



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**RELATO DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE
DA FAMÍLIA EM MANAQUIRI (AM)**

CRISTIANE ALEXANDRE DA SILVA

NATAL/RN
2021

RELATO DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MANAQUIRI (AM)

CRISTIANE ALEXANDRE DA SILVA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

Agradeço a minha família pelo amor incondicional e apoio nas situações mais adversas.
Agradeço a meu marido, Pablo, por acreditar na minha recuperação quando eu já nem sabia quem era.
Agradeço a SUS, pela possibilidade de aprender diariamente e de participar de um sistema universal de atenção a saúde, ao qual eu tenho orgulho de pertencer.
Agradeço aos professores deste programa, pela experiência de formação.

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuaram no tratamento de pacientes acometidos pelo coronavírus no Brasil, diante das adversidades de ausência de uma política de Estado eficiente na oferta de insumos e suporte para a execução do trabalho.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervensões realizadas no cenário de prática de Manaquiri, no Estado do Amazonas, no Programa Mais Médicos para o Brasil. O objetivo das intervenções foi: descrever ações relacionadas com a saúde reprodutiva da mulher e a saúde materno-infantil, realizadas no âmbito da assistência. É na Estratégia Saúde da Família onde são desenvolvidas as estratégias prioritárias para se ter uma organização da Atenção Primária. Houve dificuldade na execução das intervenções de maneira ampla, tendo em vista o agravamento do número de casos de COVID-19 na cidade, inclusive com o adoecimento da médica da equipe pelo coronavírus. Contudo, a experiência de planejamento das ações se mostrou profícua na identificação de falhas e de possibilidades de melhorias no relacionamento entre a equipe de saúde e a população adscrita.

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	11
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
6. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

As atividades estão sendo desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Alfredo Augusto Pereira Campos, na cidade de Manaquiri, na região metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas. A equipe desta unidade é formada por dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, uma médica, duas recepcionistas, uma auxiliar de serviços gerais, um responsável pela esterilização, um gerente de unidade, um dentista (quinzenalmente), e um ginecologista (quinzenalmente). A cidade possui duas outras unidades hospitalares estaduais e conta com cerca de 35 mil habitantes, Distando 159km da capital.

A UBS, cenário de atuação, atende a aproximadamente 635 indivíduos, dos quais 396 são mulheres. Os serviços oferecidos pela UBS são: Acolhimento e identificação da necessidade médica; Consultas individuais e coletivas feitas por médicos e enfermeiros e dentistas; Visita e atendimento domiciliar; Cuidados para a saúde bucal; Vacinação; Desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; Pré-natal e puerpério; Acolhimento da mãe e do bebê após alta na maternidade; Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; Curativos; Planejamento familiar; Teste do pezinho; Teste rápido de sífilis e HIV; Teste rápido de gravidez; Prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infecto-contagiosas; Acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias; e Ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade.

A maioria dos pacientes atendidos na UBS é do sexo feminino, de modo que é importante estabelecer ações focadas na promoção da saúde desse público-alvo. Nesse contexto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem o objetivo geral de descrever três microintervenções focadas na saúde da mulher. Já, quanto aos objetivos específicos, estão na perspectiva de: prevenir gravidez precoce; promover alimentação saudável; e desenvolver uma atividade formativa para a equipe com foco na identificação de sintomas associados a diabetes gestacional.

A integração entre ensino e serviço é importante no sentido de buscar instrumentalizar a prática do profissional médico, de modo a permitir a execução de ações que busquem contribuir com a solução de problemas identificados na comunidade atendida ou na promoção da saúde de grupos específicos.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

MICROINTERVENÇÃO I

CARACTERIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO EM MANAQUIRI (AM)

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), cerca meio de milhões de adolescentes têm o parto realizado no Brasil anualmente. A região nordeste concentra 32% dessa população. Embora no número tenha caído na comparação com a década de 2000, em cerca de 100 mil gestantes por ano, 66% dessas gestantes relatam que a gravidez foi indesejada, sendo necessárias ações voltadas na prevenção desse tipo de gestação. A região norte é a região com maior prevalência de gestantes entre 10 e 19 anos. Aproximadamente 30% das gestações que ocorrem durante a adolescência do Brasil estão localizadas nessa região.

Acredita-se que as unidades básicas de saúde são a principal fonte de informações a respeito de saúde preventiva em pequenas cidades, como é o caso da Manaquiri (AM) e que a orientação a respeito da saúde reprodutiva deve começar antes do início da vida sexual das adolescentes, de modo a fornecer informações e orientações reais a respeito da saúde, que permitam a melhor tomada de decisão pelos jovens.

No entanto, na unidade de saúde de atuação, entre os frequentadores da unidade básica de saúde, aproximadamente 20% estão compreendidos na faixa etária entre 12 e 19 anos e grande parte deles não possui atendimento médico ginecológico ou urológico. As informações a respeito da saúde reprodutivas são obtidas por meio de conversas informais ou sites na internet.

Sendo assim, foi observada a necessidade de oferecer informações baseadas em conhecimento científico que possam orientar os jovens da comunidade a respeito da saúde reprodutiva, o que inclui a capacitação dos profissionais da UBS para a oferta de informações a respeito da gravidez na adolescência.

Portanto, a primeira microintervenção objetivou o desenvolvimento de ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. As ações de caráter preventivo compõem as atribuições das equipes de saúde da família, incluindo a prevenção a gravidez na adolescência.

Pode-se entender a saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo do indivíduo o que inclui também suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade.

É importante salientar ainda que a saúde reprodutiva está relacionada a possibilidade do indivíduo ter uma vida sexual segura e satisfatória, com autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

Desenvolvimento

Para que essas ações fossem executadas, procedeu-se com um processo de planejamento, que ocorreu no âmbito do curso de pós-graduação em saúde da família do PEPSUS. Neste sentido, buscou-se, inicialmente, identificar as demandas da comunidade em relação a intervenções no âmbito da saúde, por meio da análise de prontuários de atendimento e dos dados do DATA-SUS para o município.

Observou-se um crescimento no número de gestantes em idade entre 16 e 21 anos, tornando a temática relevante para o contexto apresentado.

A equipe foi consultada a respeito da viabilidade de apoio a execução do projeto, mas não colaborou durante a construção do problema. Uma vez o problema definido, houve consulta aos profissionais da UBS de modo a buscar envolvê-los no processo de construção e execução do projeto.

O contexto da unidade de saúde tem sido modificado de maneira significativa em função da alta demanda de atendimento a pacientes com COVID-19, de modo que as equipes estão estafadas frente a alta demanda. A adesão da equipe a microintervenções nesse contexto foi prejudicada. Foi realizada uma conversa breve, com duração de 30 minutos, somente para atendimento ao cumprimento da atividade.

Foi desenvolvido um plano operativo no qual foram definidos objetivos a serem cumpridos pela equipe no decorrer dos próximos 30 dias. Como sugestão de uma das enfermeiras, foi aceita a construção de uma agenda de marcação de consultas ginecológicas para as adolescentes cadastradas na unidade de saúde.

Para que haja adesão a consulta médica, semanalmente será realizado contato telefônico de modo a consultar as adolescentes cadastradas a respeito do interesse pela consulta e agendamento. As recepcionistas se tornaram as responsáveis pelo contato e agendamento das consultas.

As atividades foram realizadas na primeira semana, entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2020, com 50 ligações e agendadas 13 consultas de adolescentes para a semana seguinte. O limite de atendimento da ginecologista é de 20 consultas diárias, de modo que 7 consultas do referido dia foram para pacientes em geral.

A partir do dia 18 de dezembro a situação da cidade em relação a pandemia de coronavírus aumentou a demanda por atendimento ambulatorial, reduzindo o engajamento da equipe em outras demandas e dificultando o cumprimento da agenda da ginecologista, de modo que a ação foi pausada.

Considerações finais

Sobre a gestão do plano e sustentabilidade das ações, a atividade será retomada no mês de março, com a continuidade dos agendamentos médicos e avaliação mensal da intervenção com a ginecologista, de modo a verificar se a atividade tem efeitos positivos na melhoria da

comunicação entre a unidade de saúde e as demandas locais a respeito das orientações dos jovens em relação a saúde reprodutiva e gravidez na adolescência.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM MANAQUIRI (AM): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

O reconhecimento da infância e da adolescência, como períodos nos quais o indivíduo está em desenvolvimento e possui peculiaridades, é recente e começou com o fim da Idade Média e com a formação das famílias burguesas, que valorizavam o núcleo familiar em relação à vida social. No Brasil, a legislação em defesa dos direitos dos menores de 18 anos representa um dos sistemas jurídicos mais avançados do mundo. São direitos adquiridos por meio da luta de diferentes setores da sociedade, que consolidaram uma legislação em defesa dos direitos desse público na Constituição de 1988.

No mesmo documento foi indicada a necessidade de construção de um Estatuto que consolidasse tais direitos e determinasse ações de proteção, cuidado, educação e formação dos menores de 18 anos brasileiros. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entrou em vigor no ano de 1992 e traz importantes determinações sobre os direitos das crianças e dos adolescentes, além de indicar as instituições que deverão acompanhar o cumprimento de tais direitos e as punições para aqueles que os lesarem.

Os direitos da criança também estão assegurados pela Convenção dos Direitos das Crianças da ONU, realizada em 1989 e da qual o Brasil é signatário. Tanto a Convenção quanto o ECA determinam que as crianças possuem o direito de participar de todos os processos e ações referentes a sua vida. O Marco Legal da Primeira Infância, de 2016, também corrobora tais documentos.

Entre os direitos das crianças reconhecido juridicamente está o de acesso à saúde e de políticas de saúde específicas para o atendimento as demandas desse público. Entre tais políticas estão aquelas relacionadas a amamentação, pré-natal e alimentação escolar.

De acordo com o que preceitua Araújo et al. (2014) as políticas públicas voltadas para a saúde infantil começaram a ser desenhadas na década de 1920, quando as autoridades brasileiras e as empresas privadas identificaram um grande índice de adoecimento infantil, algo que até então era uma preocupação exclusiva das instituições de caridade.

Até esse período, as crianças recebiam atendimento médico somente quando os pais trabalhavam em alguma indústria e solicitavam que o médico da empresa atendessem os seus filhos. Os proprietários estavam preocupados com a associação entre o adoecimento infantil e o absenteísmo dos seus funcionários, de modo que pressionaram os governos para que comessem a ser construídas políticas de incentivo ao aleitamento materno e proteção infantil.

Foi nesse contexto que, entre as décadas de 1930 e 1940 surgiram programas de proteção a maternidade, construídos pelo então Departamento Nacional da Criança (DNCr), vinculado

ao governo federal. O DNCr foi pioneiro na proposição de políticas voltadas para a saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para que o Brasil estabelecesse metas de redução dos índices de mortalidade infantil (SOUZA; VIEIRA; LIMA, 2019).

De fato a IDPI ajudou na redução dos índices de mortalidade infantil nas regiões norte e nordeste, mas não foi suficiente para que eles atingissem o mesmo nível das outras regiões do país. O Brasil entrou no século XXI com índices de mortalidade infantil de 47,7 para cada 1000 bebês nascidos vivos, uma redução significativa comparada com a década anterior (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1991 foi criado o programa de agentes comunitários de saúde, ampliado para o Programa de Saúde da Família (PSF), ainda na década de 90, vindo a mudar o status de programa para Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, e precedido pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) visando contemplar os princípios que norteiam o SUS quanto ao fortalecimento e consolidação da Atenção Básica (SOUZA; VIEIRA; LIMA, 2019).

É na ESF onde são desenvolvidas as estratégias prioritárias para se ter uma organização da Atenção Primária. Nesse nível de assistência são desenvolvidas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando o atendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade e considerando o contexto em que vive. Em relação as crianças, esses indivíduos são acompanhados em relação aos dados epidemiológicos, prevenção de doenças infecciosas, vacinação e acompanhamento preventivo. Também na década de 1990 foi criado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), voltado para o acompanhamento pós-parto da mãe e do recém-nascido (SOUZA; VIEIRA; LIMA, 2019).

No entanto, a universalização do acesso a tais direitos ainda não é uma realidade no Brasil, considerando a falta de profissionais suficientes para atendimento as crianças em suas especificidades. Na unidade de saúde na qual trabalho, entre os frequentadores da unidade básica de saúde, aproximadamente 15% estão compreendidos na faixa etária entre 0 e 12 anos. No entanto, não existe a oferta de atendimento pediátrico, dificultando a abordagem das especificidades da saúde infantil.

Nessa direção, o segundo relato de microintervenção abordou questões relacionadas com a atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento. Observou-se que a saúde da criança frequentadora da UBS de atuação está diretamente associada a saúde materna. As decisões a respeito da amamentação, do consumo alimentar e da higiene das crianças, que são tomadas pelo responsável, são definidoras de aspectos importantes relacionados a saúde infantil. Por esse motivo, a orientação as mães é uma etapa importante da promoção da saúde das crianças. Nesse contexto, emergiu a problemática: de que modo a UBS pode contribuir com a promoção de hábitos alimentares saudáveis entre crianças atendidas?

Buscou-se, inicialmente, identificar as demandas da comunidade em relação a

intervenções no âmbito da saúde infantil, por meio da conversa informal com os profissionais de saúde atuantes na UBS e com as mães frequentadoras da unidade, durante o atendimento.

Desenvolvimento e conclusões

O sedentarismo e o sobrepeso foram identificados como questões levantadas pelas mães, que geram preocupação em relação aos seus filhos. Na ausência de especialistas que possam atender as mães e tirar dúvidas relacionadas ao tema, é importante que toda a equipe seja multiplicadora do conhecimento a respeito da necessidade de alimentação adequada.

Entre as dificuldades indicadas pelas mães, está a ausência de espaços públicos para oferta de atividades recreativas para as crianças antes da pandemia e, durante a pandemia de coronavírus, a não frequência escolar e o maior tempo em casa geraram um maior consumo alimentar, sobretudo de alimentos ultraprocessados, como biscoitos e bolos industrializados. Ao realizarem todas as refeições em casa, as crianças também criam maiores demandas para as mães, em geral responsáveis pelo preparo das refeições, de modo que estas passam a optar por opções alimentares menos saudáveis, como macarrão instantâneo e embutidos.

Em relação as lactantes, aquelas que são multíparas passaram a ter menos tempo disponível para o aleitamento, na medida em que precisa dedicar um tempo maior aos demais filhos. Nesse contexto, propõe-se a oferta de formação para os profissionais técnicos da UBS, de modo que eles se tornem, junto a aos agentes de saúde, formadores a respeito da necessidade de alimentação saudável entre crianças.

A equipe foi consultada a respeito da viabilidade de apoio a execução do projeto, mas não colaborou durante a construção do problema. Uma vez o problema definido, houve consulta aos profissionais da UBS de modo a buscar envolvê-los no processo de construção e execução do projeto. O contexto da unidade de saúde tem sido modificado de maneira significativa em função da alta demanda de atendimento a pacientes com COVID-19, de modo que as equipes estão estafadas. A adesão da equipe a microintervenções nesse contexto está severamente dificultada. Destaca-se, inclusive, o fato de que a autora deste relato, médica da área, afetada pela COVID-19, escreve essas linhas de uma cama hospitalar. Sendo assim, foi realizada uma conversa breve, com duração de 30 minutos, somente para atendimento ao cumprimento da atividade.

Foi desenvolvido um plano operativo no qual foram definidos objetivos a serem cumpridos pela equipe no decorrer dos próximos seis meses. Foi sugerida a realização de um estudo dirigido, no qual a equipe realizará a análise do documento construído pelo governo de Goiás e que apresenta informações importantes para a compreensão da obesidade infantil e dos efeitos da alimentação na promoção da saúde (GOIÁS, 2016).

Para o estudo dirigido, foi definida a divisão da equipe de recepcionistas e técnicos em dois grupos, que seriam responsáveis pela leitura da cartilha referente a alimentação da criança até dois anos e da cartilha da criança acima de seis anos. Cada grupo faria, posteriormente, uma

apresentação agendada durante o dia de consulta com o ginecologista, com o tempo de 15 minutos antes do atendimento, para as mães atendidas. O projeto foi definido, mas as apresentações ainda não foram agendadas em face da internação da médica responsável em função do agravamento da COVID-19.

A gestão do plano de continuidade será realizada por meio da pesagem das crianças durante a visita à UBS, registrada em prontuário e analisada trimestralmente para que sejam verificadas possíveis alterações no consumo alimentar da população atendida.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

PREVENINDO A DIABETES GESTACIONAL EM MANAQUIRI (AM)

A terceira microintervenção tratou sobre as ações de pré-natal com enfoque em um dos principais problemas: o Diabetes Gestacional (DG). De modo que durante a gravidez ocorrem mudanças importantes no metabolismo materno para criar um ambiente que permita a embriogênese, o crescimento fetal, a maturação e a sobrevivência; de modo que uma reserva nutricional é favorecida no início da gestação para satisfazer o aumento das demandas materno-fetais nos estágios mais avançados da gestação e lactação. Uma gravidez normal é caracterizada por ser um estado diabetogênico, devido ao aumento progressivo das concentrações de glicose pós-prandial e a diminuição da sensibilização das células à insulina nos estágios finais da gestação (PORTELLA, 2014).

DG é definido como qualquer grau de intolerância a hidratos de carbono que começa ou primeiro detectados durante a gravidez de 20 semanas, resultando num estado hiperglicêmico de gravidade variável, no entanto idade e evolução posterior (MORETTI, 2008).

As demandas de Hidrocarbonetos durante a gravidez aumentam para manter as necessidades energéticas do feto, causando uma série de alterações no metabolismo da glicose materna. Os mecanismos envolvidos são o consumo de glicose fetal e gliconeogênese decrescente (anabólica via metabólica que permite a biossíntese da glicose a partir de precursores não hidratos de carbono) de fígado por falta de substratos (BOLOGNANI, 2011).

A gravidez geralmente gera um estado de aumento da resistência à insulina para fornecer um suprimento ininterrupto de nutrientes para o feto. Ao contrário de outros tipos de diabetes (incluindo diabetes de tipo 1 e 2), diabetes gestacional, não é causada por falta de insulina, mas por efeitos de bloqueio placentário de hormônios e insulina produzida, o que geralmente ocorre a partir de 20 semanas de gestação, quando a placenta começa a funcionar adequadamente. Os hormônios que atuam, principalmente nessa resistência, são os hormônios lactogênico placentário (HLP) e os esteroides placentários (estrogênio e progesterona). A resposta normal a esta situação é um aumento na secreção de insulina; quando isso não acontece, ocorre a DG (MORETTI, 2008).

Isso induz um aumento nos valores de glicose e ácidos graxos livres maternos. Estes são transportados livremente através da placenta, por difusão facilitada, que, juntamente com o decréscimo na sensibilidade à insulina materna, aumenta a disponibilidade de nutrientes para o feto, o que aumenta o risco de crescimento excessivo e aumento da adiposidade.

Além disso, o excesso de insulina na circulação fetal pode retardar a maturação pulmonar associada principalmente à baixa produção de surfactante, o que leva à síndrome do desconforto respiratório ou à doença da membrana hialina. Devido à diminuição da utilização da glicose, aumentando a resistência à insulina no fim da gestação, a oxidação de lípidos é promovida, aumentando a concentração de ácidos graxos livres e os corpos cetônicos. O

aumento na concentração de corpos cetônicos durante a gravidez parece afetar o desenvolvimento intelectual dos recém-nascidos (BOLOGNANI, 2011).

Geralmente não há sintomas ou estes são leves e não são fatais para a mulher grávida. Os sintomas podem incluir: visão turva; Fadiga Infecções frequentes, incluindo as da bexiga, vagina e pele; Aumento da sede; Aumento da micção; Náusea e vômito; Perda de peso, apesar de um aumento no apetite.

De acordo com Moretti (2018), as mulheres que correm mais risco de diabetes gestacional são: Mulheres com mais de 25 anos têm maior probabilidade de desenvolver diabetes gestacional; História familiar de diabetes; Diabetes gestacional em uma gravidez anterior, ou quando os níveis de açúcar no sangue são ligeiramente elevados antes de engravidar; Excesso de peso (índice de massa corporal > 30); Presença de Hipertensão Arterial; Presença de síndrome do ovário policístico.

Entre os fatores de risco associados à evolução do diabetes mellitus gestacional estão sobrepeso, multiparidade, história de morte, malformações genéticas, história de intolerância à glicose, ganho de peso materno superior a 20 kg na atual gravidez, história de condições obstétricas graves, obesidade, etnia ou raça, idade materna, história de diabetes mellitus (linha direta), glicosúria, macrossomia prévia, polidrâmnio anterior, diabetes gestacional e abortos anteriores.

Observa-se que é necessário, com isso instrumentalizar enfermeiras e técnicas de enfermagem na identificação de sintomas associados a diabetes gestacional em pacientes gestantes que buscam atendimento na UBS. É importante que as profissionais sejam capazes de identificar sintomas de diabetes gestacional na triagem do paciente.

O processo de planejamento dessas ações foi realizado por meio de reunião entre a médica e as profissionais da UBS, realizada através da plataforma de reuniões teams. A reunião precisou ser realizada de maneira remota em consequência da internação da médica, vítima de COVID-19, que ainda está em internação. Com base nas recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, foi proposta a construção de um quadro de referência para o processo de triagem, que continha:

Glicemia Capilar Valores: Antes do café da manhã 60-90mg / dl; Antes de outras refeições 60-105mg / dl; 1 hora após as refeições <140mg / dl; 2 horas após as refeições <120mg / dl; 2:00 às 04:00 > 60mg / dl; A1c hemoglobina glicosilada; (DPG)* <6%. Baseado em López (2016).

Acredita-se que o quadro contribuirá com a rápida identificação de possíveis anormalidades relacionadas a insulina, bem como o melhor direcionamento da paciente. O processo de avaliação será realizado por meio da análise da identificação da prevalência da diabetes gestacional entre as pacientes gestantes atendidas na UBS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas microintervenções tiveram enfoque na promoção da saúde reprodutiva, através da prevenção da gestação precoce, orientação a respeito da alimentação materno-infantil e cuidados com a saúde da gestante. Estas propostas se alinham com o eixo de saúde da mulher.

Na UBS onde as ações foram executadas a oferta de especialistas é escassa e muitas mulheres não têm acesso a todos os exames e profissionais necessários para o tratamento e prevenção de doenças que atingem esse público.

No caso das gestantes, essa oferta é reduzida na medida em que o atendimento ginecológico é realizado sazonalmente. Esse contexto afeta os índices de mortalidade de nascituros e dificultam a identificação de doenças que podem afetar a saúde da gestantes.

Embora as microintervenções não tenham sido executadas de maneira efetiva, elas se constituem um horizonte para o planejamento das ações da unidade, que neste momento busca atender a uma demanda urgente associada a um grande número de vítimas da COVID-19 que vão diariamente buscar atendimento médico. A unidade tem, ainda, o problema de estar sob cuidados de um médico provisório, tendo em vista que a médica responsável ainda está internada em consequência da recuperação dos agravos provocados pela COVID-19, que a levaram ao coma induzido pelo período de 7 dias.

Tal cenário também faz emergir um questionamento a respeito de como se pensar em medicina preventiva em tempos tão adversos, nos quais os profissionais de saúde lutam para salvar vidas em sacrifício de suas próprias existências.

Embora a execução dos projetos propostos esteja pausada, acredita-se que ela é o desenho de um horizonte no qual a equipe da UBS buscará se qualificar de maneira mais eficiente para o atendimento à população feminina atendida. Com isso, a experiência formativa se mostrou profícua, na medida em que no dia a dia muitas vezes não temos condições de pensar para além do que vemos em nossa rotina.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n. 6, p. 1000-7, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

BOLOGNANI C. V., SOUZA S. S., CALDERON I. M. P. Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos, **Com. Ciências Saúde**, v. 22, Sup 1, p. 31-42, 2011 Brasília DF, 2011.

BRASIL. Gravidez na adolescência. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20na%20adolescencia.pdf>. Acesso em 01 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015**. 2015. Disponível em <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso em janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 21, n. 09, 2016.

GAERTNER, F. et al. Procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de diabetes mellitus tipo I e tipo II. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, p. 44-53, 2014. Disponível em:<https://scholar.google.com.br/scholar?start=10&q=aten%C3%A7ao+farmacologica+diabetes&hl=ptBR&as_sdt=0,5&as_ylo=2013&as_yhi=2014>. Acesso em: 24 de fev. de 2021.

GRILLO, M. F. F. et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da associação médica brasileira**, v. 59, n. 4, p. 400-405, 2013.

GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1, p. 37-48, 2009.

LAÍIS, N. B. M.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 03, Mar, 2014. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.10902013>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2021.

LÓPEZ, Gloria. Tratamiento de la diabetes en el embarazo: ¿ Algo nuevo?. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 27, n. 2, p. 257-265, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300141>>. Acesso em 20 de

dez. de 2021.

MACK, Lynn R.; TOMICH, Paul G. Gestational diabetes: diagnosis, classification, and clinical care. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 44, n. 2, p. 207-217, 2017. Disponível em: <http://gynecology.sbmu.ac.ir/uploads/4_5879832162621981149.pdf#page=131>. Acesso em 08 de jan. de 2021.

MORETTI M. E., REZVANI M., KOREN G. Safety of glyburide for gestational diabetes: a meta-analysis of pregnancy outcomes. **Ann Pharmacother**, v. 42, n. 4, p. 483-90, 2008.

OLIVEIRA, A. O. T. et al. Atenção farmacêutica voltada ao diabetes mellitus. **Rev Ciênc Farm.[Internet]**, v. 25, n. 1, p. 59-64, 2014. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Artigo%20diabetes%201.pdf>>. Acesso em: 24 de fev. de 2020

PORTELLA, E.G.; BGEKINSKI, R.; KRUEL, L.F.M. Treinamento aeróbico e de força no tratamento do diabetes gestacional: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n. 4, p. 400- 409, 2014.

SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 312-318, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)**. 2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em 20 de dez. de 2021.

SOUZA, Renilson Rehem de, VIEIRA, Martha Gonçalves e LIMA, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, . v. 24, n. 6 pp. 2075-2084, 2019.

WHO. World Health Organization. Fact sheet on family planning. **Family planning**. Ficha NFact sheet N°351. Abril 22011b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/index.html>> Acesso em 15 fevereiro 2021.

ZUBIOLI, A. et al. Desenvolvimento de um Modelo de Consulta Farmacêutica para Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Diabéticos Tipo 2. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, v. 4, n. 3, p. 14-27, 2012.