



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

ADAPTAÇÕES CONSTRUTIVAS NAS TEMÁTICAS DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA, ROTINA DE PUERICULTURA E DIABETES MELLITUS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA V LINO DE SOUSA NO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DOS ÍNDIOS-PB

ANTONIO JOSE PEDROSA FORMIGA

NATAL/RN
2021

ADAPTAÇÕES CONSTRUTIVAS NAS TEMÁTICAS DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA, ROTINA DE PUERICULTURA E DIABETES MELLITUS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA V LINO DE SOUSA NO MUNICÍPIO DE
CACHOEIRA DOS ÍNDIOS-PB

ANTONIO JOSE PEDROSA FORMIGA

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: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus pela presença constante em minha vida, guiando os meus passos e conduzindo-me ao melhor caminho. Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Jonathan Lino dos Santos, pela sua disponibilidade e dedicação na orientação do meu trabalho. A minha família, meu suporte e conforto em todos os momentos. A minha Equipe de Saúde da Família V Lino de Sousa. Enfim, a todos que me ajudaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

Dedico este trabalho à Deus, pela força e coragem que não me deixou desistir. À minha mãe que foi minha base e permitiu que eu chegasse até aqui, fez com que a Graduação se tornasse um sonho possível e não mediu esforços para isso. Ao meu orientador que me deu todo suporte com paciência me impulsionando à realização disto e confiou seu tempo à mim e à todos que compõe a unidade Básica de Saúe da Família V Lino de Sousa, da cidade de Cachoeira dos Índios-PB que me passaram sua sabedoria, ensinamentos e dividiram comigo suas experiências.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Gravidez na Adolescência, a Puericultura e a Diabetes Mellitus é rotineiramente frequente em ambientes da atenção primária, na qual inúmeras vezes são negligenciados ou atendimentos de forma inadequada. A gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco, assim como a puericultura não é vista por muitos profissionais e familiares como importante monitoramento do recém-nascido e nas rotinas da Unidades Básicas de Saúde, os pacientes diabéticos não são acompanhados corretamente e mensalmente. As consultas realizadas diariamente na unidade de saúde, são momentos que podem gerar incertezas e falhas que põem em risco a saúde individual e coletiva.**OBJETIVO:** Identificar as falhas na abordagem dos atendimentos para os adolescentes, menores de um ano e os portadores de Diabetes Mellitus. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, descritiva, observatória com base documental dos prontuários. A coleta de dados foi realizada em documentos armazenados no banco de dados da UBS V Lino de Sousa. Foram selecionados prontuários aleatórios, de acordo por microárea, nos períodos de outubro, novembro e dezembro de 2020. **RESULTADOS:** O resultado da pesquisa está descrito na trabalho de conclusão de pesquisa (TCC) que representa as dificuldades em seguimento dos protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, na temática sobre adolescentes, lactentes e portadores de Diabetes Mellitus; falta de capacitação técnica permanente na abordagem desse público; **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as microintervenções adotadas no consultório médico apresentaram resultados positivos no público estudado, com mudanças de hábitos e rotinas no cronograma adotado pela UBS V Lino de Sousa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	MICROINTERVENÇÕES	13
2.1	MICROINTERVENÇÃO	01
	13
2.2	MICROINTERVENÇÃO 02.....	16
2.3	MICROINTERVENÇÃO	
03	20
3	CONSIDERAÇÕES	
FINAIS	20
4	REFERÊNCIAS	
	212
		BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida em que diversas transformações sociopsicológicas e anato-metabólicas acontecem apresentando mudança biológica, de comportamento, de aprendizagem e de socialização. Dentre os resultados dessas mudanças vem a construção da personalidade influenciada pela cultura, pela educação, pelas relações e atitudes de cada adolescente, que tenta, de alguma forma, se mostrar na sociedade com manifestações pelos interesses e formação de grupos que determinam a posição do jovem. Hoje, o Brasil tem 53,7 milhões de adolescentes com idade entre 12 e 17 anos e a taxa de evasão escolar no Brasil é a terceira maior do mundo: em média, 24,1% dos alunos não concluem o Ensino Fundamental até os 16 anos. As principais causas de evasão escolar incluem a violência e a gravidez na adolescência (UNICEF, 2018). Deparamos com uma elevação no percentual de crianças nascidas de mães adolescentes no município de Cachoeira dos Índios-PB desde 2009 que era de 22,1% passando para 29,3% em 2018.

O cenário é preocupante, visto que na maioria dos casos, as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade. A gravidez na adolescência é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido a sua magnitude e amplitude, e principalmente pelos problemas decorrentes do mesmo, onde se destaca o abandono escolar e o risco durante a gravidez (Ximenes Neto et al., 2007).

A consulta de puericultura surgiu como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) voltada para os cuidados preventivos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação integral à saúde da criança, bem como orientações à mãe, família ou cuidador sobre os cuidados com a criança. Além disso, tem se mostrado significativo na avaliação acompanhamento do menor, na alimentação, higiene, vacinação, estimulação, informações as mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene bucal e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos (BRASIL, 2014). Considerada como fundamental no acompanhamento e desenvolvimento da criança, a consulta de puericultura deve seguir o protocolo do Ministério da Saúde, para garantir um acompanhamento organizado, promovendo ações e resultados satisfatórios para o cuidado da criança.

O médico generalista, detém a importante missão de compreender a realidade social. Através destas consultas o médico pode resgatar a importância de cuidar e educar o cliente e sua família por meio de uma assistência sistematizada que vise à promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos. Assim, o clínico geral que realiza a puericultura deve possuir conhecimento da realidade da área em que está atuando, saber identificar os problemas de sua área de abrangência e elaborar o planejamento local, executando as ações de forma lógica e resolutiva, visando boa relação com o usuário e a família e prestando

assistência de forma integral. Diante deste contexto e por perceber a importância da realização da puericultura na comunidade da UBS V Lino de Sousa na cidade de Cachoeira dos Índios-PB, tracei como objetivo geral conhecer as concepções e práticas do profissional no desenvolvimento da puericultura na UBS V Lino de Sousa na cidade de Cachoeira dos Índios-PB.

Se fez importante o estudo sobre o Diabetes Mellitus na área de atuação da UBS V Lino de Sousa, na cidade de Cachoeira dos Índios-PB, por se tratar de uma preocupação devido à alta prevalência. No mundo, estima-se em torno 422 milhões (8,5% da população mundial), pela morbidade relacionada a ela e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016c; MENDES et al, 2011). Estima-se que no ano de 2012, o DM foi causa direta de morte de 1,5 milhões de pessoas e que 2,2 milhões de mortes atribuíveis à hiperglicemia, chegando a ser, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), a 7ª causa de mortalidade em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). No Brasil, em 2016, 7% do total de mortes estavam relacionadas ao Diabetes Melitus, sendo responsável pela morte de 29.900 pessoas, com idade entre 30 e 69 anos. Estima-se que, no país, 8,1% da população, encontra se com DM, sendo tal agravo mais prevalente nas mulheres (8,8% contra 7,4% nos homens) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a). O Diabetes Melitus não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a).

A atuação do profissional médico na Atenção Básica de Saúde tem por finalidades diagnosticar a doença, para posteriormente permitir o monitoramento dos pacientes diabéticos ou aqueles com risco de desenvolver a doença. Logo, objetiva gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema de cadastramento de pacientes diabéticos está integrado ao cartão nacional, o que garante a identificação dos usuários do SUS do número do Cartão Nacional da Saúde - CNS (SORATTO et al., 2015). Assim, o cadastro dos pacientes diabéticos ocorre, atualmente, por meio do eSUS Atenção Básica (e-SUS AB), criado pelo Departamento de Atenção Básica, objetivando uniformizar o atendimento à população, de modo a ampliar a qualidade no atendimento à população e informatizar as ações do SUS (DATASUS, 2018).

O Diabetes Melitus é uma doença crônica, apontada como principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade a nível mundial, sendo assim, o objetivo da ABS diante desta comorbidade é garantir a frequência das consultas, evitar as desmarcações sucessivas de consultas que ocorria na UBS V Lino de Sousa, Cachoeira dos Índios-PB, diminuir o intervalo entre as consultas de controle, prevenção, diagnóstico e terapêutica mais precoce possível, com vistas a evitar complicações. Ainda, pauta-se em aumentar o acesso aos cuidados e orientações

complementares à terapêutica, evitar o uso incorreto de medicamentos pelos pacientes, criar banco de dados fiel de pesquisa, criar uma rotina maior de responsabilização e fidelização dos pacientes (FARIA et al., 2013).

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

INTRODUÇÃO

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na sua inserção sociocultural e deve buscar trabalhar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades desse ter uma vida saudável. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL,2006b). Visando a operacionalização da Atenção Básica, definem-se como uma das áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a saúde da criança e do adolescente e a saúde da mulher (BRASIL, 2006 b). Nesse contexto, analisando a complexidade psico-socio-econômica vivenciada por jovens na minha área de atuação, como médico da Estratégia Saúde da Família, gerou várias indagações de como contribuir para minimizar a ocorrência de gestações durante essa fase importante na vida de todas as pessoas. Os adolescentes, neste período de vida considerado de transição, passam por dificuldades relativas ao seu crescimento físico e amadurecimento psicológico, sexualidade, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso e/ou abuso de drogas, inserção no mercado de trabalho e que na realidade da cidade de Cachoeira dos Índios-PB, se mostra diferente nas estatísticas estadual e federal. Para abranger todas essas questões, uma diversidade de ações conjuntas são necessárias para promover seu desenvolvimento na sociedade e atender suas necessidades de educação, saúde, moradia, esporte e lazer, cultura e participação na comunidade, tanto no sentido da prevenção, como da assistência afim de minimizar esses índices gestacionais nesse público.

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas e culturais, quanto à raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual (BRASIL, 2006a). A gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes. Com base nos atos normativos que garantem a atenção à saúde dos adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e compreendendo o papel que a atenção básica ocupa na garantia desse cuidado, destaca-se a importância das ESF incorporarem no planejamento das ações de saúde, as de prevenção à gravidez na adolescência. Com isso, este estudo propõe identificar, registrar e executar práticas mencionadas na literatura

existentes, adaptando a realidade da minha área de atuação na cidade de Cachoeira dos Índios-PB, ações que podem ser desenvolvidas por nossa equipe de saúde, de forma a prevenir a gravidez na adolescência.

A partir do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da UBS V Lino de Sousa, Cachoeira dos Índios-PB e do quantitativo de gestantes adolescentes grávidas identificadas durante dois meses de 2020, justifica-se a elaboração deste estudo, tanto para executar práticas exitosas como contribuir para estratégias futuras que a equipe de saúde possa implementar. Por outro lado sabe-se que os adolescentes pouco buscam as UBS para solução de seus problemas de saúde e ainda o serviço não oferece nenhuma atividade de promoção e prevenção que seja estimulante à participação dos adolescentes. Não é surpresa as adolescentes chegam à UBS com seu estado gestacional bastante avançado. Dessa forma, traçamos como **objetivos** a elaboração de um plano de intervenção, visando a redução do índice de gravidez na adolescência a nível local da Estratégia Saúde da Família. O foco deste plano de ação foi definido através da realização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual houve a participação de adolescentes, profissionais, agentes de saúde e comunidade. O Planejamento Estratégico Situacional (PES), por Matus (1993), o referido método tem como proposta o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. E assim foram definidos os problemas, realizando sua priorização, descrição e explicação.

METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional realizado como atividade na disciplina acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, escolhi trabalhar com a gravidez na adolescência por ser um problema relevante na comunidade onde atuo. No período de novembro e dezembro de 2020, foram cadastradas 17 gestantes na Unidade Básica de Saúde da Família V Lino de Sousa, Cachoeira dos Índios-PB e dentre estas 8 eram menores de 19 anos, segundo dados de registro dos prontuários da equipe de saúde.

Dessa forma, realizamos grupos de adolescentes grávidas recém cadastradas, em participação com os demais profissionais de saúde, dividimos em 4 reuniões semanais para debatermos sobre as condicionalidades vivenciadas por cada uma delas, e abordamos temas como menarca, primeira relação sexual, uso de métodos contraceptivos, perspectivas para futuro, apoio familiar e do companheiro e fatores socio-economicos. Sendo assim, elancamos alguns pontos que serviram de importante conteúdo para a elaboração de um Plano de Intervenção para políticas públicas locais para o enfrentamento da Gravidez na Adolescência.

RESULTADOS ALCANÇADOS

1. NÍVEL DE CONHECIMENTO

O nível de conhecimento dos adolescentes acerca das consequências inerentes à gravidez na adolescência percebe-se ser muito baixo. Os jovens não conheciam complicações como

abortamentos espontâneos, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal, parto por cesárea, depressão pós-parto, morte materna e/ou perinatal, falta de apoio familiar ou problemas do desenvolvimento futuro da criança. Sobre o conhecimento dos métodos anticoncepcionais, as adolescentes afirmaram ter conhecimento em relação ao preservativo como método contraceptivo principal, no entanto os outros métodos contraceptivos não se faz presente no público adolescente.

2. PRIMEIRO ATO SEXUAL

As adolescentes, em sua maioria, nos relataram que a primeira relação sexual ocorreu por volta de 12 a 14 anos de idade.

3. EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS ESCOLAS

Foi questionado sobre o papel das escolas públicas e privadas sobre a abordagem sobre gravidez na adolescência e se trabalhavam esse tema anualmente. Para tal questionamento, informaram que não se debatia sobre esse assunto nas salas de aula e que a percepção das adolescentes sobre sexualidade vinha das amigas e internet.

4. AMBIENTE FAMILIAR

Nos foi relatado, quanto questionado sobre o papel da família sobre sexualidade, que 100% das adolescentes mencionaram que não possuía essa preocupação intrafamiliar sobre relação sexual e o uso de métodos contraceptivos. Observa-se que esse tabu é muito presente no ambiente familiar.

5. ACESSO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

As adolescentes que não tem acesso fácil aos métodos contraceptivos, visto que não detêm de poder econômico para comprar os insumos, como também se sentem inibidas de se dirigir ao posto de saúde mais próximo, por muitas vezes os funcionários serem familiares ou amigos de seus entes mais próximos.

CONTINUIDADE/INTERVENÇÕES DAS AÇÕES SAÚDE COMO PONTOS FUNDAMENTAIS PARA MINIMIZAR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.

1. Discutir com os adolescentes o que eles entendem de sexualidade, sobre o funcionamento e as modificações corporais e psicológicas ocorridas na adolescência. Trabalhar com a adoção de atividades lúdicas para que haja uma melhor fixação dos temas trabalhados. Realizar palestras educativas, dramatizações, leitura comentada, rodas de conversas e filmes em ambiente escolar. Fazer uma roda de conversa para discutir sobre início precoce da atividade sexual.

2. Elevar o nível de Informação sobre o uso de métodos anticoncepcionais e baixa adesão ao uso anticoncepcional.

Criar pequenos grupos de adolescentes. Informar, conscientizar sobre os riscos da gravidez na adolescência e o uso de contraceptivos. Discutir sobre o uso de preservativos para evitar as

DST. Discutir com os adolescentes os principais métodos anticoncepcionais e forma de uso levando em consideração suas dúvidas e porquês de não usar.

3. -Discutir com a equipe sobre quais problemas estão ocorrendo, e o nível de satisfação da equipe para tentar organizar o processo de trabalho para implementar rotina terapêutica para jovens adolescentes. Discutir as funções de cada profissional e a importância do trabalho de equipe na abordagem como adolescentes. Capacitar a equipe para acolher as (os) grávidas ou não. Acolher as demandas dos/das adolescentes e jovens de modo a apoiá-los no processo de tomada de decisão. Promover atividades em grupo com as famílias dos adolescentes e jovens com vistas a desenvolver a integração intergeracional fortalecendo o diálogo, a troca de experiência, entre outros, de acordo com as necessidades do grupo e dos indicadores epidemiológicos do território.

4. Reflexão em avaliar a extensão e o impacto das consequências da gravidez. Discutir com as gestantes adolescentes quais são suas expectativas, realidades e quais alterações irão sofrer e conviver. Resultados esperados Esclarecimento e orientação sobre as mudanças durante e após a gestação. Escutar acolher e compartilhar as expectativas geradas pela nova etapa da vida.

5. Disponibilizar canais discretos e práticas de fornecimento de preservativos, panfletos e informes sobre comportamento de riscos, DST's e gravidez na adolescência.

Portanto, espera-se com esse plano de intervenção garantir melhoria da assistência, o apoiar e orientar às gestantes adolescentes. Toda a comunidade deve se conscientizar que a gravidez precoce envolve uma responsabilidade psicológica, social e afetiva e as adolescentes que na fase de amadurecimento, pode sofrer as consequências psicológicas: depressão, baixa autoestima, falta de expectativas frente ao futuro aquelas que estavam estudando ou trabalhando deixam os estudos ou acabam abandonando o trabalho, e a falta de apoio familiar. Por outro lado, podem ocorrer prematuridade, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intraparto e um alto índice de cesarianas entre as parturientes. Com esse plano de ação aplicado, espera-se também reduzir os casos de gravidez na adolescência, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas para também diminuir a população vulnerável e por fim garantir atendimentos de qualidade, além de aumentar a qualidade de vida. É muito importante que tenha uma rede social para apoiar essa categoria de adolescentes, podendo minimizar tais problemas enfrentados na gestação.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio como uma transformação do modelo assistencial, dando suporte ao processo saúde-doença. Justifica-se pela necessidade de substituição do padrão de assistência historicamente centrado na doença e no cuidado médico e individualizado, pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2012). Frente a estas mudanças, a consulta de puericultura surgiu como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) voltada para os cuidados preventivos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação integral à saúde da criança, bem como orientações à mãe, família ou cuidador sobre os cuidados com a criança. Além disso, tem se mostrado significativo na avaliação acompanhamento do menor, na alimentação, higiene, vacinação, estimulação, informações as mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene bucal e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos (BRASIL, 2014). Considerada como fundamental no acompanhamento e desenvolvimento da criança, a consulta de puericultura deve seguir o protocolo do Ministério da Saúde, para garantir um acompanhamento organizado, promovendo ações e resultados satisfatórios para o cuidado da criança.

O médico generalista, detém a importante missão de compreender a realidade social. Através destas consultas o médico pode resgatar a importância de cuidar e educar o cliente e sua família por meio de uma assistência sistematizada que vise à promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos. Assim, o clínico geral que realiza a puericultura deve possuir conhecimento da realidade da área em que está atuando, saber identificar os problemas de sua área de abrangência e elaborar o planejamento local, executando as ações de forma lógica e resolutiva, visando boa relação com o usuário e a família e prestando assistência de forma integral. Diante deste contexto e por perceber a importância da realização da puericultura na comunidade da UBS V Lino de Sousa na cidade de Cachoeira dos Índios-PB, tracei como objetivo geral conhecer as concepções e práticas do profissional no desenvolvimento da puericultura na UBS V Lino de Sousa na cidade de Cachoeira dos Índios-PB. A puericultura é um programa de atendimento a criança onde se assiste a criança por completo, por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças, redução de adoecimento e agravos, avaliando o estado físico, sociais e psíquicos da criança. (MARTINIANO, et al. 2013).

Segundo Ribeiro et al. (2013), a puericultura é um programa de atenção básica do SUS, com o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança através de um conjunto de técnicas e ações, promovendo e proporcionando a criança cuidados, contribuindo na redução da morbidade e mortalidade infantil. O MS preconiza que a puericultura consiste em uma consulta de avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos. Assim em todas as

consultas de rotina, o profissional de saúde deve avaliar e orientar sobre: peso, altura, alimentação da criança, medidas antropométricas como, Perímetro Cefálico (PC), Perímetro Torácico (PT) e Perímetro Abdominal (PA), vacinas, e crescimento, desenvolvimento e acompanhamento em gráfico na caderneta da criança, prevenção de acidentes, identificação ou riscos para a saúde, e outros cuidados para uma boa saúde realizando consultas mensais (BRASIL, 2012).

A dinâmica do médico na ESF em relação à puericultura possui ações específicas, existindo a necessidade da orientação da mãe, família ou cuidador sobre os cuidados à criança como a alimentação, higiene, prevenção de doenças, registro de todos os procedimentos no cartão da criança (documento único para cada criança), dentre outros (LIMA et al., 2013). De acordo com Moreira e Gaíva Mam (2017) é de muita importância que o médico conheça bem e possua um vínculo com a família da criança para realização da puericultura, pois, este elo desempenha papel importante na qualidade de vida da criança. Vale avaliar neste atendimento os recursos da família e as necessidades para manutenção da saúde da criança, desta maneira, o médico conhecendo o contexto socioeconômico, cultural e ambiental, bem como a estrutura e os relacionamentos familiares da criança. Para as consultas de puericultura, o Ministério da Saúde estabeleceu um calendário mínimo de consultas: até 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos. O segmento desse calendário e o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança (BRASIL, 2012). Sendo assim, a medicina deve se atentar às modificações em relação aos riscos identificados ao nascer e alterações durante seu crescimento, além de fatores que contribuem na produção da saúde ou da doença da criança. Deste modo, deve-se ter em vista sempre a promoção de uma assistência integral para a criança, a partir da identificação dos fatores de risco que possibilita definir grupos mais vulneráveis e a prática por ações específicas como excluir ou amenizar os riscos (RIBEIRO et al., 2013).

A consulta de puericultura tem sido um dos programas mais importantes na Equipes de Saúde da Família, que tem como finalidade o acompanhamento centrado ao cuidado a criança, resultando na redução de doenças infecciosas, desnutrição, obesidade e a mortalidade infantil, fazendo com que haja um aumento significativo em crianças mais saudáveis e tornando melhor a qualidade de vida das crianças e de seus familiares.

Traçamos como objetivo principal revisar a literatura médica sobre puericultura, destacando o trabalho do médico da atenção básica no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil. Assim como no objetivo específicos implementar uma rotina de puericultura dentro da equipe afim de alavancar a qualidade do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família V Lino de Sousa, na cidade de Cachoeira dos Índios-PB. Gostaria de destacar a experiência vivenciada por nossa UBS V Lino de Sousa, em Cachoeira dos Índios-

PB, a consulta compartilhada com a enfermeira e a odontóloga de nossa unidade nos dias de puericultura, na qual se mostrou como um instrumento potente de trabalho, podendo ser desenvolvido pelos mais variados profissionais habilitados, corroborando para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais, com vistas para uma clínica ampliada. Em que a Clínica ampliada, possibilita interação de várias abordagens que viabilizam o manejo eficaz da complexidade do trabalho multiprofissional. Assim sendo, uma assistência de caráter multidisciplinar é primordial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promovendo uma abordagem ampliada e ações de saúde compartilhadas, trabalhando a humanização, a integralização das práticas dos serviços de saúde, considerando a individualidade e a etapa de vida que se encontra. O presente estudo objetiva relatar a experiência e as potencialidades da consulta compartilhada entre o médico, a enfermagem e a odontologia que integra a equipe Multiprofissional em Unidade de Saúde da Família V Lino de Sousa.

METODOLOGIA

A partir baixa adesão e comparecimento da Puericultura na UBS V Lino de Sousa, escolhi abordar a investigação das causas para essa problemática na comunidade onde atuo. Inicialmente dedicamos horas de estudos na literatura vigente, principalmente MEDLINE, LILACS e SciELO, onde artigos, teses e monografias foram consultadas e verificadas a fim de compreender sobre puericultura, suas fases, suas características, sua importância e a prática dela nos consultórios da atenção básica. Posteriormente, no período de novembro e dezembro de 2020, tiveram nascidos vivos 9 crianças em nossa área de atuação em Cachoeira dos Índios-PB segundo dados de registro dos prontuários da equipe de saúde.

Vale salientar a importância do modelo de consulta de puericultura compartilhado sendo recebido com agrado pelos usuários de nossa área de atuação, o qual entendia esse espaço como proveitoso que respondia com mais satisfação suas necessidades, e que sempre que necessário outros profissionais eram integrados nas consultas, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o fisioterapeuta e o nutricionista, em que alguns temas sucedeu o matriciamento da equipe. Com a realização da consulta compartilhada e uma maior interação com os profissionais, os mesmos começaram a discutir uma melhor forma de atendimento integral, com otimização do tempo e espaço pois, ainda se observava uma agenda extensa, de marcação a longo prazo.

Em discussão com a equipe, devido a realidade do território iniciou-se uma proposta de Consulta em Grupo, para se instalar foi realizado um levantamento na literatura sobre o assunto, levando em consideração dados e experiências para formação de Grupo para atendimento em Puericultura. O trabalho de grupos na Atenção Básica, é uma opção de educação em saúde que colabora com o desenvolvimento e aprimoramento de todos, mediante

o reconhecimento e valorização dos saberes diversos, através da interação e troca de experiência, proporcionando intervir de forma criativa no processo saúde/doença.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) pode ser definido como um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, devido a defeitos na secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O Diabetes Mellitus encontra-se dentro do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e que são de longa duração e podem levar a complicações com graus variáveis de incapacidade ou morte (BRASIL, 2014c; CAMPOS e RODRIGUES, 2009). Os principais sintomas do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os chamados “4 Ps”). Além desses sintomas, os indivíduos podem apresentar outros, como fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição; mas, em boa parte dos casos, a doença evolui sem sintomas (BRASIL, 2006a).

Como critérios de diagnóstico do DM, além da avaliação clínica, são adotados os pontos de corte de glicose plasmática, que classificam com DM as pessoas que apresentam glicemia de jejum (≥ 126 mg/dl) ou teste de tolerância à glicose (≥ 200 mg/dl) ou glicemia casual (≥ 200 mg/dl), esta quando associada a poliúria, polidipsia e polifagia (BRASIL, 2013a). Pessoas com DM devem ser orientadas sobre a importância da adoção de medidas de mudança no estilo de vida (MEV) e estimuladas a manter hábitos de vida saudáveis, como ter uma alimentação adequada, praticar atividade física regular, evitar o fumo e uso excessivo de bebidas alcoólicas, bem como estabelecer metas para controle do peso, independente da necessidade ou não de incluir terapia medicamentosa com hipoglicemiantes orais e/ou insulina (BRASIL, 2013a).

Existe uma preocupação em torno do DM devido à alta prevalência no mundo, estimada em 422 milhões (8,5% da população mundial), pela morbidade relacionada a ela e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016c; MENDES et al, 2011). Estima-se que no ano de 2012, o DM foi causa direta de morte de 1,5 milhões de pessoas e que 2,2 milhões de mortes atribuíveis à hiperglicemia, chegando a ser, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), a 7ª causa de mortalidade em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). No Brasil, em 2016, 7% do total de mortes estavam relacionadas ao Diabetes Mellitus, sendo responsável pela morte de 29.900 pessoas, com idade entre 30 e 69 anos. Estima-se que, no país, 8,1% da população, encontrasse com DM, sendo tal agravo mais prevalente nas mulheres (8,8% contra 7,4% nos homens) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a). O Diabetes Mellitus não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a).

Essas complicações podem trazer danos à funcionalidade das pessoas que apresentam a doença, aumento de gasto com sua própria saúde, dificuldade e/ou afastamento de atividade laborativa, trazendo implicações diretas e indiretas na qualidade de vida das pessoas acometidas com DM e seu núcleo familiar. Para além da sua dimensão epidemiológica, o tratamento do Diabetes Melitus tem um impacto muito grande no orçamento público. Segundo a International Diabetes Federation (2015), estima-se que 12% do gasto público com saúde estão relacionados com o tratamento da doença ou das complicações associadas a ela, com previsão de ser ainda maior com o esperado crescimento populacional nos países de média e baixa renda, aumento da urbanização e mudanças no estilo de vida. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o gasto nacional relativo a procedimentos hospitalares no tratamento do DM no mês de dezembro de 2016 foi de R\$ 864.653.655,46, considerado alto, uma vez que o Diabetes Melitus é um agravo passível de tratamento e acompanhamento no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2016a).

Partindo dessas dimensões epidemiológica, social e econômica do Diabetes Melitus, a nível local de territorialização da UBS V Lino de Sousa, na cidade Cachoeira dos Índios-PB, traçamos como objetivo geral elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento aos pacientes diabéticos de forma regular e como objetivos específicos desenvolver ações que fomentem mudanças de estilo de vida do paciente e mudança na rotina da unidade da saúde com a presença mais efetiva dos pacientes diabéticos, aumento do nível de conhecimento sobre o DM pela população, visando o controle adequado dos níveis glicêmicos através de agenda programada e utilização de protocolos seguindo a linha guia como referência.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado em três etapas, a primeira, ocorreu durante o módulo de planejamento, quando foi determinada a situação problema para este TCC, na segunda foi feita uma revisão narrativa de literatura para subsidiar o projeto de intervenção (ou plano de ação) e na terceira o mesmo foi elaborado/aplicado em reuniões de equipe, reunião com agentes comunitários de saúde, criação de grupos terapêuticos de portadores de DM e visitas domiciliares nas residências dos pacientes.

Dessa forma, criamos um Diagnóstico Situacional do PSF V Lino de Sousa que tivemos como base o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizamos uma estimativa rápida participativa de relatos de usuários, dados fornecidos pelos profissionais que atuavam no Unidade Básica de Saúde V Lino de Sousa, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e observação ativa da equipe de saúde com relação ao cronograma de atendimento. A partir dos relatos e coleta de informações foi possível realizar o levantamento de dados importantes da área de abrangência da unidade de saúde V Lino de Sousa. Os dados relacionados correspondem ao período de janeiro a março de 2020.

Realizou-se uma revisão de literatura narrativa para subsidiar o desenvolvimento do projeto de intervenção. Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e SciELO (Scientific Electronic Libray). Além de artigos científicos obtidos nestas bases, utilizou-se também documentos oficiais como Guia técnico de DM e linha guia do Ministério da Saúde referente ao cuidado com o paciente portador de DM. A partir do levantamento foram selecionados artigos que contemplavam o tema abordado neste estudo. Em seguida, promoveu-se a leitura e avaliação da sua pertinência para esta revisão.

Para a execução do Plano de Intervenção realizado para o Unidade Saúde da Família V Lino de Sousa, foi feito através do Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com os passos descritos no módulo Planejamento e avaliação das ações em Saúde (CAMPOS et al., 2010).

RESULTADOS ALCANÇADOS.

Nível de informação

Conhecer melhor e aumentar o nível de informação da População e dos profissionais de saúde sobre a Diabetes Mellitus. Para isso, utilizamos palestras, capacitações com agentes comunitários da saúde, divulgação na rádio e abordagem nos grupos de risco.

Agenda Programada

Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à saúde, seguindo rigorosamente o cronograma de atendimento fixado na recepção. Para isso, selecionamos pacientes faltosos e programamos visitas domiciliares, em conjunto com os agentes comunitários de saúde.

Acolhimento e Busca ativa

Implantar o acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de Diabetes Melitus, aumentando o vínculo do paciente com a Unidade Básica de Saúde V Lino de Sousa, diminuição da demanda espontânea e aumentando as consultas agendadas. Usuários avaliados pelo médico e enfermeiro de acordo com a classificação de risco (Protocolo de Manchester). Agendamento de consultas de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição médica de acordo com a ficha do usuário na farmácia da unidade e busca ativa do usuário através dos ACS (CAMPOS et al., 2010, p.73).

Uso de Protocolos

Utilizar os protocolos como referência a Linha Guia “Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabete”, na rotina de atendimento da Unidade Básica de Saúde V Lino de Sousa (CAMPOS et al., 2010, p.73).

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com a garantia de disponibilidade de recursos

demandados. (CAMPOS et al., 2010, p.73). Neste passo sintetizamos a situação do plano de ação tendo como objetivo desenhar um modelo de atuação do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Para que isso aconteça devemos realizar reuniões periódicas com a equipe da Unidade Básica de Saúde V Lino de Sousa, contando com a participação da coordenação da atenção primária e dos agentes comunitários de saúde.

Para aumentarmos o nível de informação dos profissionais e da população sobre a Diabetes Mellitus e suas conseqüências, devemos realizar palestras rotineiramente e capacitação semestralmente. Devemos implantar uma agenda programada, afim de organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à Saúde. Programar as atividades mensalmente (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos). Implantar o acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de DM dos usuários avaliados pelo médico e enfermeiro de acordo com a classificação de risco (Protocolo de Manchester). Agendamento de consultas de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição médica de acordo com a ficha do usuário no PSF. Busca ativa do usuário através dos ACS's. Utilizar os protocolos. Adotar como referência a Linha Guia "Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabete". Implantação de um protocolo elaborado baseado na linha guia de referencia (CAMPOS et al., 2010, p.73).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência, hoje é uma realidade presente no nosso dia-a-dia de trabalho na UBS V Lino de Sousa, município de Cachoeira dos Índios-PB, nos convocando a refletir cada vez mais sobre o assunto para buscar compreendê-la e a partir dessa compreensão propor formas de lidar com o problema. Na área onde atuo como médico, possuímos grandes problemas sociais, considero que a grande demanda de adolescentes grávidas cadastradas e acompanhadas, se deve principalmente a falta de investimentos em campanhas educativas em prol da prevenção da gravidez indesejada, direcionada a comunidade, familiares e estudantes.

A consulta de puericultura tem sido um dos programas mais importantes na Equipes de Saúde da Família, que tem como finalidade o acompanhamento centrado ao cuidado a criança, resultando na redução de doenças infecciosas, desnutrição, obesidade e a mortalidade infantil, fazendo com que haja um aumento significativo em crianças mais saudáveis e tornando melhor a qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Traçamos como meta principal revisar a literatura médica sobre puericultura, destacando o trabalho do médico da atenção básica no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, assim como implementar uma rotina de atendimentos. Assim como implementar uma rotina de puericultura dentro da equipe afim de alavancar a qualidade do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família V Lino de Sousa, na cidade de Cachoeira dos Índios-PB. Gostaria de destacar a experiência vivenciada por nossa Unidade Básica de Saúde, a consulta compartilhada com a enfermeira e a odontologa de nossa unidade nos dias de puericultura, na qual se mostrou como um instrumento potente de trabalho, podendo ser desenvolvido pelos mais variados profissionais habilitados, corroborando para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os profissionais, com vistas para uma clínica ampliada.

Devido a alta incidência de pacientes portadores de Diabetes Mellitus na nossa área de atuação, considerando os fatores epidemiológica, social e econômica do Diabetes Melitus, a nível local de territorialização da UBS V Lino de Sousa, na cidade Cachoeira dos Índios-PB, traçamos o estudo para colaborar no aperfeiçoamento de um projeto de intervenção para acompanhamento aos pacientes diabéticos de forma regular e com objetivo de desenvolver ações que fomentem mudanças de estilo de vida do paciente e mudança na rotina da unidade da saúde com a presença mais efetiva dos pacientes diabéticos, aumento do nível de conhecimento sobre o Diabetes Melitus pela população, visando o controle adequado dos níveis glicêmicos através de agenda programada e utilização de protocolos seguindo a linha guia como referência.

6. REFERÊNCIAS

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v.26, nº6. 2004. Disponível em: http://www.saciolo.phpscript=sci_arttext&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em 12/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. Brasília, 16 de julho de 1990. 1356p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Adolescente. Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria- Orientação para profissionais da área médica, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006. 56p. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº648/GM 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* vol.3 no.1 Recife Jan./Mar. 2003.

BRASIL. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Ministério da Saúde. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CARNIEL. Emília de Faria et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. Vol.6. nº4. Recife, 2006.

CONCEIÇÃO, Cássia Antunes da. Gravidez na adolescência: enfrentamento na Estratégia de Saúde da Família. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da

Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2010. 28 p

DOMINGOS, Andréia Couto. Gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Itinga, 2010. 39p.

FREITAS, Fernando et al. Rotinas de ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2003. 736p.

GOMES, Romeu; FONSECA, Eliane M.G.O.; VEIGA, Álvaro J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v 10, nº3, 2002. Disponível em: <scielo.br/scielophp?script=sci_arttest&pid=5010411692002000300015>.

GONÇALVES, H; et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5. Revista Saúde Pública, vol. 42, nº 2, 2008.

HALBE, Aparecida Francisca Pedace. Contracepção e sexualidade da mulher. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000, 2222 p.

HEILBORN, M.L. et al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond. Vol. 23, nº 6, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - nº 16 Diabetes Mellitus. 1 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 20, n. 4, outubro/dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

CAMPOS, et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopemed, 2010.