

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

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

Karilena Vieira Braga Magno

A Puericultura na Atenção Primária à Saúde

Belém - PA

2017

Karilena Vieira Braga Magno

A Puericultura na Atenção Primária à Saúde

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

Orientador: Profa. Ivone Andreatta Menegolla

Belém - PA

2017

Sumário

1 Introdução	4
2 Estudo de caso clínico	6
3 Promoção da saúde e prevenção de doenças	10
4 Visita domiciliar	13
5 Reflexão conclusiva	15
Referências	18
Anexo I - Projeto de intervenção	21

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato de experiência pessoal a partir do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), na Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Maria, no município de Benevides, localizado na região metropolitana de Belém, Pará. Sou médica, formada na Universidade do Estado do Pará no ano de 2015 e este representa meu primeiro trabalho na atenção primária à saúde após formada.

Na USF Santa Maria existem 5.051 pacientes cadastrados. As doenças mais atendidas são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, com 288 pacientes hipertensos cadastrados, 186 diabéticos e 88 hipertensos e diabéticos. Existem 622 crianças de 0 a 12 anos de idade e 453 adolescentes de 12 a 18 anos cadastrados. Oferecemos, diariamente, à comunidade 16 consultas médicas para pacientes agendados e 4 consultas para os pacientes que apresentam alguma intercorrência. Às terças-feiras realizamos visitas domiciliares.

A equipe é composta de uma médica, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde (ACSs), e a equipe de saúde bucal. Contamos também com a ajuda do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

O território de abrangência da USF possui três escolas, um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e quatro Centros de Recuperação de Dependentes Químicos, os quais atuam em conjunto com a USF Santa Maria para promoção da saúde e prevenção de agravos.

O médico participante do PROVAB deve realizar um Projeto de Intervenção (PI), que constitui em uma proposta de ação que tem como foco a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção primária.

Na USF Santa Maria entendemos que a consulta de puericultura é muito importante e deve ser valorizada, por esta razão opto por realizar o projeto de intervenção com este grupo de pacientes. Além de possuímos grande quantidade de crianças cadastradas na USF, constatamos, de maneira empírica, elevada prevalência de crianças com critérios diagnósticos para

constipação intestinal, sem diagnóstico prévio. Dessa forma, torna-se imprescindível realizar a busca ativa dessas crianças com a finalidade de promover o crescimento e desenvolvimento adequados e prevenir complicações orgânicas ou psicológicas inerentes à condição, além de adoção de medidas para o seu controle e planejamento de ações de prevenção.

2 - ESTUDO DE CASO

Paciente P.H.S., sexo masculino, 7 anos de idade, residente em Benevides há 3 meses, proveniente do município de Santa Barbara do Pará. P.H.S. mora com seus pais e seu irmão mais novo de 4 anos de idade.

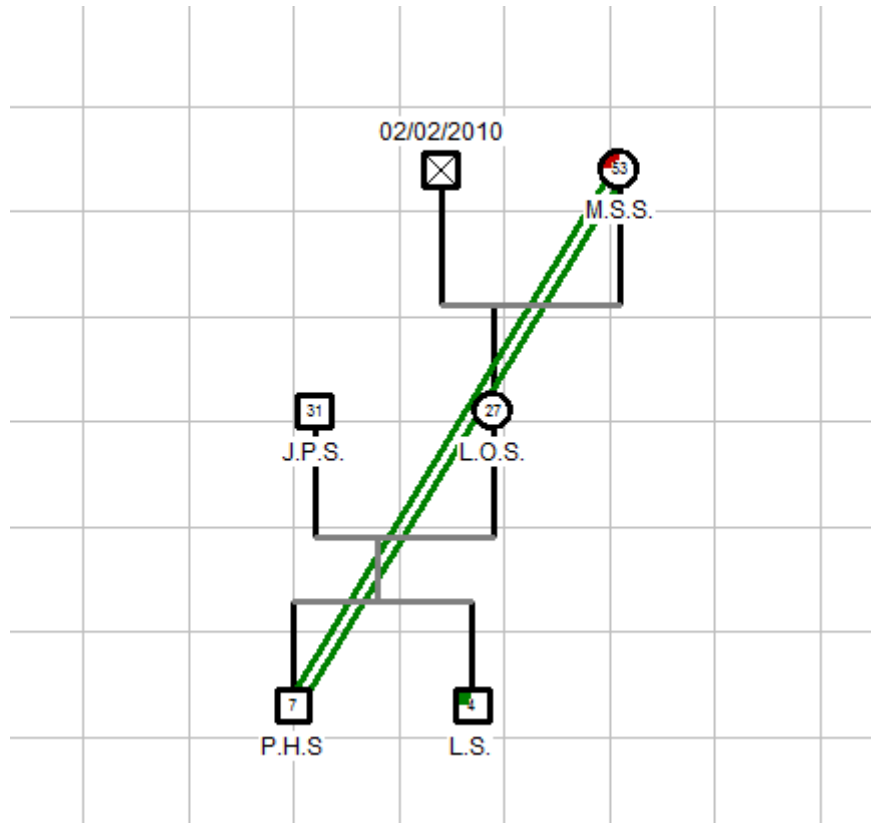


Figura 1: Genograma

Criança comparece à Unidade de Saúde da Família Santa Maria, com quadro diarreico e 3 episódios de êmese há 2 dias. É constatado que a criança se encontra abaixo do peso estimado para a idade, estando escore $z - 3$, da curva de peso para idade e entre escore $z \geq -3$ e < -2 do gráfico de estatura para idade da Organização Mundial de Saúde. É conversado com mãe sobre o baixo peso da criança e a mesma diz que não sabe mais o que fazer, para que seu filho ganhe peso. Neste primeiro contato, prescrevo os sais de reidratação oral, bem como sintomáticos; solicito também exames de rotina para a criança e oriento retorno com exames ou caso haja necessidade.

P.H.S. nasceu de parto normal e foi amamentado exclusivamente em seio materno até 4 meses de idade. O esquema vacinal da criança está em dia,

o que mostra que a família tinha acesso a ações básicas de saúde, no entanto a detecção do estado nutricional da criança não ocorreu de forma precoce.

A falta do diagnóstico nutricional adequado, além de ser prejudicial para a definição do correto tratamento da criança, influencia os dados estatísticos e, portanto, repercute no encaminhamento das políticas e programas para atendimento da criança com desnutrição (BRASIL, 2005).

Apresenta em seu histórico duas internações hospitalares para tratamento de pneumonia, aos 4 e aos 6 anos. As consequências da desnutrição para a fisiologia de uma criança superam as questões relativas ao comprometimento de má evolução pômdero-estatural satisfatória. A criança desnutrida, por causa de sua pouca resistência imunológica, está mais vulnerável às intercorrências clínicas (sobretudo doenças infecciosas pulmonares, intestinais e digestivas) comparativamente a outras crianças que não possuem tal perfil nutricional (LEAL, 2004).

A desnutrição infantil também está vinculada ao maior risco de mortalidade precoce, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, pior aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na vida adulta (LIMA et al, 2010).

Na segunda consulta, foi possível constatar nos exames: anemia normocrômica/normocítica e presença de ascaris lumbricoides em exame parasitológico das fezes. Sendo prescrito tratamento com albendazol e sulfato ferroso.

Nesta consulta, conversamos sobre a alimentação de P.H.S., segundo relato da mãe, P.H.S. aceita melhor a comida feita pela avó materna e acredita que a criança não goste de sua comida, o que gera ciúme e conflitos entre os envolvidos. Estudo realizado por Magalhães et al (2016), revela forte associação entre desnutrição infantil e dificuldades na maternidade e no vínculo mãe e filho, levando a acreditar que os programas de intervenção nutricional poderão obter resultados mais satisfatórios quando valorizada a história de vida das mães como fator coadjuvante no processo de determinação e recuperação da desnutrição. Entende-se que uma atenção psicoemocional mais individualizada e aprofundada à díade poderá favorecer o

fortalecimento do vínculo mãe e filho. Por esta razão, P.H.S. e sua mãe foram encaminhados à consulta com a psicóloga.

Em conversa é possível observar que a mãe sente-se cobrada e inferiorizada pelos demais membros da família por ter um filho abaixo do peso. Esta situação gerava um conflito entre a mãe e a criança, pois a mãe culpava a criança por não se alimentar corretamente, já que seu outro filho apresenta o peso adequado. Magalhães et al (2016) também observou sentimentos de culpa e vergonha pela magreza do filho no discurso das mães de crianças desnutridas, assim como a preocupação com o possível julgamento de seus parentes e vizinhos de que não seriam capazes de alimentar bem sua família.

Sobre a alimentação da criança durante o período em que está na escola, P.H.S. geralmente não se alimenta ou consome alimentos de alto valor calórico (bolachas recheadas, suco artificial) que a mãe envia de casa, já que a criança não gosta do que é servido na escola.

A alimentação escolar é oferecida gratuitamente em grande parte das escolas públicas do país, o que poderia ser melhor aproveitado para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Entretanto, algumas barreiras (profissionais desmotivados e/ou despreparados, falta de recursos financeiros, físicos e materiais, e estrutura curricular desatualizada) precisariam ser superadas para que as escolas ofereçam uma educação física e alimentação de qualidade e em sintonia com os objetivos da promoção de saúde. Nesse contexto, a escola pode surgir como um ambiente privilegiado para mudanças nos hábitos alimentares de escolares (SOUZA et al, 2011).

Considerando o contexto da atenção primária à saúde no Brasil, em que as políticas públicas têm enfatizado a promoção da alimentação saudável e reafirmado a responsabilidade dos profissionais, especialmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente os que atuam na atenção primária, é importante que, além de orientar, se conheçam as dificuldades dos usuários para terem uma alimentação saudável, para que de posse dessas informações seja possível adequar as estratégias de intervenção (LINDEMANN et al, 2016).

A prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50% entre os anos de 1996 e 2006/7. Dois terços dessa redução poderiam ser atribuídos à

evolução favorável dos quatro fatores: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias; 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento (MONTEIRO, 2009). No entanto, o fato de que a forma atual mais comum de desnutrição infantil é a crônica, expressa principalmente pelo déficit de altura por idade, e a existência atual de um percentual, embora não muito alto, de crianças desnutridas graves, ao lado da sua concentração nas regiões mais pobres do País, as regiões Norte e Nordeste, indicam que o problema não está de todo controlado (MONTEIRO, 1995). Por isso, muito ainda deve ser feito para mudar esta realidade, como: a ação em equipe multiprofissional e multidisciplinar para melhor utilização do patrimônio e os cuidados de saúde fundamentais para a criança, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno e orientação da alimentação para o desmame; incentivo à Imunização das crianças, conforme calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI); identificação e tratamento precoce das patologias e agravos associados (principalmente as doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas); educação alimentar realista e eficaz (FERNANDES, 2003).

P.H.S. passou por consulta com psicóloga, nutricionista, enfermeira, médica, assistente social e com a equipe de saúde bucal. Observamos que a alimentação da criança era composta de alimentos industrializados, pouco saudáveis e nutritivos. A equipe da ESF Santa Maria, em conjunto com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuou no sentido de orientar sobre alimentação saudável e higiene no modo de preparo das refeições, buscando entender os gostos da criança, seus costumes e limites na hora de preparar dietas e cardápios.

Após 1 mês seguindo as orientações da equipe da ESF, a criança voltou a USF e foi observado que a criança estava mais comunicativa, mais ativa, e havia ganhado 1 quilograma de peso. Mantemos as mesmas medidas educativas e estamos no aguardo para a próxima consulta.

3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A consulta de puericultura é fundamental para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, de modo que a criança alcance a idade adulta livre de agravos que poderiam ser evitados na infância. Para a efetividade da consulta de puericultura, o profissional responsável por este atendimento deve conhecer a realidade de vida da criança e sua família, para que possa atender suas reais necessidades (LIMA et al, 2013).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Maria, a puericultura é conduzida conforme recomendação do Ministério da Saúde com sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) espera-se garantir uma visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS) ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc (BRASIL, 2012). Apesar desta recomendação, esta atuação do ACS ainda não foi visibilizada na ESF, devendo ser priorizada e aprimorada pela equipe.

Na ESF Santa Maria, eu e a enfermeira encontramos muita dificuldade em fazer a visita domiciliar do RN e da puérpera, pela grande quantidade de pacientes agendados para visitas, logo, a primeira consulta é feita na Unidade de Saúde da Família pela enfermeira da ESF. A enfermeira utiliza esse primeiro contato para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família.

Neste momento é importante verificar se as mães receberam na maternidade a Caderneta da Criança, para que nela sejam feitas anotações

dos marcos de crescimento e desenvolvimento em cada atendimento. O registro, pelos profissionais de saúde, das informações sobre os diferentes aspectos da saúde da criança é imprescindível para que a caderneta cumpra seu papel na vigilância e promoção da saúde (PESSOA et al, 2014). Em todas as consultas é feito o preenchimento correto da caderneta, para melhor acompanhamento das crianças, além de deixar pré-agendada a próxima consulta.

A enfermeira possui papel primordial ao coordenar o Programa de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME).

A ESF se configura como ambiente propício à promoção da saúde na área do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). É muito importante a participação dos enfermeiros na promoção ao aleitamento materno como estratégia eficiente de prevenção de adoecimento e otimização da qualidade de vida da população adscrita em sua área de abrangência na atenção básica (ROCHA et al, 2016). Dentro do contexto de atenção primária à saúde, a Puericultura tem impacto positivo sobre a taxa de amamentação exclusiva da população infantil. O acompanhamento de puericultura é fundamental para o apoio e para a manutenção da amamentação (OLIVEIRA et al, 2005).

É muito gratificante ver as crianças crescendo saudáveis em AME. Dessa forma, conseguimos mostrar, na prática, às mães que não acreditam no poder do leite materno, o quanto elas estão enganadas.

Em estudo realizado por Malaquias et al (2015), foi observado que os familiares desconheciam a respeito das finalidades e importância da puericultura no contexto da atenção à saúde infantil. A consulta de puericultura é um instrumento essencial na promoção da saúde infantil. Portanto, as atividades pertinentes a este atendimento devem ser percebidas pelos familiares como imprescindíveis, de forma a evitar os agravos irreversíveis à saúde.

A atenção à criança implica responder às expectativas e necessidades de seus cuidadores, particularmente na atenção básica, pois são eles os responsáveis por efetivar as ações terapêuticas, de promoção e manutenção da saúde infantil no domicílio. Para os acompanhantes, a assistência efetiva é aquela baseada na compreensão empática da pessoa e no atendimento às

diversas necessidades sentidas. Profissionais devem não só esclarecer as dúvidas e preocupações dos acompanhantes, como também proporcionar relações consistentes, gerando confiança no atendimento e nas recomendações (ASSIS e VERÍSSIMO, 2010).

Como médica generalista de uma ESF, sempre me questionei se estava correspondendo as expectativas dos pais em relação a puericultura, já que a puericultura é uma prática de promoção de saúde e prevenção de agravos e por saber que ainda é muito prevalente o pensamento de uma medicina curativa. Esta atividade me fez conhecer melhor o pensamento dos cuidadores e suas expectativas.

Como estratégia para melhorar o atendimento, os profissionais devem orientar os responsáveis sobre a importância da puericultura para manutenção da saúde da criança, explicando o calendário de consultas e as ações desenvolvidas.

Os responsáveis devem ser informados que a ESF trabalha visando oferecer um serviço de qualidade, para isso, a interdisciplinaridade é utilizada com a tentativa de oferecer um maior rendimento das atividades, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão ampla da realidade, pensando sempre na melhoria da saúde da família.

4 - VISITA DOMICILIAR

Na USF Santa Maria, a visita domiciliar sempre representou um grande desafio para a equipe. Por se tratar de uma zona rural, possui um grande território de atuação, com muitas áreas sendo de difícil acesso, além de ter aumentado muito a violência na região, por causa do tráfico de drogas.

O território é dividido em 12 microáreas, coberto por 12 ACS's (Agentes Comunitárias de Saúde) e composto por aproximadamente 5.000 usuários.

A equipe da ESF enfrenta excesso de atribuições, associado à inadequação entre o volume populacional da área de abrangência e o grande território físico que deve ser assistido, o que representa uma grande limitação para a participação dos profissionais nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde.

A fim de suprir as necessidades dessa população, estipulou-se que a cada semana eu e a enfermeira atenderíamos uma microárea, sendo os pacientes selecionados pelas agentes comunitárias de saúde, conforme a necessidade e gravidade de seus quadros. Dessa forma, as visitas aos pacientes de uma microárea ocorrem trimestralmente, gerando reclamações pela demora entre uma visita e outra.

Uma dificuldade encontrada no início de meu trabalho na ESF Santa Maria era na seleção dos pacientes, mas que já está sendo contornada, através da educação continuada das ACS's e também com a criação do livro de solicitação das visitas domiciliares. Algumas agentes comunitárias acreditavam que deveríamos visitar os pacientes que não compareciam à USF para acompanhamento de suas doenças, além de escolherem familiares e amigos para a visita domiciliar.

As ACS's foram orientadas que o atendimento domiciliar não deve ser feito em todas as circunstâncias, por ocupar os profissionais de nível superior por parte considerável do tempo, o que atrapalha a realização de suas atividades na Unidade de Saúde da Família, deixando os profissionais ainda mais sobrecarregados.

A ESF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, não podem comparecer a USF, seja por barreiras físicas, pessoais, geográficas ou familiares. São esses,

os pacientes temporariamente acamados, os pacientes restritos ao leito ou ao lar, os paciente sem condições de acesso a Unidade de Saúde da Família.

Atualmente, a seleção dos pacientes ocorre através de um livro criado por mim e pela enfermeira, na qual a ACS solicita a visita domiciliar, explicitando a necessidade do paciente e sua doença de base que impossibilita a sua ida à USF.

A equipe da ESF apresenta grande dificuldade de locomoção, uma vez que parte da população habita regiões distantes da unidade de saúde da família, o que compromete o acesso ao atendimento oferecido pela ESF.

Há aproximadamente 6 meses, o carro oferecido pelo município para transporte da equipe foi suspenso, tornando as visitas em locais afastados inviáveis, o que gera grande descontentamento na população. Muitas vezes já solicitamos o transporte para a Secretaria de Saúde de Benevides, mas não fomos atendidos.

Há dois meses, foi instituído no município o Programa Melhor em Casa, para atender os pacientes que precisam de cuidados médicos com maior frequência, sendo as consultas da equipe do melhor em casa semanais, o que é excelente para os pacientes e representa um grande avanço no fortalecimento da atenção domiciliar. Durante os dois meses de vigência do Programa, pouco contato tivemos com a equipe do Programa Melhor em Casa, além de que eles usam um prontuário próprio, evitando, assim, um cuidado compartilhado entre a equipe da ESF Santa Maria e a equipe do Programa.

É fato, que os profissionais estão sobrecarregados e com dificuldade de realizar atividades de prevenção e promoção da saúde. Temos improvisado diante à precariedade das condições de trabalho e aos desafios impostos cotidianamente para a realização das visitas e para lidar com demandas que emergem no território. Mas a visita domiciliar é um momento único, que proporciona conhecer e observar o ambiente familiar, a condição social, a condição de saúde do paciente e dos familiares que cuidam deste paciente.

5 - REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização me tornou uma profissional melhor. Dentro da faculdade estudamos e entramos em contato com a Atenção Primária de Saúde (APS), mas a ótica é completamente diferente de quando você é aluno e quando você se torna profissional e responsável por uma comunidade.

É fato que os primeiros meses de trabalho da ESF Santa Maria foram muito difíceis. As dificuldades eram inúmeras, a comunidade estava desassistida há alguns meses, a demanda por atendimento médico era grande e parecia que por mais que eu tentasse, nunca conseguiria atender a todos que precisavam e nem suas expectativas. A sensação que tive foi de impotência e que nada poderia fazer para mudar a então realidade enfrentada pela equipe. Por um tempo pensei em não me envolver e apenas fazer o que a comunidade, a equipe e os coordenadores da secretaria de saúde esperavam de mim, que era atender indivíduos e promover uma medicina puramente curativa.

Ao iniciar o curso de especialização e novamente entrar em contato com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária à Saúde (APS) e com ações de planejamento e gestão na APS, tive o estímulo que necessitava para me envolver na gestão da ESF, juntamente com a enfermeira.

Foi muito difícil mudar o que já estava sendo feito há muito tempo, ganhei inimizadas logo nos primeiros meses de trabalho, mas foi necessário. A começar pela quantidade de consultas agendadas que correspondiam a apenas 50% dos atendimentos diários. Em se tratando de uma Estratégia de Saúde da Família, este número estava baixo, aumentei para 80% das consultas, sendo 20% de pacientes de livre demanda. A recepcionista, as ACS's e a população não compreenderam, apesar das inúmeras explicações que eu e a enfermeira demos. Antes os pacientes chegavam 3 horas da madrugada para pegar ficha para atendimento. Abrimos os agendamentos para as pessoas de fora dos grupos já existentes (Hiperdia, pré-natal, saúde mental e puericultura), e assim, a necessidade de chegar de madrugada foi diminuindo. Agora nós também atendemos saúde do homem, saúde da mulher e saúde do idoso.

Montamos grupo de gestantes, para que estas pudessem participar de atividades educativas antes das consultas, e estas começaram a chegar atrasadas para as consultas, provavelmente para não ter que participar das rodas de conversa, o que foi bastante desestimulante.

Em relação aos prontuários, sempre procurei preenchê-los corretamente, para melhor acompanhar a progressão das doenças dos pacientes e também como forma de proteção médica. Ao estudar o modelo SOAP para registro das informações foi possível organizar melhor os dados e tornar o prontuário mais objetivo e padronizado.

Os casos complexos do Eixo II me proporcionaram entrar em contato com assuntos muito prevalentes na prática médica, mas que nunca havia parado para estudar e me aprimorar, como é o caso das vertigens e das diversas causas de dor lombar.

Ao chegar na USF, a puericultura era realizada principalmente pela enfermeira e, quando era algo que estava fora de seu alcance, ela encaminhava para o pediatra. Aos poucos, me incluí no processo de cuidado das crianças e adolescentes. Por ser uma área que tenho aptidão e conhecimento, hoje quase não precisamos encaminhar para o pediatra. Estamos praticando uma puericultura de boa qualidade, com promoção da saúde e prevenção de agravos, através de ações nas escolas e na própria unidade.

O mesmo também aconteceu com as mulheres que procuravam atendimento com queixas ginecológicas, antes todas eram encaminhadas para o ginecologista do município, hoje conduzimos a maioria delas na unidade. Eu e a enfermeira estamos bastante focadas no planejamento familiar, a fim de evitar as gravidezes indesejadas, principalmente de adolescentes. Buscamos estabelecer uma boa relação com as pacientes para que estas se sintam a vontade para conversar sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. As pacientes que procuram a USF em busca de realizar planejamento familiar, possuem consultas agendadas para o mesmo dia ou para o dia seguinte. Estimulamos o estudo e aperfeiçoamento profissional das mulheres cadastradas na ESF e entendemos que apenas elas podem decidir quando é o momento certo para serem mães, e por isso, sempre arrumamos

alguns minutos para ouvi-las, pois poucos minutos do nosso tempo podem representar muito para elas.

Na ESF Santa Maria contamos com a ajuda da equipe do NASF uma vez por semana, afim de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O contato com a equipe multidisciplinar do NASF me fez compreender os campos de ação de cada profissional, e a importância de cada um deles para o cuidado integral aos usuários do SUS.

Durante diversos momentos do curso, fui estimulada a fazer reflexões sobre as dificuldades encontradas no meu local de trabalho e o que poderia fazer para melhorar. Posso dizer que essas reflexões foram fundamentais para que pequenas mudanças fossem implementadas para melhorar o serviço prestado à comunidade.

Nos fóruns foi possível entrar em contato com outros médicos que estavam vivenciando as mesmas dificuldades em outras localidades do Estado, isso fez com que eu não me sentisse sozinha ao enfrentar um problema, além de que pude me inspirar nas alternativas encontradas pelos colegas, o que tornou esse período muito mais fácil.

O curso de especialização me fez crescer como médica, com condutas mais atualizadas e embasadas em evidências, mas sua principal contribuição foi me fazer uma pessoa melhor, mais envolvida com as causas da comunidade e mais disposta a ajudar.

REFERÊNCIAS

ASSIS, L.C.F.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum [Internet]**, v. 20, n. 2, p. 317-29, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19969/22053> . Acessado em 14 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. 144f. 2005.

FERNANDES, B.S. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estud. av.** v.17 n. 48, P. 77-93, 2003.

LEAL, V. R. H. **Representações sociais da desnutrição infantil para mães de crianças com baixo peso**. 2004. 140f. (Dissertação em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

LIMA, A.L.L. et al. Causas do declínio acelerado da destruição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 17-27. 2010.

LIMA, K.Y.N. et al. Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm [Internet]**, v. 18, n. 3, p. 546-51. 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33570/21068>. Acessado em 14 de abril de 2017.

LINDEMANN, I.L. et al. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p.599-610, 2016.

MAGALHÃES M.L.B. et al. “*É assim, com vergonha de sair com ele*”: percepções de mães de crianças desnutridas, em um meio socialmente desfavorecido. **Demetra**. v. 11, n. 4, p 917-931. 2016.

MALAQUIASA, T.S.M. et al. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 1, p. 62-8. 2015.

MONTEIRO, C.A. et al Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 1, p.35-43. 2009.

MONTEIRO CA. **Velhos e novos males da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995.

OLIVEIRA, M.I., et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad Saúde Pública**. v. 21, p. 1901-10. 2005.

PESSOA, F.S. et al. **Saúde da criança e a Saúde da Família: trabalho em equipe e planejamento de ações**. 2014, 41F. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão.

ROCHA, A.R.F.J. et al. O enfermeiro da estratégia de saúde da família como promotor do aleitamento materno. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, 2016.

SOUZA, E.A. et al. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.8, p. 1459-1471, 2011.

Anexo 1



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Karilena Vieira Braga Magno

Busca ativa de crianças com constipação intestinal crônica cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Santa Maria, Benevides, Pará

Benevides - PA

Fevereiro/2017

Resumo

A constipação intestinal é um dos distúrbios intestinais mais frequentes e persistentes da infância, com uma prevalência estimada em 3% no mundo (Van den Berg et al, 2006), podendo variar entre 0,7% a 29,6% (Mugie, Benninga e Di Lorenzo, 2011). Este projeto de intervenção visa realizar a busca ativa de crianças com constipação intestinal crônica, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Maria, no município de Benevides, Pará, com idade entre dois e doze anos de idade, cujos responsáveis aceitem conversar sobre os hábitos intestinais das crianças, no momento da visita domiciliar ou durante a consulta médica e de enfermagem. O projeto visa realizar o diagnóstico da constipação intestinal crônica precocemente através dos Critérios de Roma III, a fim de evitar suas complicações e promover o crescimento e desenvolvimento adequados, além da adoção de medidas para o seu controle e o planejamento de ações de prevenção.

Palavras-chave: constipação intestinal, criança, busca ativa.

Sumário

1 Introdução	4
2 Problema	6
3 Justificativa	7
4 Objetivos	8
4.1 <i>Objetivo geral</i>	8
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
5 Revisão de Literatura	9
6 Metodologia	11
7 Cronograma	12
8 Recursos necessários	13
9 Resultados esperados	14
10 Referências bibliográficas	15

1 Introdução

A constipação intestinal é um dos distúrbios intestinais mais frequentes e persistentes da infância, com uma prevalência estimada em 3% no mundo (Van den Berg et al, 2006), podendo variar entre 0,7% a 29,6% (Mugie, Benninga e Di Lorenzo, 2011). Em estudo realizado no Rio de Janeiro, estimou-se que 28% das crianças apresentavam constipação intestinal (Sant'Anna e Calcado, 1999), resultado semelhante também foi encontrado em unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto (Del Ciampo et al, 2002).

Estudo realizado por Medeiros et al (2007) observou grande intervalo entre o início da constipação e a primeira consulta em serviço de gastroenterologia pediátrica, mostrando a importância em se realizar busca ativa de constipação em todas as consultas, no sentido de se adotar medidas terapêuticas antes do surgimento das complicações frequentemente observadas nos pacientes atendidos em ambulatórios especializados, como escape fecal e dor abdominal crônica.

A crença de alguns pais e também de médicos de que evacuar três vezes por semana ou até menos é normal, retarda a busca de um tratamento precoce das crianças, podendo ser um fator relevante no agravamento da constipação e no aparecimento de suas complicações (PARTIN et al, 1992). Outra crença que contribui para esse fato é que a constipação intestinal é vista como uma doença que facilmente se cura com medicamentos e dieta ou com a qual se convive, como parte de uma herança familiar (LEÃO, 2007).

Nas consultas pediátricas observa-se que o hábito intestinal muitas vezes não é investigado pelo médico, pela família ou cuidadores e que existe pouca valorização da constipação intestinal. A prevenção também deve incluir a formação de profissionais preparados para identificar e tratar a doença precocemente, abordando o paciente e a família de acordo com o modelo biopsicossocial e políticas de educação em saúde que esclareçam a população em geral (LEÃO, 2007).

A busca ativa é uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), podendo ser entendida como um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as

necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território. A busca ativa se torna então, um princípio político de luta em defesa da vida (LEMKE e SILVA, 2010).

A constipação intestinal crônica pode acarretar prejuízo financeiro por gerar tratamentos prolongados e caros e até hospitalizações por uso inapropriado de laxantes, além das repercussões psicológicas, como a baixa autoestima que leva a problemas de relacionamento e socialização. Existem também as complicações orgânicas, decorrentes do diagnóstico tardio, como as infecções do trato urinário, escape fecal, dor abdominal recorrente, sangramento retal, diverticulose, trombose hemorroidária, fissura anal, prolapso retal, proctite e até, mas raramente o câncer de cólon (OLIVEIRA et al, 2006).

Em vista das complicações decorrentes do diagnóstico tardio da constipação intestinal crônica, é de suma importância o reconhecimento precoce da constipação por meio da busca ativa, além de adoção de medidas para o seu controle e planejamento de ações de prevenção.

2 Problema

Alta prevalência de constipação intestinal funcional na infância.

3 Justificativa

Tanto em consultas médicas quanto de enfermagem, observam-se, na Unidade de Saúde da Família Santa Maria, em Benevides, de maneira empírica, elevada prevalência de crianças com critérios diagnósticos para constipação intestinal, sem diagnóstico prévio. Por vezes, os responsáveis pela criança não relatam as queixas diretamente associadas, talvez por compreendê-las como algo normal, tampouco é realizada a busca ativa com frequência desta condição, por meio da investigação dos hábitos alimentares e intestinais.

Desse modo, torna-se imprescindível realizar a busca ativa dessas crianças com a finalidade de promover o crescimento e desenvolvimento adequados e prevenir complicações orgânicas ou psicológicas inerentes à condição.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Busca ativa de crianças com constipação intestinal crônica cadastradas na Estratégia de Saúde da Família Santa Maria, Benevides, Pará.

4.2 Objetivo específico

- Fazer o diagnóstico precoce de constipação intestinal crônica e instituir o tratamento adequado para cada paciente, de forma a aliviar ou eliminar os sintomas já instalados e prevenir ou minimizar a ocorrência de suas complicações.
- Promover o treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade, sobre os sintomas da constipação intestinal crônica, assim como a importância em seu diagnóstico precoce.
- Promover palestras sobre alimentação e nutrição na infância, além de estimular a prática de hábitos saudáveis, a fim de prevenir a constipação intestinal.

5 Revisão de Literatura

A constipação intestinal pode causar dor abdominal, fezes de grosso calibre gerando defecação dolorosa, comportamento retentivo, prurido anal, sangramento retal, anorexia e complicações não gastrointestinais, como infecção urinária. Os sintomas mais comumente encontrados são fezes de grosso calibre, defecação dolorosa e comportamento retentivo. Os sintomas menos prevalentes são sangramento retal e fissura anal (Dehghani, 2015). Os pacientes também podem apresentar escape fecal que pode ser confundido como diarreia, o que leva os pais a procurar cuidados médicos (Xinias e Mavroudi, 2015).

A maioria dos estudos epidemiológicos recentes utilizam os critérios de Roma III para constipação intestinal funcional. Os critérios de Roma fornecem uma definição de constipação com base em critérios objetivos (frequência das fezes, necessidade de manobras manuais para defecar) e sintomas subjetivos (esforço, fezes endurecidas, evacuações incompletas, sensação de obstrução anorretal) (Mugie e Benninga, 2011).

A anamnese e o exame físico constituem os passos mais importantes no diagnóstico da constipação intestinal funcional.

Devemos estar atentos para sinais de alerta que podem indicar a presença de uma causa orgânica incomum e grave de constipação, tais como a doença de Hirschsprung (congenita megacólon aganglionic), pseudo-obstrução intestinal, anormalidade na medula espinhal, o hipotireoidismo, diabetes mellitus, fibrose cística, enteropatia por glúten ou malformação anorretal congênita. (NASPGHAN, 2006). No entanto, aproximadamente 95% da constipação na infância é funcional, sem qualquer causa orgânica identificável (Pashankar, 2005).

Crianças com constipação intestinal sem déficit de crescimento e início em idade mais avançada, a hipótese mais provável é de constipação funcional, o que pode ser fortalecido se a criança exibir um comportamento retentivo (Soylu, 2013). No entanto, a maioria dos pacientes com constipação secundária às condições orgânicas normalmente têm outras características clínicas sugestivas de doença orgânica subjacente (Rajindrajith e Devanarayana, 2015). Geralmente, uma boa anamnese e exame físico é suficiente para permitir que o médico estabeleça se a

criança tem constipação funcional ou requer uma avaliação mais aprofundada (NASPGHAN, 2006).

O toque retal é crucial para diferenciar entre a constipação funcional e a constipação causada por um processo orgânico. De acordo com Safder et al (2006) e Gold et al (1999) a maioria dos pacientes encaminhados ao ambulatório de gastroenterologia pediátrica não passaram pelo toque retal durante as consultas na atenção primária, o que resulta em diagnósticos e tratamentos inadequados, bem como em encaminhamentos desnecessários.

O tratamento da constipação funcional em crianças requer um plano bem concebido e uma abordagem em equipe, com o envolvimento da criança e dos pais. O tratamento envolve a educação da família sobre a constipação, a desimpactação fecal, e terapia de manutenção a longo prazo com laxantes e modificação comportamental (Pashankar, 2005). Supõe-se que a compreensão do curso da doença e da importância da dieta no tratamento, faz com que as taxas de resposta ao tratamento sejam maiores (Soylu, 2013).

As preparações de polietilenoglicol, assim como o óleo mineral, podem aumentar a frequência de movimentos intestinais em crianças constipadas. O polietilenoglicol é uma medicação segura, com menores taxas de efeitos colaterais em comparação com os outros agentes. Efeitos colaterais comuns incluem flatulência, dor abdominal, náuseas, diarreia e cefaleia. Os efeitos secundários comuns do óleo mineral incluem dor abdominal, distensão e fezes aquosas. Não há evidências para sugerir que a lactulose é superior aos outros agentes (NASPGHAN, 2006)

A consulta com o gastroenterologista pediátrico torna-se necessária no caso de falha terapêutica, suspeita de que exista uma doença orgânica causando a constipação intestinal e quando o manejo do paciente torna-se muito complexo, o especialista deve, então, reavaliar a criança, rever terapias anteriores e excluir processos orgânicos subjacentes (Tabbers et al, 2014).

6 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção no município de Benevides, com intuito de realizar a busca ativa de crianças com constipação intestinal crônica, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Maria, com idade entre dois e doze anos de idade, cujos responsáveis aceitem conversar sobre os hábitos intestinais das crianças, no momento da visita domiciliar ou durante a consulta médica e de enfermagem.

O projeto será dividido em três etapas, de modo que:

No primeiro momento será realizada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde. Haverá treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre os sintomas da constipação intestinal crônica, assim como a importância em seu diagnóstico precoce. Dessa forma, os ACS poderão agir na busca ativa de crianças constipadas.

O segundo momento é composto pelas palestras à comunidade, sobre alimentação e nutrição na infância, para estimular a prática de hábitos alimentares saudáveis e atuar na prevenção da constipação intestinal.

O terceiro momento será selecionar os pacientes que preencherem os critérios de Roma III para iniciar o tratamento adequado e individualizado, assim como seu acompanhamento.

7 Cronograma

Procedimentos	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Idealização do projeto	X					
Confecção do projeto	X	X	X	X		
Apresentação do projeto à equipe de Saúde				X		
Treinamento dos agentes comunitários de saúde				X	X	
Palestras educativas à comunidade					X	
Seleção dos pacientes-alvo					X	
Acompanhamento individualizado dos pacientes						X
Análise da adesão e dos resultados					X	X
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X

8 Recursos necessários

- Sala para realização de palestras;
- Balança e fita métrica para avaliação do crescimento das crianças
- Requisição para exames laboratoriais e de imagens, se necessário;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS, nutricionista;
- Prontuários dos pacientes que preencherem os critérios de Roma III

9 Resultados esperados

- Realizar o diagnóstico precoce de constipação intestinal crônica e instituir o tratamento adequado e individualizado, de forma a aliviar ou eliminar os sintomas já instalados e prevenir ou minimizar a ocorrência de suas complicações;
- Orientar a população sobre a alimentação e nutrição na infância;
- Estimular a prática de hábitos de vida saudáveis durante a infância;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar com o objetivo de promover saúde na infância;
- Promover a educação continuada em Saúde para a comunidade e para a equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DEHGHANI, S.M. et al. Clinical Manifestations among Children with Chronic Functional Constipation. **Middle East J Dig Dis**. v. 7, n.1, p. 31-5, jan, 2015.

GOLD, D.M. et al. Frequency of digital rectal examination in children with chronic constipation. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v. 153, n. 4, p. 377-9, abr, 1999.

Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=346426>.

Acessado em: 11 de outubro de 2016.

LEÃO, M.F. **A constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes na visão das mães: crenças, sentimentos, atitudes e repercussões sociais**. 2007. 83 F. Tese (Mestrado em Medicina). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 10, n. 1, abr, 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 14 de outubro de 2016.

MEDEIROS, L.C.S. et al. Características clínicas de pacientes pediátricos com constipação crônica de acordo com o grupo etário. **Arq Gastroenterol** v. 44, n.4, p.340-344, out./dez, 2007.

MUGIE, S.M. et al. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**. v. 25, p. 3-18. 2011.

North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 43, n. 3, p. e1-e13, set, 2006.

OLIVEIRA, S. et al. Prevalência de constipação em adolescentes matriculados em escolas de São José dos Campos, SP, e em seus pais. **Arq Gastroenterol**. v. 43, n.1, p.50-54, jan/mar, 2006.

PARTIN, J.C. Painful defecation and fecal soiling in children. **Pediatrics**, v.89, p. 1007-9, jun, 1992.

VAN DEN BERG, M.M. et al. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. **Am J Gastroenterol**. v. 101, n. 10, p. 2401-9, Out, 2006.

PASHANKAR, D.S. Childhood Constipation: Evaluation and Management. **Clin Colon Rectal Surg**. v. 18, n.2, p.120-7, mai, 2005.

RAJINDRAJITH, S.; DEVANARAYANA, N.M. Constipation in Children: Novel Insight Into Epidemiology, Pathophysiology and Management. **J Neurogastroenterol Motil**, v. 17, n. 1, jan, 2011.

SAFDER, S. et al. Digital rectal examination and the primary care physicians: a lost art? **Clin Pediatr (Phila)**, v. 45, p.411-4. 2006.

SOYLU, O.B. Clinical Findings of Functional and Secondary Constipation in Children. **Iran J Pediatr**, v. 23, n. 3, p.353-6, jun, 2013.

XINIAS, I.; MAVROUDI, A. Constipation in Childhood. An update on evaluation and management. **Hippokratia**. v. 19, n.1, p. 11-9, jan/mar, 2015.

ANEXO - Critério de ROMA III

A constipação intestinal crônica funcional definida pelos critérios de ROMA III está baseada nos critérios que se seguem.

Para neonatos e lactentes jovens (< 4 anos de idade), pelo menos 2 dos critérios abaixo, por tempo superior a 1 mês

- menos de 2 evacuações por semana
- evacuação dolorosa ou com esforço
- ao menos 1 episódio de incontinência escape fecal
- fezes grandes em reto ou palpáveis em abdômen
- fezes volumosas que entopem o vaso sanitário
- história de retenção de fezes

Para crianças maiores de 4 anos e adolescentes, pelo menos 2 dos critérios abaixo há pelo menos 8 semanas

- menos de 2 evacuações por semana
- evacuação dolorosa ou com esforço
- ao menos 1 episódio de incontinência escape fecal
- fezes grandes em reto ou palpáveis em abdômen
- fezes volumosas que entopem o vaso sanitário
- postura de retenção ou retenção voluntária de fezes



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde