminuir sua incidência e a taxa de mortalidade por esta causa, considerada causa evitável, em crianças menores de 5 anos. Foram de nosso interesse involucrar

pajés, rezadores, parteiras e lideranças em geral que ajudaram para que o atendimento da criança doente fosse adequado e oportuno, já que a demora no atendimento da criança depende muito da cultura e das práticas religiosas da etnia. Em todo momento respeitamos a cultura e aplicamos uma linguagem adequada que permitisse que a mensagem chegasse de forma clara, a escuta foi importante e a exploração de seus conhecimentos foi fundamental pelas questões tradicionais que eles aportaram a nosso estudo.

Os dados estadísticos foram coletados pelo método dos palhotes diretamente das folhas de morbidade de médicos e enfermeiros da equipe já que não contamos com dados estadísticos do período em que realizamos o estudo.

CRONOGRAMA

Ações	Janeiro 2017	Fevereiro 2017	Março 2017	Abril 2017	Mai 2017	junho 2017
Apresentação da proposta a equipe de saúde	x					
Organizar material para AD 1 ESF	x					
Organizar critérios de inclusão exclusão		x				
Realizar o levantamento de pacientes pelos ACS		x	x	X	x	x
Avaliar pacientes elegíveis AD1 ESF			x	X	x	x

Realizar acompanhamento AD1 ESF			x	X	x	x
Registrar e monitorar indicadores AD1 ESF			x	X	x	x
Avaliar processo em reuniões de equipe			x			x
Avaliar processo com pacientes cuidadores					x	x

RECURSOS

Para a realização deste projeto utilizamos uma série de recursos já seja material e humano.

Material

- Computadores;
- Fichas de Acompanhamento de Domiciliar;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cadernos de Atenção Básica (Envelhecimento, Atenção Domiciliar, entre outros).

Humano

Equipe de saúde da família composta por 5 agentes comunitários de Saúde, 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiros, 1 médicos, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal e 1 técnico de saúde bucal.

Material de consumo	De utilidade	Preço unitário	quantidade	Custo total
Pacote de 500 folhas	De encosta	\$45.00	1	\$45.00
Tinta impressora	Para encostas	\$70.00	2	\$140.00
lápiz	encostas	\$1.00	20	\$20.00
Caneta	Encostas	\$1.00	20	\$20.00
total				225

RESULTADOS ESPERADOS

Com a execução desse projeto pretende-se conhecer os fatores de risco que incidem na aparição de casos de Pneumonia em crianças menores de 5 anos na UBS Paula Nascimento do município Tonantins e atuar sobre eles com ações específicas, pensamos importante criar um movimento social em função de modificar os fatores sociais e ambientais que influem na aparição da doença, a higiene pessoal, a higiene da vivenda e do meio ambiente, a alimentação adequada, a assistência oportuna e sistemática das gravidas a sua consulta pré-natal e o cuidado e acompanhamento das crianças baixo peso.

Temos o objetivo de chegar aos 100 % das mães das crianças desta faixa etária e fazer com a realização de atividades educativas por toda a equipe que ela conheça todo referente à Pneumonia, como evita-la, como identifica-la pelos sinais e sintomas e como evitar complicações na criança, com isto se eleva o nível de informação sanitária de essa mãe que é a pessoa que está em mais contato com a criança. Espera-se que com as atividades propostas se possam evitar o

acontecimento de novos casos de mortes infantis por Pneumonia, que poderá ser concretizado com a participação de todos.

Este trabalho permitirá também o repasse de conhecimentos entre os membros da equipe e permitirá também participar da preparação dos agentes de saúde como pilar fundamental do trabalho no micro áreas, por ser a pessoa que convive nas áreas e que está mais perto das problemáticas de saúde, que conhece a cultura e pode ser o nosso facilitador em cada ação de saúde. Pretendemos que este trabalho forme parte das campanhas para evitar morte infantil por causas evitáveis estreitando os laços e fortalecendo a confiança e segurança dos membros da equipe com a população sendo capazes de esclarecer dúvidas e de orientar a todo o momento.

Pretendemos ademais lograr um intercambio maior com pajés, rezadores, curandeiros e parteiras das comunidades, com o objetivo de solicitar ajuda deles no atendimento oportuno da criança, já que geralmente eles decidem levar primeiro a pessoa doente com estes lideres religioso, que são consideradas pessoas muito importantes dentro das comunidades, pratica esta que forma parte da cultura do indígena Ticuna uma etnia que e muito frequente em nossa população, questão que não permite o atendimento imediato da criança e o início do tratamento da doença.

A avaliação do projeto será uma constante para a continuidade e/ou redirecionamento das ações para o alcance dos objetivos propostos que será a médio e longo prazo havendo a necessidade desse trabalho ser uma constante, até conseguir colocar a mortalidade da nossa UBS por Pneumonia em crianças menor de 5 anos em 0, objetivo ambicioso pero necessário para poder colocar ao Brasil entre os países com menor taxa de mortalidade infantil das Américas e assim mostrar os resultados satisfatórios de uma sanidade gratuita e ajudar cumprir um dos 8 objetivos do milênio das Nações Unidas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR [citado 10 Feb 2013]. Disponible en:<http://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral de Atención y Control de las IRA. La Habana: MINSAP; 2011.
- 3.Kliegman Jenson Behrman. Nelson Tratado de Pediatría. Volumem 1. 16 edição. Espanha: McGraw – Hill. Interamericana de Espanha; 2000.
4. Moreira Cardoso Andrey, A. Coimbra Jr. Carlos E., Garcia Barreto Carla Tatiana, Loureiro Werneck Guilherme, Ventura Santos Ricardo. Mortalidade indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [16 de agosto de 2016]; Volumem (27): 1. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>.

5. Solange Pereira Viviane, Maria Rosa Antônia, De Souza Hacon Sandra, Albuquerque de Castro Hermano, Ignotti Eliane. Análise dos atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias no Município de Alta Floresta - Mato Grosso - Amazônia brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2011[16 de agosto de 2016]; Volumem (20): 1. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>.

6. UNICEF Centro de Prensa, 2014. Disponível em http://www.unicef.org/spanish/media/media_75892.html. (Acesso 22 de Agosto 2016) (6).

7. Lopez Gobernado Miguel. Tesis Doctoral Impacto sanitario e económico dos ingresos por neumonía no hospital clínico universitario de valladolid e evaluación da eficiencia da sua prevención a través da vacinação. Biblioteca Univ. Valladolid [Internet]. 2015[19 de agosto de 2016]; 1. Disponível em: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16951/1/Tesis1041-160517.pdf>.

8- UNICEF Centro de Prensa [Internet]. Nova York: UNICEF org; [atualizado 16 de setembro de 2014; 22 de Agosto de 2016]. Disponível em: http://www.unicef.org/spanish/media/media_75892.html.

9- Barbosa da Silva Frederico A., Ellery Araújo Herton, Luis Souza André. Diagnóstico da situação das populações indígenas no brasil. ABEP[Internet]. 2000[23 de Agosto de 2016];1. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_518.pdf.

10- ONU [Internet]. Brasil: ONUBR; 09/09/2015 [10/09/2015 ; 23 de Agosto de 2016]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revel-a-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil1/>

11- Fraga Pereira Portela Maristela, Couto Santa Anna Clemax, Campos Junior Dioclecio. Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados em Brasília- DF, Brasil: estudo de casos. Brasília: 2005. 284

12- Cardoso, Andrey Moreira. Doença Respiratória Aguda em Indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil/ Andrey Moreira Cardoso. Rio de Janeiro: s.n. 2010. 239 f.

13 - Ministério da Saúde (BR). CAB No. 23 Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

14- OMS [Internet]. França: OMS; 1948[2014; 24 de Agosto de 2016]. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/

15 Dirección Regional de Salud (DIRESA) San Martin. Oficina general de estadística e informática. 2011. 9. Pérez AE, Rivas NM. Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para infección respiratoria aguda (IRA) que motiven llevar al niño menor de 1 año a un centro de salud. Biblioteca virtual UNFV. 2009. [acceso 4 de diciembre de 2011]. Disponible en URL: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmp438c/doc/fmp438c.pdf>

16 .Pulgarín AM, Osorio SP, Restrepo Y, Segura AM. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. Invest Educ. Enferm. [revista en internet] 2011, [acceso 12 de octubre de 2011]; 29(1): 19 – 27. Disponible en URL: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/4757/782981>

17 Cujíño ML, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Revista Colombiana de Medicina [revista en internet] 1999, [acceso 20 de octubre de 2011]

32(1). Disponible en URL:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/283/28332108/28332108.html>

18 Aristizábal G. Reflexiones del enfoque de trabajo en salud respiratoria Dirección de Salud Pública. SDS Bogotá febrero 2012.

19 Rosenblut M, Maul X, Rosenblut A. Incidencia de otitis media aguda en niños del sector Sur Oriente de Santiago antes y después de la implementación de vacuna antineumocócica 10 valente en el programa nacional de inmunizaciones. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2013; 73:238-42. [[Links](#)]

20 . Tregnaghi MW, Sáez-Llorens X, López P, Abate H, Smith E, Pósleman A, Calvo A, Wong D, Cortes-Barbosa C, Ceballos A, Tregnaghi M, Sierr A, Rodriguez M, on behalf of the COMPAS Group. Efficacy of pneumococcal non typable *Haemophilus influenzae* protein D conjugate vaccine (PHiD-CV) in young Latin American children: A double-blind randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2014; 11:1-18. [[Links](#)]

21. INEC, Neumonía principal causa de morbilidad, e-análisis, 8va ed., abril 2013:47.

22 Almiral Jordi, Blanquer Jose, Bello Salvador; Neumonía Adquirida en la comunidad en fumadores. ArchBronconeumol. 2014;50(6):250–254

23 Huang C-Y, et al., Risk factors of progressive community-acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study, Journal of Microbiology, Immunology and Infection (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2013.06.009>

24. Fernández Brizuela Ener de Jesús, StewardLemes George, Alum Bárcenas Juana María, Díaz Sobrino Yuley. Estado de salud de los niños de 8 a 14 meses

según el tipo de lactancia materna. Rev cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Oct 15]; 30(1): 82-92.

25. Moenne B. Karla; Neumonias adquiridas en la Comunidad en niños: Diagnóstico por imágenes. RevMed. Clin. Condes. 2013; 24(1) 27-35.

26. Falguera M, Ramírez MF. Neumonía adquirida en la comunidad. Rev Clin Esp. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.06.002>.

27 Méndez-Lage S, et al. Streptococcus pneumoniae: distribución de serotipos, sensibilidad antibiótica, factores de riesgo y mortalidad en Galicia en un periodo de 2 años. EnfermInfeccMicrobiolClin. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.01.010>.