

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

Clariane Garcia Alves

PORTFÓLIO: ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS – VIVENCIA E RELATOS DE
USUÁRIOS EM ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COHAB
GUABIROBA/ PELOTAS - RS.

Pelotas

2018

Clariane Garcia Alves

**PORTFÓLIO: ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS – VIVENCIA E RELATOS DE
USUÁRIOS EM ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COHAB
GUABIROBA/ PELOTAS - RS.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre**

Tutor: Lucas Pioner

Pelotas

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO AO PORTFÓLIO.....	03
2. ESTUDO CLÍNICO.....	04
2.1. Relato de Caso	06
2.2. Discussão	07
2.3 Conclusão	08
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	08
3.1 Relato de Caso	09
3.2 Discussão	10
3.3 Conclusão	11
4. ATIVIDADE.....	12
5. REFLEXÃO AVALIATIVA	14
REFERENCIAS	15
ANEXOS	17

INTRODUÇÃO AO PORTFOLIO

Sou Clariane Garcia Alves, tenho 34 anos de idade, e sou natural do estado Paraná, mas rondoniense de coração, pois aos três anos de idade minha família mudou-se para Porto Velho-RO. E foi nessa cidade, que estudei todos os anos escolares, variando entre escola pública e privada, no ano de 2002 novamente minha família mudou-se para Manaus-AM.

Em Manaus, iniciei faculdade de química, a qual não conclui, pois surgiu à oportunidade de fazer medicina, o curso que eu realmente queria pra vida. Então, no ano de 2009, fui viver em Santa Cruz de la Sierra - Bolívia, para estudar medicina. A graduação deu-se na Faculdade de Aquino da Bolívia - UDABOL, e concluída em 2015.

Certamente, não foram tempos fáceis, no entanto, hoje só tenho a agradecer a Deus e a minha família, pela caminhada e aprendizado, e a oportunidade de poder trabalhar em meu país, nada melhor do que estar em casa. E, sigo aguardando o processo de revalidação do diploma, obrigatório para médicos graduados fora do país, e que pretendem exercer a profissão legalmente no Brasil.

Atualmente, atuo no PROGRAMA MAIS MEDICOS PARA O BRASIL, estado do Rio Grande do sul na cidade de Pelotas, que tem aproximadamente 343.652 mil habitantes. Precisamente na Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba.

O bairro é bem populoso, em torno de 15 mil habitantes, e os trabalhos está dividido com mais dois médicos, que também fazem parte do Programa Mais Médico. No principio, o período de adaptação foi bem delicado, mas hoje, felizmente estamos caminhando para uma melhor assistência a comunidade, e a mesma está entendendo o nosso trabalho.

A comunidade é carente, têm índices de criminalidade, tráfico em suas diferentes configurações e assaltos. O conselho local de saúde é ativo, e por vezes exagerado, mas a interação do grupo corrobora muito para que se possa entender e internalizar melhor a comunidade, o que eles pensam, quais são os seus anseios e expectativas. Isso é um facilitador que viabiliza a transmissão das informações para toda a comunidade.

Grande contingente da população local atendidos pela Unidade Básica de Saúde está composta por idosos, sendo, que os mesmos estão acometidos por Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT's (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes). Para Malta et al., 2017, as DCNT são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no mundo, o que denota muito trabalho dirigido a grande demanda recorrente na UBS – Guabiroba.

O tema do projeto de intervenção escolhido tem muita relação com a comunidade, pelo fato de a maioria dos moradores da comunidade apresentar um conjunto de comorbidades compatíveis com a síndrome metabólica, e por certo, ser um tema pertinente para a realização da prevenção e promoção em saúde.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Ultimamente tem-se observado um olhar cada vez mais integral as patologias apresentadas por um mesmo paciente, enquadrando o mesmo não mais em uma única patologia, mas sim em um uma síndrome, que tem se tornado cada vez mais utilizado o termo entre os profissionais médicos de todas as especialidades - a síndrome metabólica.

Anteriormente, quando um paciente tinha problemas de hipertensão, diabetes ou obesidade o encaminhava-se para o especialista e cada um tratava o paciente de acordo com sua especialidade, logo o mesmo, era enviado a outro profissional com o mesmo intuito.

Fica a pergunta: Porque hoje essa situação vem sendo vista e revista de forma mais integral? E a resposta é simples: os pacientes, que apresentam problemas com o controle de glicemia, resistência à insulina, hiperlipidemia apresentam também outros quadros associados, como o aumento da circunferência abdominal o sobrepeso e pressão arterial elevada. Como podemos comprovar no texto retirado do site da sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia a seguir:

Segundo os critérios brasileiros, a Síndrome Metabólica ocorre quando estão presentes três dos cinco critérios abaixo:

Obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem; Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica 130 e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg; Glicemia alterada (glicemia 110 mg/dl) ou diagnóstico de Diabetes; Triglicerídeos 150 mg/dl; HDL colesterol 40 mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres

E caminha-se cada vez mais para um processo realmente de prevenção de patologias de base, onde este trabalho em grande parte é e deve ser realizado na atenção primária de saúde, através de um bom rastreamento, uma boa busca e prevenção destas patologias que não tem mais respeitado apenas uma determinada faixa etária.

Atualmente, o número de crianças e adolescentes com sobrepeso é cada vez maior, somadas com a hipertensão e diabetes. Podemos observar, segundo Kuschnir et al, 2016, (estudo de risco cardiovascular em adolescentes) onde se pode ler o seguinte trecho:

Dos 37.504 adolescentes, 50,2% eram do sexo feminino; 54,3% tinham de 15 a 17 anos e 73,3% estudavam em escolas públicas. A prevalência nacional de síndrome metabólica foi 2,6% (IC95% 2,3-2,9), discretamente maior no sexo masculino e naqueles de 15 a 17 anos na maioria das macrorregiões. A prevalência foi a maior nos residentes na macrorregião Sul, nas adolescentes mais jovens e nos adolescentes mais velhos. A prevalência foi maior nas escolas públicas (2,8% [IC95% 2,4-3,2]) que nas escolas privadas (1,9% [IC95% 1,4-2,4]) e nos adolescentes obesos em comparação aos não obesos.
KUSCHNIR, M.C. et al, 2016

Contudo baseando-se no que foi exposto até o momento, entende-se que a prevenção deve ser trabalhada em todas as idades, levando em consideração o meio em que o paciente se encontra, pois o paciente pode ser único, mas conhecer o meio em que ele vive é fundamental para que seja entendido e a partir de então possamos traçar metas e objetivos para estabelecer ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde dos pacientes.

2.1 RELATO DE CASO

Paciente, J.C.R.P, idoso, 64 anos, casado há 30 anos, aposentado, hipertenso, diabético, transtorno de ansiedade, 1.56 metros de altura, 90 kg, circunferência abdominal 140 cm, IMC 37, pai de um único filho, taxista e que já é casado, há mais ou menos dois anos realizou um processo de intervenção cirúrgica oftalmológica, por catarata, tem uma perda significativa da acuidade visual devido as complicações do diabetes, o mesmo é bem depressivo, choroso, não gosta muito de falar da família, em um pedido aproximado de um ano, iniciei o acompanhamento com este paciente, que já vinha fazendo uso de medicações para o controle da hipertensão e do diabetes, mas as duas patologias estavam bem descontroladas.

O paciente fazia uso de: Glifage XR 500mg 02 vezes ao dia; sinvastatina 40mg um comprimido a noite; AAS 100mg no almoço; Hidroclorotiazida 25mg um comprimido pela manhã, Atenolol 25mg um comprimido cada 12 h; Anlodipino 05mg um comprimido pela manhã; Enalapril 20mg um comprimido cada 12h; Omeprazol 20mg um comprimido de manha em jejum e um comprimido a noite.

Quando o conheci, o Sr. J.C.R.P veio a consulta já com resultados de exames completamente alterados e antigos (6 meses), orientei o paciente, e referenciei à nutricionista, seguido de solicitação de novos exames pedindo e que retornasse assim que estivessem prontos os resultados, Acrescentei a sua medicação a Fluoxetina 20mg pela manhã e o Alprazolam 0.5mg a noite. Observa-se que paciente aguarda a consulta com o cardiologista (rede SUS) e com o endocrinologista (particular).

E ao retornar, após quinze dias, e com os resultados de exames em mãos, recebe nova intervenção medicamentosa: Enalapril 20mg de 8/8h; Atenolol 25mg de 12/12h; Furosemida 40mg de manhã; Metformina 850mg de 8/8h; AAS 100mg no almoço; Sinvastatina 40mg à noite; Rivotril 0,25 sublingual de 8/8h, Insulina NPH 40 Unidades de manha/ 25 unidades tarde/ 18 unidades noite; agregou ao tratamento uma dieta adequada e iniciou hidroginástica a sua rotina de exercício na semana.

Durante esse processo ele começou a participar dos grupos de Hiperdia na UBS onde são realizadas palestras de vários profissionais da saúde, fazendo com que os pacientes tenham maior entendimento da sua patologia, e da importância que tem a realização do controle em sua rotina diária.

Em dezembro de 2017, este paciente retorna ao grupo do Hiperdia com resultados muito satisfatórios. A P.A.: 130/80 mmHg (em média), anteriormente era de 150/100 mmHg, com pequenas variações; Glicemia: 113mg/dl, antes não baixava de 200mg/dl (sempre acima deste); Hemoglobina Glicada 6,1%, antes era de 11% (sempre acima de 8%), LDL colesterol 63mg/dl, contra a anterior de 240 mg/dl; Peso: 74kg e IMC 30,4 circunferência abdominal 125-cm.

2.2 DISCUSSÃO

Estamos nitidamente diante de um quadro típico de síndrome metabólica onde temos um paciente com circunferência abdominal acima da máxima permitida, IMC acima do normal, diabético, hipertenso e obeso. Fez-se o necessário com uma intervenção mais brusca tanto nas mudanças de hábitos de vida com uma dieta adequada e a prática regular de exercícios, também confere que a agregação do uso de insulina ao tratamento fez toda a diferença.

Este paciente é um forte candidato a sofrer complicações cardiovasculares devido às complicações geradas pelo conjunto de sinais e sintomas que compõem a síndrome metabólica.

E como observado acima, percebe-se toda uma planificação específica ao caso clínico do paciente J.C.R.P, é o que também podemos denominar de Projeto Terapêutico Singular.

Para Machado e Camatta, 2013, o Projeto Terapêutico Singular, está incluído em muitas ações para com o paciente. Sendo, um importante instrumento de promoção à saúde geratriz de comunicação interdisciplinar, ou seja, viabilizam entre equipe de saúde e cliente maior conexão e adesão as diferentes terapias no projeto estipulado (MACHADO e CAMATTA, 2013).

2.3 CONCLUSÃO

No caso descrito acima, se observa o paciente inicialmente estava sendo assistido de acordo com sua frequência ao posto de saúde, que era pequena até a apresentação de pequenos sintomas, como: a perda da acuidade visual. E ao receber orientação adequada, seguido de suporte medicamentoso agressivo, mais

controle de glicemia rigoroso e, aferição de pressão arterial, dieta adequada e prática de atividades físicas.

Bem como, a mudança de seus hábitos de vida e com a adesão ao tratamento terapêutico singular, estes mecanismos fazem com que o paciente abrace a sua causa integrando a promoção em saúde. Seja no uso correto dos medicamentos prescritos e na conscientização da vida, e em situação de saúde que anteriormente levava. A mudança de estilo de vida torna-se crucial para o êxito do tratamento.

O presente estudo faz conexão com que a hodierno encontra-se na Unidade Básica de Saúde – Guabiroba, Pelotas (RS), quanto ao atendimento singular a cada paciente e, ao mesmo tempo, a elaboração em equipe de um projeto convergente de promoção e prevenção em saúde no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT's.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO:

Como refere Buss, 2000, *Não há receitas prontas*, ao descrever as dissonâncias que o país e o mundo se encontram sobre a promoção da saúde. E com esta frase subtende-se que a promoção da saúde se sustenta entre a mediação intersetorial, da população e o poder público.

O que contextualiza o caminho, ou resposta, para uma possível conquista em todos os seus níveis a educação em saúde, como elemento importante no combate à doença desde a ação dos agentes patógenos (com saneamento básico, controle endêmico da dengue, etc), até o controle social (comissões e participação popular), segundo Buss, 2000.

E junto ao trabalho realizado nas unidades de saúde, com enfoque a Unidade Básica de Saúde Guabiroba – Pelotas/RS pretende-se evidenciar o elo positivo da equipe de saúde e comunidade, em vista da promoção e educação em saúde nos níveis de prevenção, seja desde o nível primário até o terciário.

3.1. RELATO DE CASO:

Paciente E.R.C.M. 03 anos e 07 meses, sexo masculino, mãe A.C.S. 37 anos e pai D.M. 38 anos. O casal tem mais um filho A.L.C.M. de nove meses, sexo feminino, a mãe

atualmente trabalha em casa, por formação é Assistente Social desempregada e o esposo gerente de uma empresa local.

Chegam até a unidade em consulta emergencial, a criança E.R.C.M, apresentou em MID região posterior mancha de coloração rosácea, eritematosa, irregular e prurido intenso, em inspeção logo a médica Camila, tem como diagnóstico Larva Migrans cutânea, o popular bicho - geográfico.

Os pais ficaram surpresos e comentaram que a três casas depois da que vivem, há um córrego muito conhecido por ser ponto de desagüe dos esgotos de algumas casas, e como choveu muito na semana que passou o córrego encheu. A mãe, A.C.S., lembrou que há quatro dias foi até o córrego, coletar pedras que ficam nas bordas do córrego para decorar o jardim. E ademais, o pequeno E.R.C.M, é muito ativo e saudável.

A médica Camila orientou a casal sobre a mediação Tiabendazol pomada a 5%, 03 vezes ao dia, durante 10 dias, e Albendazol Suspensão Oral – 10ml dose única.. Também perguntou se havia animais de estimação em casa, o pai acenou que a vó (vive na casa ao lado) tem dois cachorros e um gato. Então foi lhe explicado o possível contato da criança e os animaizinhos, e orientados para os mesmos serem levados ao veterinário.

Em anexo a pasta da família estava o prontuário da filha do casal, A.L.C.M, 09 meses, o que fez a médica Camila relembra-los em trazer a pequena para consultar também no decorrer a semana.

Observação: Os dois filhos do casal apresentaram a patologia Pé Torto Congênito. No caso do acompanhamento pré-natal, apenas foi seguido e continuado o caso clínico da filha, A.L.C.M.. O menino, E.R.C.M., foi direcionado via plano privado, por opção e condições financeiras do casal na época. Houve registros de visita domiciliar da Agente de Saúde, I.D., e seguido da Enfermeira T.B., quanto às devidas orientações e registros no prontuário da família. E como o orientado, as próximas gestações haveria repetido caso de pé torto congênito.

E de fato ocorreu com a A.L.C.M, a mesma teve todo o processo de pré-natal e puericultura seguido na Unidade Básica de Saúde. Os pais relataram não acreditar que realmente iria ocorrer novo caso na família, mas diante da realidade dos fatos, durante os primeiros meses (pós-parto), foi muito trabalho, mas sem sobressaltos.

Os pais acenaram que realmente precisavam contar sobre a última avaliação com o médico ortopedista. Despediram-se da consulta médica, satisfeitos e mais tranquilos em

saber que tudo vai dar certo. A médica pede ao pequeno que se cuide e dê por ela um beijinho na maninha que ficara em casa com a vó.

3.2. DISCUSSÃO:

Dentre as diversas e políticas de saúde de nosso país aplicadas pelo Sistema único de Saúde, a gestantes e o seu bebê, estão asseguradas e incluídas, como: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN (M.S., 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde, O.M.S., é preconizado um número igual ou superior a 06 consultas pré-natal durante a gestação (incluindo o planejamento familiar). No Brasil, segundo Ministério da Saúde, 2012, os números de consultas excedem contra o que mundialmente é esperado (pelo menos uma consulta mensal até a 28º semana, depois quinzenal e semanal sucessivamente), não há altas do pré-natal.

No entanto, é preciso que estas gestantes sejam acolhidas e entrem no Sistema Único de Saúde, e que não lhes sejam vetados oportunidades de serem devidamente assistidas. A Unidade Básica de Saúde é para as gestantes e bebê a porta de entrada preferencial (M.S. 2012).

No hodierno do trabalho em saúde da Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba, o programa e seguimento ao pré-natal e puericultura, são levados muito a sério. As primeiras consultas de pré-natal são realizadas pelo profissional médico, e as demais com o profissional de enfermagem, sem esquecer-se da via de comunicação verbal e escrita como registro de comunicação.

A unidade tem como objetivo acolher e dar seguimento a mãe gestante, para que não se perca as oportunidades e responsabilidades com aferição e controle de sinais (pressão arterial, peso, exames de sangue e urina), seguido de orientação individual e em grupo (grupo mãe gestantes).

O desafio da unidade é constância no acompanhamento do bebe pós-puericultura. Porque em geral, nos primeiros meses, devido à preocupação com teste do pezinho, orelhinha e vacinas, os pais e unidade mantem um vinculo e assiduidade. Ficando em geral, a partir do sexto mês de vida do bebe restrito aos casos de infecções comuns da infância e que requerem medicações.

Discussão dos casos clínicos: em um vínculo continuo com a criança e toda a família em seus diferentes contextos. E, conforme Oliveira e Pereira, 2013, este pode ser um dos grandes desafios da atenção primária de saúde, onde a acolhida e a vinculação de seus

usuários torna-se tardio, e levando ao risco da não longitudinalidade de todo o processo de promoção e prevenção em saúde em seus diferentes níveis.

E ao abordar os casos clínicos: o primeiro sobre infecção parasitária, muito comum, principalmente na infância o segundo - Pé Torto Congênito descoberto já no pré-natal, os conectamos com o estudo do pré-natal, puericultura e bem como todo o processo de seguimento a criança.

Infecção por Larva Migrans, de pessoa a pessoa, pode ocorrer, mas ela é muito comum em áreas ou espaços arenosos e secos ou através de animais infectados e que convivem com os humanos (RODRIGUES et al, 2010). O contato com a larva acontece principalmente via cutânea.

E o fato de haver a incidência de infecção entre os moradores de uma região traz aos profissionais de saúde a responsabilidade de orientar a comunidade em geral e tomar atitudes diferenciadas.

Discutir em equipe a necessidade de intensificar as visitas domiciliares aos grupos familiares mais expostos. E, por conseguinte traçar eixos com a vigilância sanitária e demais responsáveis – gestores (caso do córrego contaminado pelo esgoto).

Os dois filhos do casal, ambas com a patologia *pé torto congênito* (MARANHO e VOLPON, 2009), onde o primeiro não teve o devido acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde, mas vinculado na infância (relato de caso larva migrans), e o outro filho captado e acolhido desde a concepção, formalizou o elo entre equipe de saúde (UBS) e família.

CONCLUSÃO:

O fictício caso clínico, descrito acima, é um dos diversificados casos que acometem as crianças tanto da zona rural como a urbana (periferia), seja de baixa, média até a casos clínicos mais complexos. Sendo a realidade local da Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba urbana, os usuários desse centro de saúde pública estão inseridos nas adversidades culturais, educacionais e econômicas.

Bem como, a intervenção tangenciada pela equipe de saúde, e a posteriori a aplicabilidade do projeto terapêutico singular, esse que deve ser entendido e efetivado. Sem esquecer-se de planificar outro projeto que abarque a comunidade, ou um grupo em específico, caso contrário logo mais casos semelhantes chegarão até a equipe de saúde.

Com abordagem visita familiar, e o acompanhamento longitudinal foi possível elaborar com equipe de saúde o projeto terapêutico singular encaminhamentos com médico pediatra, o encaminhamento e planificação de parto cesáreo em hospital de referencia, e bem como o tratamento gratuito com o médico ortopedista, Dado a importância da acolhida, assistência e acompanhamento efetivo do pré-natal, fomentando o desenvolvimento da gestação e a prevenção de possíveis agravos no futuro.

4. ATENÇÃO DOMICILIAR

Para a dinâmica da atenção domiciliar, e a complexidade que este programa oferece, foi preciso um olhar atento ao Caderno de Atenção Domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Desde a gestão dos cuidados até um leque de ações propositivas, que visa o vínculo e sistematização do cuidado – paciente e unidade de saúde.

Na mesma direção, há importantes ferramentas, como por exemplo, o encaminhamento, o matriciamento e o projeto terapêutico singular já citado neste trabalho. E muitos outros temas de aprendizado de total relevância na Atenção Domiciliar –A/D.

No entanto, a Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba, mediante ao significado da Atenção Domiciliar, no seu sentido é “...o mais abrangente entre todos os termos, pois engloba as demais definições e contempla todos os objetivos anteriores...” (GALLASSI et al., 2014), tem registrado de forma efetiva o trabalho de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde junto a comunidade.

Importante destacar as definições que estão inseridas na A/D, e que por muitas vezes, essas terminologias são utilizadas equivocadamente, como:

Atendimento domiciliar: conjunto de ações de cuidado realizadas no domicílio, com complexidade de nível ambulatorial. Internação domiciliar: semelhante ao item anterior, mas, em maior nível de complexidade. Nesse caso, são incorporadas tecnologias, recursos humanos, medicamentos e materiais semelhantes aos encontrados em um hospital. Visita domiciliar (VD): contato pontual entre serviço e população, buscando identificar riscos e demandas, e desenvolver ações de educação e orientação para a saúde. Objetiva promover a autonomia de cada paciente e família na gestão de seu próprio cuidado, através do estabelecimento de metas negociadas por ambas as partes. (GALLASSI et. al., 2014)

E mediante a contextualização do tema, a equipe de saúde enfrenta uma problemática, também destacada pelo Ministério da Saúde, 2013, no cotidiano do trabalho, como pacientes com multipatologia, polifármacia, patologias crônicas ou avançadas juntamente com todas as políticas de saúde.

Entre as visitas domiciliares acompanham-se pacientes maioria idosos e acamados, portadores de diabetes mellitus, Alzheimer e hipertensos. Por exemplo: duas pacientes da mesma família que sofrem da Síndrome Metabólica (objeto de pesquisa do projeto de intervenção). Uma delas já teve os membros inferiores amputados e a outra, com os dois pés – caso clínico de cronicidade muito exigente para a unidade de saúde.

Em geral, são oito visitas semanais, com a equipe formada por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes de saúde. Que por certo prestamos o que seria *Atendimento Domiciliar*, através da realização de curativos de cobertura, controle de sinais e orientações ao paciente e cuidadores. E claro, quando necessário segue o acompanhamento de um profissional fisioterapeuta e psicólogo.

Acontece em alguns casos, a busca ativa de usuárias gestantes. Houve dois casos atuais em que a unidade teve que intervir para o resgate e acompanhamento gestacional. (uma das mães dependente química e com diagnóstico de sífilis, desapareceu do local onde morava por três meses, na vigésima quarta semana de gravidez). Infelizmente são realidades recorrentes na cidade, no paralelo da dependência química, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Observação: a *busca ativa*, em saúde, compreende importante instrumento político de ação estratégica nas práticas de saúde no território (LEMKE e SILVA, 2010).

A Atenção Domiciliar, através da unidade de saúde realização da discussão dos casos clínicos semanalmente, participação integrativa das agentes de saúde e enfermagem (conhecem melhor a realidade local), agendamento do paciente, intervenção com projeto terapêutico singular, trabalho em grupo e extensão do caso para o apoio em rede de saúde.

Essas ações e serviços na A/D devem ser interligados a outras políticas, como a Atenção em Rede, fomentando a replicação dos cuidados e de poder oferecer apoio da unidade de saúde, como referencia em atenção e proteção deste indivíduo.

5. REFLEXÃO AVALIATIVA

A realização do Portfólio foi uma experiência diferenciada no processo de educação e formação profissional. Desafiante quanto à integralidade das experiências laborais adquiridas na Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba, somados aos conceitos teóricos assimilados entre os Eixos I e II, ofertados neste curso de especialização.

Desde a experiência inicial, com o Eixo I, em especial o aprendizado dos temas: *Planejamento e Gestão - Modelos de Atenção, Situação de Saúde no Brasil e determinantes Sociais de Saúde* (este foi muito esclarecedor quanto o paralelo com a realidade local), *Projeto de Intervenção* – no colóquio com o grupo de usuários acometidos pela Síndrome Metabólica, seguem os temas *Uso de Sistema de Informação em Saúde, Vigilância em Saúde, Construção da Agenda Profissional e Modalidades de Conduas Terapêuticas*.

Estes foram paralelamente inseridos na prática laboral, complementado as políticas de prevenção, promoção, reabilitação e educação em saúde, dando sentido a pesquisa construtiva do *Portfólio* e nas evidências clínicas do atendimento aos pacientes da UBS – COHAB Guabiroba.

O Eixo II teve sua relevância efetivada pelos diversos casos clínicos propostos, em uma dinâmica metodológica muito positiva instigando a reflexão das ações e planejamentos de saúde. O que antes parecia banalizado e justificado pelas adversidades negativas que a unidade de saúde enfrenta, torna-se exequível a partir de um olhar ampliado, elaborado e aplicado em conjunto com toda a equipe de saúde.

Os desafios identificados são importantes, e de igual relevância, pois ao relacionar a prática laboral do hodierno da Unidade Básica de Saúde COHAB Guabiroba com o estudo teórico e prático, propostos por ambos os *Eixos*, permitiu maior conexão e organizações das políticas pública de saúde e sua aplicabilidade junto ao paciente. Seja de modo singular como em grupo. Sem esquecer-se da aproximação da equipe de saúde, com os usuários da unidade de saúde, muito pertinente e positivo.

Clariane Garcia Alves

REFERENCIAS

1. BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1):163-177, de Janeiro – RJ. 2000. Disponível em: <https://www.scribd.com/.../Paulo-Buss-Promocao-Da-Saude-e-Qualidade-de-Vida>. Acessado em: 06 de Mar. de 2018.
2. GALLASSI, C.V. et. al. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional**. *ABCS Health Sci*. 2014; 39 (3):177-185 . 2014. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/653/652>. Acessado em: 02 de Abr de 2018.
3. LEMKE, R. A.; SILVA, R.A.N. **A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território**. *Revista de Psicologia. UERJ. R.J.* 2010. Disponível em: www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf. Acessado em: 03 de Abr. de 2018.
4. KUSCHNIR, M.C. et al. **ERICA: Prevalência de Síndrome Metabólica em Adolescentes Brasileiros**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2016. Vol.50, Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acessado dia 19 de Fev. de 2018.
5. MALTA, D. C., et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**. *Rev. Saúde Publica*. 2017; S1. Supl. 1: 43. São Paulo. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acessado em: 20 de Abr. de 2018.
6. MACHADO, D.K. S.; CAMATTA, M. W. **Apoio matricial como ferramenta e articulação entre a saúde mental e atenção primária á saúde**. *Cad. Saúde Colet.*, 2013. Rio de Janeiro, 21 (2): 224-32. Disponível em: www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf. Acessado em: 19 de Fev. de 2018.

7. MARANHO, D. A. C.; VOLPON, J. B. **Pé Torto Congênito**. Acta Ortop. Bras. 2009;19(3): 163-9. Disponível em: www.scielo.br/pdf/aob/v19n3/a10v19n3.pdf. Acessado em: 05 de Mar. de 2018.
8. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília. D.F. Vol. II. 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acessado em: 02 de Abr. de 2018.
9. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica. N° 32. Unidade 03. Brasília. DF. 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 22 de Fev. de 2018
10. OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(esp):158-64. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf. Acessado em: 02 de Mar. de 2018.
11. RODRIGUES, D.A; TOMIMORI, J; FLORIANO, M.C.; MENDONÇA, S. **V – Doenças causadas por parasitas**. Atlas de dermatologia em povos indígenas. São Paulo. Editora UNIFESP. 2010. pág 81-92. Disponível em: <http://books.scielo.org>>. Acessado em 19 de Fev. de 2018.

Em anexo: Projeto de Intervenção e fotos da UBS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Clariane Garcia Alves

INVESTIGAÇÃO - SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS - USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COHAB
GUABIROBA/ PELOTAS - RS.

PELOTAS
DEZEMBRO 2017

RESUMO

Introdução: A Unidade Básica de Saúde Cohab Guabiroba, partindo da realidade em que há grande demanda de usuários que sofrem com a Síndrome Metabólica, visa dar continuidade ao projeto de intervenção anteriormente iniciado, com acompanhamento clínico médico e atenção multidisciplinar sistemática a esses pacientes, através da equipe 67, na aplicabilidade do projeto otimizará o serviço de Atenção Básica: a prevenção e a promoção de saúde. **Objetivo:** dar continuidade e vitalizar o projeto, acompanhar sistematicamente os pacientes portadores da Síndrome Metabólica. Fomentar a interação entre a Equipe de Saúde 67 e usuários, através da investigação, quantificação, organização e efetivo seguimento desses usuários. **Metodologia:** Utilizam-se dois eixos, primeiro: a construção do conhecimento científico, através de revisão narrativa de literatura em pesquisa bibliográfica nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico e página Web do Ministério da Saúde. Segundo eixo: apresentação a Equipe de Saúde 67, identificação dos pacientes com S. M. e suas comorbidades, agendamento para novas consultas e exames laboratoriais. A etapa avaliativa considera-se de suma importância, para posteriori acompanhamento sistematizado do paciente com S. M. em tratamento e, instigar a prevenção para a associação a doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica, Atenção Básica de Saúde, Risco Cardiovascular e Diabetes.

ABSTRACT

Introduction: The Cohab Guabiroba Basic Health Unit, based on the reality in which there is a great demand for users suffering from the Metabolic Syndrome, aims to continue the previously initiated intervention project, with medical clinical follow-up and systematic multidisciplinary care to these patients through of the 67 team, in the applicability of the project will optimize the Primary Care service: prevention and health promotion. **Objective:** to continue and vitalize the project, to systematically follow the patients with Metabolic Syndrome. Encourage the interaction between the Health Team 67 and users through research, quantification, organization and effective follow-up of these users. **Methodology:** We use two axes, first: the construction of scientific knowledge, through a narrative review of literature in bibliographic research in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, Google Scholar and Ministry website Second Health: presentation to the Health Team 67, identification of patients with MS and their comorbidities, scheduling for new consultations and laboratory tests. The evaluative stage is considered of paramount importance, for later systematized follow-up of the patient with S.M in treatment and, instigating the prevention for the association to cardiovascular diseases.

Key words: Metabolic Syndrome, Basic Health Care, Cardiovascular Risk and Diabetes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. JUSTIFICATIVA	05
3. OBJETIVOS.....	06
3.1 OBJETIVO GERAL	06
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	06
4. REVISÃO DA LITERATURA	06
5. METODOLOGIA.....	08
6. CRONOGRAMA.....	09
7. RECURSOS.....	10
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO	11

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do processo de trabalho clínico médico na Unidade Básica de Saúde Cohab Guabiroba, foi possível aferir o quanto é importante dar continuidade ao projeto de intervenção – Investigação da Síndrome Metabólica, anteriormente aplicado e direcionado a um grupo de usuários desse serviço. E os fatores que colocam em risco eminente, os pacientes, a doença cardiovascular.

Importante também é caracterizar a comunidade local – Cohab Guabiroba, para melhor entender através de seus hábitos e costumes, o surgimento de doenças interligadas a síndrome metabólica, como: a hipertensão, o diabetes e a obesidade.

Segundo IBGE, 2017, o bairro Cohab Guabiroba, localiza-se na região Oeste da cidade de Pelotas. O bairro surgiu a mais de trinta anos como projeto habitacional popular, com a população atual de dezoito mil habitantes.

O bairro está fixado nas proximidades da Rodoviária e do principal Centro Comercial da cidade de Pelotas. Sendo, segundo registros da SANEP – Serviço Autônomo de Abastecimento de Água de Pelotas, 2016, em relato dos moradores o principal agravante é o forte cheiro de esgoto e difícil escoamento das chuvas. Fato que existe há anos, por conta das construções irregulares sob o sistema de esgoto, quase em toda a totalidade do bairro, segundo homepage G1 Rio grande Sul, 2013.

Ainda homepage G1 Rio grande Sul, 2013, as pessoas culturalmente são imbuídas pelo meio urbano e de periferia, alocadas em área planejada para moradias, mas excluídos do acesso ao lazer e a espaços que promovam mais saúde. Os usuários da UBS, ainda relatam sedentarismo e doenças que justificam um trabalho de intervenção investigativo, para os hipertensos, diabéticos e os que sofrem com problemas cardiovasculares, entre outros.

Os usuários da UBS, Cohab Guabiroba, assim como a maior parte da população de Pelotas, se caracteriza por ser mais idosa. É o que revela o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) com expectativa de vida acima de 71 anos, segundo IBGE (2017).

A UBS Cohab Guabiroba, através da equipe 67 tem como meta atender um terço dos sete mil usuários, um desafio devido o contingente de pessoas com doenças crônicas não contagiosa. E, complementado o paragrafo anterior, os idosos representam quinze por cento dos usuários atendidos que necessitam de assistência continuada.

Não obstante, muito desses usuários que necessitam acompanhamento sistemático tem estreita relação com desenvolvimento da Síndrome Metabólica, e suas condições clínicas na vida hodierna. O que apresenta um importante cenário para a execução e continuidade do presente projeto de intervenção.

A execução do projeto fomenta a organização dos dados anteriormente catalogados, e oferece informações fundamentais para a prática e planejamento da equipe, através da inclusão na agenda da equipe, gestão da Atenção Domiciliar e o processo de trabalho na prática interdisciplinar.

Problema

- A existência de um elevado número de usuários convivendo com doenças crônico-degenerativas não contagiosas, como: hipertensão, obesidade e diabetes, que se associa a Síndrome Metabólica;
- Deficiente organização, registro e acompanhamento da equipe multidisciplinar a esse grupo de pacientes;
- Falta de controle e acompanhamento efetivo desse grupo de pacientes com Síndrome Metabólica.

2. JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de Saúde Cohab Guabiroba, ao ofertar o acompanhamento clínico médico e atenção multidisciplinar sistemática aos pacientes que sofrem com a Síndrome Metabólica, através da equipe 67, na aplicabilidade do projeto otimizará o que anteriormente já havia sido iniciado. E fomentará dentre as políticas de Atenção Básica: a prevenção e a promoção de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Dar continuidade ao projeto anteriormente iniciado – acompanhamento sistemático de pacientes portadores da Síndrome Metabólica. Sendo que os

mesmos precisam de uma especial atenção de toda a Equipe de Saúde 67, em investigar, quantificar, organizar e efetivar o seguimento desses usuários.

3.2. Objetivo específico

- Quantificar e organizar registros dos pacientes com a SM, para posterior seguimento;
- Ofertar controle da SM nesse grupo de pacientes e a coesão dos mesmos;
- Prevenir a associação com doenças cardiovasculares e outras enfermidades futuras;
- Apresentar a importância e a contribuição deste projeto quanto à interação e um diálogo entre a UBS e esse grupo de usuários.

4. REVISÃO DA LITERATURA

O que é a Síndrome Metabólica?

A Síndrome Metabólica se define em um conjunto de fatores que elevam a pessoa acometida a risco de enfermidade cardiovascular (JUNQUEIRA et al., 2009) Ressalta-se a relação como fatores como: a obesidade visceral e a resistência insulínica.

Com análise clínica é possível estudar os marcadores inflamatórios como fator de risco emergente. Ainda Junqueira et al. 2009, a utilização desses marcadores é usada para a estratificação e para estabelecer valores de prognóstico.

Em estudo realizado por Schumann e Fagundes, 2013, há outras associações da Síndrome Metabólica com algumas entidades clínicas, como: a depressão, esteatose hepática, hiperuricemia e doença renal crônica. O que reforça a ideia de busca e quantificação dos pacientes com a Síndrome Metabólica, por certamente haver muitos desassistidos e com nulo acompanhamento.

Junqueira et. al., 2009, descreve que a estratificação ambulatorial dos pacientes é muito importante, este método não permite que esses - pacientes fiquem esquecidos ou apenas tratados com terapia medicamentosa. O estudo mostra a existência de outras vias, que corroboram para a melhor qualidade de vida dos usuários.

O mesmo estudo discorre algo negativo para o Brasil, em revelar que não há dados relativos à prevalência da S. M. em pacientes hipertensos, ao contrário de muitos países, que em suas pesquisas investigativas desvelam um panorama dos dados coletados na população geral de 24% de prevalência da Síndrome Metabólica, números que podem ser maiores se somados aos portadores de hipertensão arterial (JUNQUEIRA et. al. 2009).

Contudo, se não há dados sobre a prevalência da Síndrome Metabólica no Brasil, felizmente temos setas que apontam caminhos positivos a serem trabalhados na Atenção Básica (ELIAS et. al.; 2008), como: orientação da atividade física, acompanhamento nutricional e apoio psicológico.

Segundo Elias et. al., 2008, em pesquisa realizada com um grupo de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Maringá, Paraná, concluíram que pela alta prevalência da S. M., os programas de atividade física aplicada diminuíram a incidência dessa doença e contribuiu para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

La presencia del SM se asocia con la edad, con la actividad física disminuida, con la dislipidemia, la hipertensión, con el tratamiento con antihiperlipidémicos orales y con los niveles de HBA1c $\geq 7.0\%$Varios factores modulan la prevalencia del SM en la presencia de obesidad, incluyendo una calidad nutricional pobre y la carencia de actividad física. (CARVAJAL. C. C. 2017).

São estratégias de trabalho clínico, entre muitas outras, que surgem no hodierno do atendimento do paciente nas Unidades Básicas, para o controle, prevenção e promoção da saúde e poder mitigar a pandemia global emergente da Síndrome Metabólica (LOPES e EGAN, 2005)

5. METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção utiliza-se de dois eixos, o primeiro: a construção do conhecimento científico no cruzamento dos descritores, através de revisão narrativa de literatura em pesquisa bibliográfica nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google

Acadêmico e página Web do Ministério da Saúde. Descritores utilizados: Síndrome Metabólica, Atenção Básica de Saúde, Risco Cardiovascular e Diabetes.

E após o término na construção teórica, ocorre à aplicabilidade do segundo eixo, segue: apresentação a Equipe de Saúde 67, no intuito de interação multidisciplinar, identificação dos pacientes com Síndrome Metabólica, e a identificação de cada usuário dentre as suas comorbidades.

Esse eixo precisa ser sistematizado, pois depende da coleta de pacientes com a S. M., bem como propor agendamento para os usuários, exames laboratoriais, uma nova data de retorno.

Um possível viés de pesquisa, após essa etapa seria a discussão do estudo de caso e a formulação de um Projeto Terapêutico Singular, em consonância multidisciplinar da Equipe de saúde 67.

Sendo que, para a realização das últimas etapas faz-se necessário à integração e acompanhamento dos profissionais que compõe a equipe: enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta. Infelizmente com a atual conjuntura, a unidade não conta com o profissional psicólogo, onde atuaria nos casos expressivos de doença de base como o Transtorno de Ansiedade.

A última etapa do segundo eixo é a avaliativa. Essa fase é onde se extrairá os objetivos propostos, como: vínculo e adesão usuário e equipe de saúde, acompanhamento sistematizado do paciente com S. M. em tratamento e, instigar a prevenção para a associação a doenças cardiovasculares.

A avaliação participativa e com efetivo registro, seja dos aspectos positivos como os negativos vivenciados devem ser discutidos. Isso contribuirá efetivamente para a funcionalidade e posteridade do projeto de intervenção, para o fortalecimento da Atenção Básica na Unidade Básica de Saúde – Cohab Guabiroba, Equipe 67.

6. CRONOGRAMA

O cronograma respeitará as atribuições e organização da respectiva unidade de saúde.

ANO 2017						
ATIVIDADE	JULHO	AGOS.	SETEM	OUTU.	NOVEM.	DEZEM.
Elaboração e contextualização do projeto de intervenção - SM	X	X				
Apresentação e discussão do projeto a equipe de saúde		X				
Execução do plano de ação: levantamento de pacientes com SM, e agendamento de consultas e exames.			X	X	X	X
Avaliação - exames laboratoriais e físicos, com aferição da pressão arterial, glicemia, peso, etc.					X	X
Extração e registro dos resultados					X	X

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os materiais de tecnologia de alto custo, como computador e impressora multifuncional para registro e multiplicação de material, será aproveitado o que já há na Unidade Básica Cohab Guabiroba. No obstante, é preciso fazer solicitação junto

a secretaria de Saúde do Município de Pelotas, a entrega de um pacote de folhas de ofício A4, e um caderno e canetas para o registro.

A margem de acréscimos para o projeto deverá ser observado durante e execução, pois ao decorrer das atividades é factível explorar mais ônus para a realização do mesmo.

8. RESULTADOS ESPERADOS

O projeto de intervenção, aqui descrito tem como pretensão de resultados darem continuidade ao trabalho já iniciado na Unidade Básica Cohab Guabiroba, mas que possui nuances a serem redimensionadas e resolvidas. Seja através da quantificação dos pacientes que sofrem com a Síndrome Metabólica, como a coesão da Equipe de Saúde 67, e a adesão dos usuários.

E ao sistematizar a assistência desses pacientes, em convergência com os propósitos de Atenção Básica de Saúde: promoção e prevenção de saúde fomentar a qualidade de vida desses usuários, acometidos da Síndrome Metabólica e outros agravos.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. CARVAJAL. C. C. **SÍNDROME METABÓLICO: DEFINIÇÕES, EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, COMPONENTES Y TRATAMIENTO.** Medicina Legal de Costa Rica - Edição Virtual Vol. 34 (1), Marzo 2017. Acessado em: 05 de Nov. de 2017.
2. ELIAS, R. G.; FERNANDES, C. A. M.; FONTES, C. E. R.; CUMAN, R. K. N. **Influência da Atividade Física Sobre a Prevalência de Síndrome Metabólica, em Mulheres Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, Maringá – PR.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde. 2008. 88-93. Acessado em: 02 de Nov. de 2017.
3. JUNQUEIRA, A. S. M.; FILHO, R.; MARTINS, L. J.; JUNQUEIRA, C. DE L. C. **Avaliação do Grau de Inflamação Vascular em Pacientes cm Síndrome Metabólica.** Arq. Bras. Cardiol. (on line LILACS) 2009; 93(3): 360-. Acessado em: 28 de Out. de 2017.
4. LOPES, H. F. e EGAN, B. M. **Desequilíbrio Autonômico e Síndrome Metabólica: Parceiros Patológicos em uma Pandemia Global Emergente.** Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração – FMUSP, São Paulo, Brasil - Charleston, South Carolina, USA. 2005. Acessado em: 02 de Nov. de 2017.
5. _____. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Município de Pelotas- R.S. Disponível em: www.ibge.gov.br/ Acessado em: 08 de Nov. 2017.
6. _____.Portal virtual – G1 Rio Grande do Sul. **Programa Jornal do Almoço.** 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/jornal-do-almoco/videos/v/meu-bairro-meu-mundo-visita-o-quabiroba/2757611/>. Acessado em: 08 de Nov. de 2017.
7. _____.Prefeitura Municipal de Pelotas. **Portal virtual – Secretária de Saúde.** 2017. Disponível em: <http://www.cliquesaudepelotas.com.br> Acessado em: 08 de Nov. de 2017.

8. _____ **SANEP – Serviço Autônomo de Abastecimento de Água de Pelotas.** Bairro Cohab Guabiroba. Pelotas, RS. SANEP. Disponível em: [homepage:<g1.globo.com/rs/rio-grande.sul](http://g1.globo.com/rs/rio-grande.sul) Acessado em: 02 de Nov. de 2017

FOTOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GUABIROBA PELOTAS



