



**EDMILSON BESERRA DA SILVA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO NA USF  
JARDIM MARILUCI, EM TUCURUÍ, ESTADO DO PA**

**TUCURUÍ- PA 2017**



**EDMILSON BESERRA DA SILVA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO NA USF  
JARDIM MARILUCI, EM TUCURUÍ, ESTADO DO PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
apresentado à Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre -  
UFCSPA como requisito indispensável para  
a conclusão do curso.

Orientador:

**TUCURUÍ- PA 2017**

## RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, 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 que tenham sido 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.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>10</b>
<b>2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>3. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO</b>	<b>17</b>
<b>4. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS: ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sou Edmilson Beserra da Silva, graduado em medicina no ano de 2014 pela Escuela Latino Americana de Medicina (ELAM), situada em Havana-Cuba, revalidado no ano de 2016 pela Universidade Federal do Ceará (UFC), atuo como Médico de Família pelo Programa Mais Médicos para o Brasil desde o ano de 2015, estou alocado na Cidade de Tucuuruí-Pará, ao qual pertenço a Equipe de Saúde da Família Jardim Mariluci.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016 o município possuía 108 885 habitantes e 2 086 km<sup>2</sup> de área. Tucuuruí é um município brasileiro do estado do Pará. Localiza-se na microrregião de Tucuuruí e na Mesorregião do Sudeste Paraense. O município é famoso por abrigar a maior usina hidrelétrica totalmente brasileira e a quarta do mundo: a Usina Hidrelétrica Tucuuruí, construída e operada desde 22 de novembro de 1984 pela Eletronorte (IBGE, 2017).

Eu atuo no Bairro Jardim Mariluci, o qual possui uma população total de aproximadamente de 4.919 pessoas, sendo destas, 2422 homens e 2497 mulheres, atendidos pela UBS.

**Tabela 01:** Distribuição da população atendida pela UBS Jardim Mariluci, na cidade de Tucuuruí, Pará.

<b>População atendida pela UBS</b>	
<b>Mulheres</b>	2497
<b>Homens</b>	2422
<b>Total</b>	4919

Fonte: Próprio autor, 2017

Apesar de toda a população atendida ser gente humilde, o bairro possui boa estrutura de água e esgoto, bem como coleta de lixo, ainda apresenta todas as ruas asfaltadas.

Possui também uma Escola de ensino fundamental e médio, Supermercado, uma Faculdade privada, um Tribunal Regional Federal e nas proximidades do bairro a UPA e o SAMU. Possui também uma Associação de Moradores que ainda não tem estrutura física própria, porém funciona na casa de um dos membros participantes.

A Unidade Básica de Saúde do Jardim Mariluci possui uma adequada estrutura física, bem localizada e consta apenas de uma equipe de saúde, sendo a mesma constituída por: 1 Enfermeiro, 1 médico, 2 Técnicas de Enfermagem, 2 Administrativos, 6 Agentes Comunitárias de Saúde e 1 Auxiliar de Serviços Gerais.

**Tabela 2:** Distribuição da quantidade de recursos humanos da UBS Jardim Mariluci, na cidade de Tucuruí, Pará.

<b>Equipe da UBS Jardim Mariluci</b>	<b>N</b>
Clínico Geral	01
Enfermeiro	01
Técnica de Enfermagem	02
Agentes Comunitários de Saúde	06
Auxiliar administrativo	02
Auxiliar de serviços gerais	01
<b>Total</b>	<b>13</b>

Fonte: Próprio autor, 2017

Na unidade também acontece atendimentos pelos profissionais do NASF, sendo eles: Fisioterapeuta, Técnica de Enfermagem, Dermatologista especialista em Hanseníase, Psicóloga e Nutricionista.

**Tabela 3:** Distribuição da quantidade de recursos humanos do NASF, na cidade de Tucuruí, Pará.

<b>Equipe NASF</b>	<b>N</b>
Fisioterapeuta	01
Dermatologista	01
Técnica de Enfermagem	01
Psicóloga	01
Nutricionista	01
<b>Total</b>	<b>05</b>

Fonte: Próprio autor

Entre as características da população atendida, pode-se afirmar que é predominantemente feminina, com maior predomínio de escolaridade no nível médio, grande parte trabalha no comércio, existe um maior número de jovens adultos que idosos e crianças.

Na Unidade Básica de Saúde os maiores motivos de consultas são provenientes dos pacientes que possuem alguma doença crônica como: Hipertensão Arterial, Asma, Diabetes Mellitus e Obesidade. As demandas espontâneas são das mais diversas doenças, passando por todas as áreas da medicina, tendo maior predomínio as afetações ginecológicas e ortopédicas.

Alguns procuram a Unidade apenas para renovar a receita ou justificar sinais e sintomas, porém a abordagem desses pacientes está voltada para a prevenção e promoção de saúde, realizando palestras educativas, grupos e outras atividades.

Porém, recentemente tenho observado que houve um aumento nas demandas de consultas nas quais crianças são diagnosticadas com anemia ferropriva, com deficiência de ferro no organismo.

A anemia por deficiência de ferro (ADF) constitui-se em carência nutricional relevante por suas repercussões para o desenvolvimento infantil, e estima-se que 70% daqueles com idade entre seis e 24 meses sejam anêmicos, pois a maior vulnerabilidade das crianças menores de dois anos deve-se à necessidade de ferro

para o crescimento e à insuficiente ingestão desse nutriente, em quantidade e biodisponibilidade, na dieta habitual nessa faixa etária (ENGSTROM, 2008).

Portando, diante dessa realidade, elaborei meu Projeto de Intervenção (em anexo), com o objetivo de reduzir os índices de anemia ferropriva nas crianças atendidas pela UBS Jardim Mariluci. É preciso retomar os protocolos do Ministério da Saúde que trata sobre a suplementação de ferro em crianças de 6 a 12 meses de idade, coletar informações e repassá-las para a comunidade, através das consultas de puericultura, pensando na prevenção da anemia, e trabalhando também com a promoção, por meio da educação em saúde.

## 1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A aprendizagem ocasionada pelo curso de Saúde da Família, proporciona um melhor entendimento das condições de vida da população, bem como os indicadores socioeconômicos, que irão influenciar diretamente no processo de saúde e doença das pessoas.

Da mesma forma que a anemia ferropriva é um problema de saúde na UBS em que atendo, conforme dito na introdução desse trabalho, existem também casos preocupantes de Hipertensão Arterial Sistêmica, no qual a população entende como algo que não deve se preocupar, abandonando muitas vezes o tratamento.

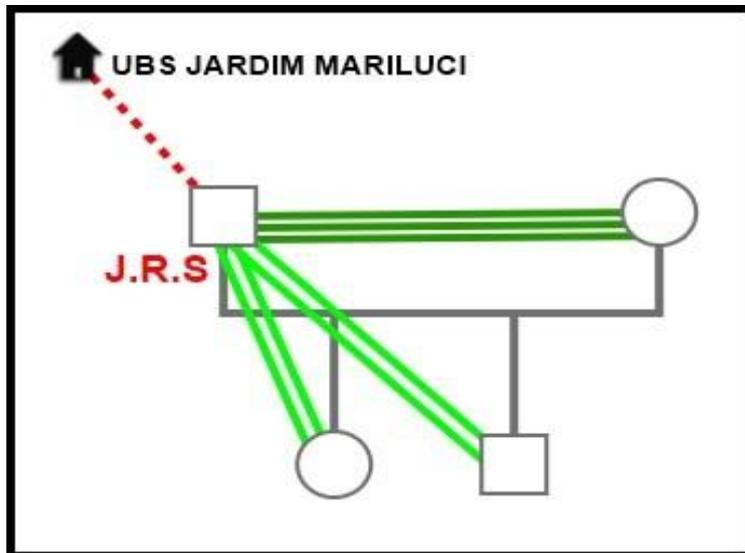
Assim, vi a importância de elaborar um estudo de caso clínico abordando um dos pacientes hipertensivos da Unidade de Saúde Jardim Mariluci, para mostrar tanto os conhecimentos adquiridos através do curso, como também as condutas clínicas necessárias para acompanhamento satisfatório do caso.

J.R.S, 68 anos de idade, casado com M.E.S 73 anos de idade, juntos o casal tem 2 filhos: M.L.M, 34 anos, solteira e J.E, 29 anos, solteiro, ambos os filhos vivem com seus pais.

Seu José Ribamar tem diagnóstico de Hipertensão Arterial há 15 anos, levando tratamento com Losartana (50mg) 2 comprimidos /dia e Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido/dia, sem outros antecedentes patológicos a mencionar, os demais familiares não relatam processos patológicos crônicos.

Para melhor acompanhamento do caso descrito, segue o Genograma da família de seu J.R.S:

Figura 01 - Genograma



Fonte: Próprio autor, 2017.

J.S.R não frequenta as consultas de Hipertensão com regularidade, sendo necessário a Equipe se deslocar até sua residência para busca ativa do paciente. O mesmo relata não praticar exercícios físicos, hábitos alimentares inadequados e fazer uso de bebidas alcoólicas de forma esporádica, mencionando um consumo médio de 850 ml aos finais de semana. Assim, foi levantado o caso clínico do paciente, através do SOAP abaixo:

SOAP	J.S.S
(S) Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem histórico de hipertensão arterial na família;</li> <li>- Relata apresentar crises frequentes de dor na nuca;</li> <li>- Relata palpitações ao esforço;</li> <li>- Relata não seguir uma dieta saudável;</li> <li>- Relata consumir álcool aos finais de semana;</li> <li>- Relata não praticar exercícios físicos;</li> </ul>
(O) Objetivo	<p><b>SINTOMAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cansaço físico;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefaleia;</li> <li>- Irritabilidade.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>EXAMES:</b></p> <p style="text-align: center;">-<b>Exame físico:</b> Aferido o peso (104kg) e altura (1,73), com o IMC (28,2) indicando sobrepeso; Aferição da PA: 210x100mmHg; palpação e a ausculta das artérias carótidas normais; Pulsos periféricos normais, ausculta pulmonar e cardíaca normais, FC 80 bpm.</p> <p style="text-align: center;">- <b>Exames complementares:</b> Hemograma Completo normal;</p> <p style="text-align: center;">Bioquímica Sangüínea (Potássio; Sódio; Creatinina; Glicemia de jejum) com resultados normais;</p> <p style="text-align: center;">Análise da urina: normais</p> <p style="text-align: center;">Eletrocardiograma e raio x de tórax normais;</p>
<b>(A) Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão Arterial Sistêmica</li> <li>- Sedentarismo</li> </ul>
<b>(P) Plano</b>	<p style="text-align: center;"><b>AÇÕES DE INTERVENÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar Anamnese;</li> <li>- Realizar exame físico;</li> <li>- Aferir a PA;</li> <li>- Solicitar exames complementares;</li> <li>- Orientar para que J.R.S faça um acompanhamento com nutricionista da NASF;</li> <li>- Agendamento de retorno para 30 dias.</li> </ul>

De acordo com o SOAP realizado na consulta, J.R.S, vem apresentando no último mês, idas contínuas a Unidade Básica de Saúde relatando ter apresentado em duas ocasiões idas a UPA com picos de Pressão Arterial de 210x100mmHg e 186x110mmHg, sendo medicado e indicado que o mesmo buscasse o serviço da UBS Jardim Mariluci para seguimento e avaliação do paciente.

Em consulta o paciente novamente apresenta cifras elevadas de Pressão Arterial e queixa-se de tontura, como Médico da UBS início interrogatório e exame físico Em busca de sinais de lesões em órgãos alvo, logo após constatar que não há sinais de complicações, solicita-se exames laboratoriais.

Diante do caso, é preciso agora estabelecer um projeto terapêutico singular, para avaliar as condutas a serem tomadas, elaborando um manejo clínico adequado,

junto a toda equipe da unidade de saúde. Assim, o Projeto Terapêutico Singular para o caso abordado segue logo abaixo:

<b>Lista de Problemas</b>	<b>Metas</b>	<b>Divisão de tarefas</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Hipertensão Arterial</b>	Aferir e monitorar a pressão arterial durante uma semana indo todos os dias no PSF; Realizar acompanhamento com nutricionista da NASF para dieta hipossódica;	Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde; Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades; e ação medicamentosa.	Reuniões: reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.
<b>Sedentarismo</b>	Orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis; Orientar para a prática de atividade física.	Agentes de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde; Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta e ação medicamentosa.	Reuniões: reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.

Mediante o estilo de vida que o paciente estava seguindo, mesmo sabendo da importância do tratamento medicamentoso, foi necessário uma mudança de conduta, envolvendo profissionais do NASF no atendimento ao paciente.

Mesmo que haja a adesão ao tratamento medicamentoso, é importante que ocorra um tratamento diversificado, abordando a perda de peso e o incentivo a prática de atividades físicas.

A obesidade e o excesso de peso associam-se com maior prevalência de hipertensão desde idades jovens. Na vida adulta o incremento de 2,4 Kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão, mesmo nos indivíduos fisicamente ativos (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, pág. 02).

Dessa forma, inicia-se uma série de ações com o paciente: Realiza-se um trabalho em conjunto com o NASF, enfocando o trabalho da Nutricionista e Educadora Física, em apoio com os demais profissionais, se orienta o paciente a importância da prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável e seguimento ao menos trimestral na UBS no dia do Hiperdia para evitar possíveis complicações ao paciente.

Além de convocar o paciente para reuniões de grupo de Hipertensos, orientar o uso adequado da medicação anti-hipertensiva, realizar mapeamento da pressão arterial por 15 dias para avaliar se sua Hipertensão Arterial está em controle ou não.

O paciente é orientado sobre a redução do consumo de bebidas alcólicas, encaminha-se o paciente a Nutricionista e Educadora Física, que realiza atividades físicas todas as segundas, quartas e sextas-feiras, na própria UBS.

Após todas as indicações realizadas, J.R.S conseguiu manter o controle da Pressão Arterial, houve uma redução do peso corporal, produto de uma melhoria em sua dieta, os níveis de Colesterol e Triglicerídeos estão em descenso e houve também uma redução no consumo de álcool, nesse momento o paciente encontra-se ativo em suas consultas de Hiperdia.

## **2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Na prática como médico de Saúde da Família, na UBS Jardim Mariluci, pude notar que a prevenção das doenças e a promoção da saúde são fatores que levam a qualidade de vida melhor da população atendida e permitem um melhor planejamento do atendimento e do acompanhamento dos casos e pacientes na comunidade.

Este curso de Especialização permite que possamos interligar a teoria com a prática, pois aprendemos como diagnosticar um problema e promover uma intervenção para este, como foi realizado no projeto de intervenção e como mencionado na introdução desse Portfólio.

Conforme foi aprendido no curso de Saúde da Família, a prevenção de doenças ocorre em 03 níveis: primário, secundário e terciário.

Segundo Dias (2017), a prevenção primária ocorre através de ações

especialmente destinadas ao período que antecede a ocorrência da doença. Dentre elas, destacam-se o saneamento básico, a vacinação e o controle de vetores, a educação em saúde, etc. Já a prevenção secundária é um conjunto de medidas que visam a impedir a evolução de doenças já existentes e, em consequência, suas complicações. A terciária engloba ações voltadas à reabilitação do indivíduo após a cura ou o controle da doença, a fim de reajustá-lo a uma nova condição de vida.

Assim, posso dizer que na UBS Jardim Mariluci, trabalhamos com as prevenções primárias, secundárias e terciárias, e principalmente com a promoção da saúde através da educação em saúde com palestras, buscas ativas e orientações no próprio momento da consulta clínica.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (BRASIL, 2009, p. 13).

Diante de experiências em campos de prática, nota-se a importância da mulher ser acompanhada durante todo pré-natal para evitar possíveis problemas durante e após a gestação. Assim, na UBS Jardim Mariluci, acontece um acompanhamento fidedigno a saúde da mulher e da criança, enfocando o puerpério e o pré-natal, através das consultas, das visitas domiciliares e das educações em saúde realizadas no grupo das gestantes.

Quadro 01 - Apresenta a promoção em saúde no puerpério, na UBS Jardim Mariluci, em Tucuruí, Pará.

<b>Ação</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Profissionais</b>
Educação em saúde	Grupo de Gestantes	Médico, Enfermeiro.
Busca ativa de gestantes e recém nascidos	Visita domiciliar	ACS, Enfermeiro.
Consultas de pré-natal	Orientações	Médico, Enfermeiro.

Fonte: Autor Próprio, 2017.

Ainda com enfoque no puerpério, no atendimento à população adscrita, percebi a necessidade de conhecer a respeito da depressão pós parto e suas consequências para a sociedade, enfocando a promoção e prevenção sobre o tema, o qual se torna relevante para os profissionais da área da saúde.

Desta forma, este trabalho torna-se imprescindível não somente a caráter de conhecimento, mas também como incentivo à pesquisa, a qual colabora para formar enfermeiros críticos e atualizados.

A gestação e o puerpério envolvem diversas alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais, por isso são períodos que necessitam de acompanhamento especial. De acordo com Wedel (2008) é nesta fase que a mulher se apresenta mais vulnerável e emocionalmente instável. Após o parto quase toda a atenção é direcionada para o recém-nascido, negligenciando os cuidados para com a mãe.

O puerpério é dividido em três fases: Puerpério imediato: começa com a dequitação definido como o período entre o primeiro e décimo dia após o parto e se caracteriza pelo retorno das condições pré-gravídicas gerais e locais; Puerpério tardio: inicia a partir do décimo primeiro dia e se prolonga até o quadragésimo quinto dia pós-parto; Puerpério remoto: tem início no quadragésimo sexto dia até a função reprodutiva da mulher retorne ao normal. Este período pode aumentar caso a mulher esteja amamentando (REZENDE, 1995, p. 186).

A depressão é outro estado de alteração do período puerperal, que se caracteriza por episódios moderados ou graves e por isso mais difíceis de serem detectados logo no início. Nas puérperas manifesta-se com menos frequência, e os sintomas associados incluem a perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê (BRASIL, 2006).

É no período puerperal que o vínculo entre mãe-bebê é efetivado, mesmo que a maternidade se inicie com a gravidez, a mãe ainda não possui o bebê real. Alonso *et al* (2006) observa que depende da forma como a criança será recebida quando vier ao mundo para que esta se desenvolva sadiamente. Quando recebida de forma negativa o recém-nascido poderá apresentar dificuldades no seu desenvolvimento.

Teixeira (2007), coloca que quando a depressão materna é instalada, torna-se

indispensável e importante a intervenção terapêutica, para que a relação e história entre mãe e bebê sejam compreendidas e analisadas, para que o vínculo patológico seja cuidadosamente tratado. A terapêutica da depressão puerperal fundamenta-se na farmacologia, e na psicoterapia e deve envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico.

De acordo com Nonacs e Cohen *apud* (CORREIA, 2006), cuidados sociais são extremamente relevantes, pois estão envolvidos com o desenvolvimento da depressão pós-parto. Os autores dão ênfase não só na qualidade de vida da mãe, mas ao desenvolvimento psicossocial do bebê, visando a prevenção de distúrbios, como também a preservação de um bom relacionamento conjugal e familiar.

Apesar da interação entre mãe e bebê ser algo positivo no desenvolvimento tanto da gestação quanto do feto, podem ocorrer alguns transtornos emocionais que abalam o estado da mulher durante a gravidez e que se não tratados podem levar a depressão pós-parto. Assim, na UBS Jardim Mariluci, antes de minha chegada não havia o grupo de gestantes estabelecido. Mediante aprendizagem neste curso de especialização, pude implementar esta prática na Unidade de Saúde. Portanto, agora realizamos a educação em saúde como um dos temas abordados no grupo de gestantes, sobre a depressão pós parto, preparando a mãe para receber o filho e a partir de já, estabelecendo um vínculo entre mãe e bebê, procurando identificar problemas relacionados a este vínculo e solucioná-los desde já.

### **3. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

Ao desenvolver minhas atividades como médico de Saúde da Família na Unidade de Saúde Jardim Mariluci, em Tucuruí, PA, foi complementar a interação dos conhecimentos teóricos providos por este curso de saúde da família e a prática na unidade, principalmente através das visitas domiciliares.

Conforme dito na introdução deste trabalho, o Bairro Jardim Mariluci, o possui uma população total de aproximadamente de 4.919 pessoas, sendo destas, 2422 homens e 2497 mulheres, atendidos pela UBS.

Com tantas pessoas para serem atendidas na UBS, a visita domiciliar é um procedimento utilizado para adequar os atendimentos e acompanhar a população atendida, tendo em vista que muitas pessoas não tem o costume de aparecer na

UBS quando estão doentes, muito menos para receber orientações de prevenção e promoção a saúde.

Para Andrade (2014), a Visita Domiciliar (VD) é indicada para prestar os cuidados tanto individualmente como coletivamente, quando se trata de atender a família em suas condições sociais e de saúde. Antes de realizar, deve ser planejada conforme os objetivos e necessidades da Unidade de Saúde, de modo a dar autonomia para o usuário da UBS e estabelecer um vínculo entre profissionais de saúde, a unidade e o usuário.

De fato, as mudanças que ocorrem na rotina e ambiente familiar provocadas pelo estilo de vida do paciente, causam alterações que necessitam de adaptação e reorganização visando o cuidado e apoio a este e sua família, tornando relevante utilizar a estratégia das visitas domiciliares com o intuito de verificar tais alterações e oferecer suporte a essas famílias (PEREIRA et al, 2014).

O Ministério da Saúde (2012), complementa que todas as pessoas cadastradas no território têm direito ao atendimento em saúde:

Com base no princípio da territorialização, deve-se ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012, p.21).

Assim, a visita domiciliar é um instrumento de grande importância, já que os profissionais que a realizam promovem uma interdisciplinaridade nos casos atendidos, pois as visitas são realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de enfermagem, Enfermeiro e Médico da Unidade, dependendo do caráter de prioridades e as escalas dos procedimentos a serem realizados.

Na UBS Jardim Mariluci, as visitas domiciliares são organizadas mediante levantamento das necessidades e prioridades do território, sendo abordados acompanhamentos com gestantes, crianças, adolescentes, idosos, pessoas que necessitem de curativos e medicações controladas, entre outros grupos de risco, os quais são postos em prioridade.

Os grupos prioritários no atendimento em visita domiciliar na UBS Jardim Mariluci são:

- Gestantes (pré-natal);
- Puérperas (mãe e filho);
- Idosos;
- Crianças;
- Doenças Crônicas (hipertensão, diabetes, DPOC);
- Doenças agudas (dengue, zika, tuberculose);
- Busca ativa de pessoas que não fazem tratamentos ou abandonaram o tratamento;
- Pessoas que não comparecem a UBS;
- Procedimentos como curativos e medicações.

As visitas são agendadas e escalonadas mediante o risco do atendimento em saúde, como pode ser observado no quadro abaixo

Quadro 02 - Classificação de atendimento das visitas domiciliares na UBS Jardim Mariluci, 2017.

<b>Risco Máximo</b>	Visitas semanais
<b>Risco Médio</b>	Quinzenais
<b>Risco Mínimo</b>	Mensais

Fonte: Próprio autor, 2017.

Assim, os pacientes classificados em risco máximo e que necessitam de atendimentos prioritários são visitados semanalmente, os de risco médio são de 15 em 5 dias e os de risco mínimo, são visitados mensalmente.

Na UBS Jardim Mariluci, para realizar a VD, é feito um planejamento antes, conforme risco e procedimentos, assim são designados os profissionais mais competentes para cada caso, e durante a realização segue-se o seguinte roteiro:

- Agendamento da visita;
- Designação dos profissionais responsáveis;

- Abordagem da família;
- Abordagem do paciente;
- Observação do ambiente, da casa, das condições de moradia, saúde, saneamento básico, coleta de lixo, frequência de consultas e atendimentos na UBS;
- Se houver, realizar curativos, aferir PA, dextro, administrar medicações e controlar estas;
- Anotar/registrar todos os procedimentos e o que foi feito durante a visita;
- Reunir equipe para discutir o caso.

Assim, percebemos como a VD é importante dentro da Saúde da Família, e devemos estar aptos a realiza-la, a saber abordar a família, a realizar os procedimentos e intervenções necessárias, e isto, posso dizer que aprendi ao longo desse curso e contribuiu muito para implementar minhas práticas no atendimento das famílias da minha Unidade.

#### **4. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Este trabalho teve o objetivo de mostrar a evolução das práticas do atendimento em saúde da família, enquanto médico da Unidade de Saúde Jardim Mariluci, em Tucuruí, estado do Pará, mediante evolução no curso de Especialização de Saúde da Família, mesclando a teoria com a prática no meu desenvolvimento profissional.

O uso da internet e da plataforma para o curso surgiu com o grande desafio para a ampliação de meus conhecimentos, tendo em vista que há dificuldade de acesso a internet, mas todavia, o interesse em participar e intervir nos problemas da comunidade foi maior e proporcionou grande aprendizado e habilidades foram desenvolvidas nos eixos I e II do curso.

Assim, através do eixo I, pude aprender vários temas de interesse do profissional médico da família, como o conhecimento do território, o uso do SOAP e Genograma para atender melhor as famílias, os processos de trabalho que envolvem a participação ativa de toda a equipe de saúde, como as reuniões e as

dinâmicas em grupo que são essenciais no ambiente de trabalho.

O desenvolvimento da técnica de saúde baseada em evidencia contribuiu para validar minhas pesquisas e adquirir confiabilidade naquilo que estou transmitindo no momento das consultas e o rapport com o paciente tem que ser essencial para a continuidade do tratamento. As práticas educativas foram de grande uso dentro da educação em saúde, pois na UBS Jardim Mariluci trabalhamos constantemente com a educação como forma de prevenção e promoção da saúde, indo diretamente ao público alvo.

O eixo II trouxe os casos complexos e as doenças mais abordadas no atendimento à Atenção Primária em Saúde, desde o momento de elaboração do Projeto de Intervenção (anexo) até as atividades desse portfólio, pois foram sendo elaboradas aos poucos, conforme interação com as práticas reais na UBS.

Concluiu-se com esta pesquisa que a perspectiva de um atendimento efetivo para as demandas em saúde na unidade básica é necessária, mas ainda falta a percepção da articulação entre unidade básica e serviços especializados, pois esperamos retorno das referências e contra referências para dar continuidade ao tratamento dos usuários.

Essa falta de articulação acontece porque o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu uma fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços e é justamente essa tendência que nossa prática enquanto médicos da família deve excluir das demandas, visando um melhor acolhimento, uma longitudinalidade no tratamento, oferecendo retorno a esses pacientes que tanto confiam e esperam por um trabalho médico de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Ademilde Machado et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, Mar. 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Materna e Infantil: pesquisa com mães na Amazônia legal e no Nordeste. 2006. Disponível em
4. <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11423](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11423)> . Acesso em 26 de maio de 2017.
5. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
6. CORREIA, Andréia Lígia Vieira. Prevalência e Fatores de Risco em Depressão Pós- parto em um serviço de referência em João Pessoa-Paraíba. Universidade Federal de Pernambuco. Tese de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. João Pessoa/Paraíba: 2006.
7. DIAS. P.F. Níveis de Prevenção. 2017. Disponível em: <<http://www.sogab.com.br/apniveisdeprevencao.htm>>. Acesso em 26 de maio de 2017.
8. ENGSTROM, Elyne Montenegro et al . Efetividade da suplementação diária ou semanal com ferro na prevenção da anemia em lactentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 786-795, out. 2008 .
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Tucuruí, PA. 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150810>>. Acesso em 05 de Junho de 2017.
10. MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBAO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1357-1363, May 2012 .
11. PEREIRA, Sandra Souza et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores

de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Saúde Transform. Soc., Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014.

12. REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
13. TEIXEIRA, Geovana Ferreira. Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe-Bebê. Trabalho realizado na Formação de Especialista em Teoria Psicanalítica e Psicoterapias da Infância e da Adolescência – CIPT - Porto Alegre, 2007.
14. WEDEL, Heidi Elisabeth. Sentimentos da mulher na transição Gestação-Puerpério.
15. Revista Nursing. Edição Brasileira. Ano 11, edição 126, p. 501-505. Brasil: 2008.

## **ANEXOS: ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**EDMILSON BESERRA DA SILVA**

**PROFILAXIA DA ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES NO  
TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM MARILUCY EM  
TUCURUÍ – PARÁ**

**TUCURUÍ- PA, NOVEMBRO DE 2016**

## 1. INTRODUÇÃO

Tucuruí é um município brasileiro do estado do Pará. Localiza-se na microrregião de Tucuruí e na Mesorregião do Sudeste Paraense. O município é famoso por abrigar a maior usina hidrelétrica totalmente brasileira e a quarta do mundo: a Usina Hidrelétrica Tucuruí, construída e operada desde 22 de novembro de 1984 pela Eletronorte. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015 o município possuía 107.189 habitantes e 2.96 km<sup>2</sup> de área (site cidade de Tucuruí). Tem como prefeito Sancler Antônio Wanderley Ferreira e atual secretário de saúde Charles Tocantins.

Atuo na Unidade Básica de Saúde Jardim Marilucy, localizado no Bairro Jardim Marilucy, que apresenta uma população em torno de 3.000 habitantes, com funcionamento de 7:30 às 11:30 e posteriormente de 13:30 às 17:30, população que apresenta moderado grau de alfabetização. Há um predomínio da atividade de prestação de serviços e em há um predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino na população (site cidade de Tucuruí).

A anemia é definida como a condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal. A anemia pode ser determinada por diversos fatores, cerca de 50% dos casos acontecem em função da deficiência de ferro. As necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida e durante a gestação são muito elevadas, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva. Dessa forma, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentos em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para uma alimentação adequada e saudável; com a fortificação dos alimentos; com controle de parasitoses (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005).

O projeto se desenvolveu tendo em vista a grande quantidade de crianças que frequentam as consultas de puericultura, apresentando histórico de aleitamento materno menor de 6 meses, tendo como base um fator de risco para o

desenvolvimento de anemia ferropriva, tomando como base o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde – o mesmo abrange crianças até 24 meses, gestantes e puérperas. Esse projeto de intervenção abordará um grupo aleatório de 10 crianças, de ambos os sexos, com ou sem aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. A idade das crianças em estudo abrangerá de 6 a 12 meses de idade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Propor um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da anemia ferropriva em crianças de 6 a 12 meses no território da Unidade Básica de Saúde Jardim Marilucy, para evitar assim suas consequências.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o número de crianças da amostra que apresentam hemoglobina menor que 11g/dl.
- Realizar profilaxia com ferro, da idade de abordagem dos mesmos até completarem 24 meses, com doses profiláticas.
- Realizar acompanhamentos bimestrais para observar a evolução das crianças mencionadas.
- Realizar palestras educativas durante os atendimentos sobre a importância de uma alimentação adequada, dando ênfase em alimentos ricos em ferro.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A anemia é definida como processo patológico no qual a concentração de hemoglobina (Hb), contida nos glóbulos vermelhos, encontra-se anormalmente baixa, respeitando-se as variações segundo idade, sexo e altitude em relação ao nível do mar, em consequência de várias situações como infecções crônicas, problemas hereditários sanguíneos, carência de um ou mais nutrientes essenciais, necessários na formação da hemoglobina, como ácido fólico, Vitaminas B12, B6 e C e proteínas. Entretanto, não resta dúvida de que a deficiência de ferro é a responsável pela maior parte das anemias encontradas, sendo denominada de anemia ferropriva (Manual de Suplementação de Ferro – Ministério da Saúde 2013).

Dada a grande importância do ferro, o organismo apresenta um mecanismo bastante eficaz, no sentido de serem evitadas perdas desse micronutriente. Dessa forma, seu teor é mantido dentro de determinados limites, com o objetivo de adequar a sua utilização. Até mesmo o ferro proveniente das hemácias retiradas da circulação, cuja meia vida é de 120 dias, é reaproveitado. As perdas diárias do ferro situam-se em torno de 1mg em decorrência, principalmente, da descamação celular. Além disso, pequenas quantidades são também perdidas pela urina, suor e fezes. Outras situações como menstruação, lactação e parasitoses, podem determinar perdas adicionais de ferro.

O trato intestinal tem um papel muito importante no mecanismo de reciclagem do ferro corporal, pois a absorção pode ser modificada conforme as necessidades do organismo, ou seja, quando as reservas são baixas, ocorre aumento significativo da absorção e, contrariamente, quando altas, sua inibição. Como as necessidades de ferro corporal estão relacionadas às diversas etapas da vida, o grau de absorção intestinal de ferro também está vinculado à faixa etária. Exemplificando, uma criança de 12 meses apresenta absorção quatro vezes maior do que outras de diferentes grupos etários (Manual de Suplementação de Ferro – Ministério da Saúde 2013).

Levando-se em consideração esses aspectos, pode-se entender que as necessidades diárias de ferro são pequenas e variam conforme a fase da vida. O ferro é um micronutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese de células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do oxigênio no organismo. Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de

ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha. Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças, como: abóbora e cenoura (Manual de Suplementação de Ferro – Ministério da Saúde 2013).

## SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A suplementação medicamentosa é bastante eficaz na prevenção e controle da anemia. A suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida com boa relação de custo/efetividade para a prevenção da anemia. No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso desde 2005 – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). O PNSF consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós- parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico (Manual de Suplementação de Ferro – Ministério da Saúde 2013). A Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza, quanto à suplementação profilática de ferro:

1. Recém-nascidos de termo, de peso adequado para a idade gestacional: em aleitamento materno, a partir do 6º mês, ou a partir do início do desmame (considera-se desmame a introdução de qualquer outro alimento em adição ao aleitamento materno), até o 24º mês de vida, receberão 1mg de ferro elementar/kg de peso/dia, ou dose semanal de 45mg, exceto nas crianças com fórmulas infantis fortificadas com ferro (Jornal de Pediatria).
2. Prematuros e recém-nascidos de baixo peso: a partir do 30º dia de vida, 2mg/kg de peso/dia, durante 2 meses. Após esse prazo, mesmo esquema dos recém-nascidos de termo com peso adequado para a idade gestacional

(Jornal de Pediatria).

#### 4. METODOLOGIA

Realizamos primeiramente uma reunião com a Equipe de Saúde da Família para esclarecer sobre a consistência e os principais objetivos do Projeto de Intervenção. Dialogamos com a Equipe sobre a necessidade que esse projeto tem, por ser o princípio para a retomada do cumprimento protocolar do Ministério da Saúde sobre o Programa de Suplementação de Ferro, no caso do Estudo envolvido nesse projeto de intervenção, atingindo crianças de 6 a 12 meses de idade. Ficou esclarecido sobre todos os métodos que seriam realizados e o passo a passo para a realização do mesmo.

Convocamos as Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe para realizarem a busca ativa às crianças na faixa etária de 6 a 12 meses e pedimos que as mesmas informassem às devidas mães sobre a importância do comparecimento posterior à Unidade Básica de Saúde, para darmos procedimentos a terceira etapa do projeto. Uma vez convocadas as mães com as crianças, as mesmas compareceram e a partir de então demos início aos procedimentos.

Realizamos uma reunião com todas as mães, onde explicamos a elas sobre Aleitamento Materno e suas variantes, sobre alimentação da criança a partir dos seis meses de vida, anemia fisiológica da infância e por fim encerramos com a explicação sobre o Protocolo do Ministério da Saúde que enfatiza a suplementação de ferro nas crianças de 6 a 24 meses e o objetivo do projeto de Intervenção.

Posteriormente realizamos triagem com as crianças onde se verificou peso e altura, depois convocamos individualmente as mães a comparecerem com as crianças onde inicia a busca por informações como: nome da mãe e da criança, escolaridade materna e paterna, idade materna, tempo de gestação, peso ao nascer, estado nutricional atual, sexo, amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, situação atual do aleitamento, consumo de alimentos com ferro e faixa etária da criança.

Após a coleta de dados realizamos a indicação de Hemograma completo e solicitamos que as mães voltem para uma nova avaliação quando os resultados do exame laboratorial estiverem disponíveis, assim como indicamos a introdução da suplementação de ferro, sendo as crianças reavaliadas com novo hemograma completo a cada 2 meses.

## 5. CRONOGRAMA

AÇÕES	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO
Reunião com a ESF sobre o Projeto de Intervenção	X		
Convocação das mães para palestra e início do Projeto	X		
Recebimento das mães e avaliação das crianças	X		
Recebimento dos resultados dos exames laboratoriais	X	X	
Reavaliação das crianças e solicitação de novos hemogramas completos			X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

- 1- Sala para reunião e palestra com a ESF e posteriormente com as mães sobre o Projeto de Intervenção.
- 2- Computador.
- 3- Equipamento de multimídia.
- 4- Requisição de exames laboratoriais. 5- Balança.
- 6- Fita métrica.
- 7- Prontuário dos pacientes. 8- Ficha de coleta de dados.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

- 1- Retomar juntamente com os demais membros da Equipe de Saúde da Família a profilaxia da anemia ferropriva, com a suplementação de ferro à crianças de 6 a 12 meses de idade, preconizando o estabelecido pelo Ministério de Saúde.
- 2- Educar nutricionalmente as mães das crianças com o objetivo de uma alimentação mais adequada para seus filhos.
- 3- Buscar maior adesão dos pais para o seguimento contínuo da suplementação de ferro em seus filhos, visando à redução da anemia posteriormente.
- 4- Permanência dos valores de Hemoglobina dentro dos parâmetros normais para a idade dos mesmos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 2- Manual Operacional de Suplementação de Ferro – Ministério da Saúde 2013. 4- [Http://jped.com.br/conteúdo/00-76-S298/port.asp](http://jped.com.br/conteúdo/00-76-S298/port.asp)

## ANEXOS

### FICHA DE BASE DE DADOS

#### PREVENÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES PERTENCENTES A ESF DO BAIRRO JARDIM MARILUCY

Mãe 1

Escolaridade da mãe:

Escolaridade do pai:

Idade materna:

Tempo de gestação:

Peso ao nascer:

Estado Nutricional:

Sexo:

Amamentação exclusiva até 6 meses:

Situação atual do aleitamento:

Consumo de alimentos com ferro:

Faixa etária: