

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
YAISEL DIAZ CASTILLO

PORTFÓLIO FINAL

TÍTULO: VISITA DOMICILIAR

MANAQUIRI-AM

2018

YAISEL DIAZ CASTILLO

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Fabiano Fraga de Carvalho, médico de família e comunidade.

MANAQUIRI-AM

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	07
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	14
4 VISITA DOMICILIAR	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
REFERENCIAS	20
ANEXO 1_PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
OUTROS ANEXOS	36

1.INTRODUÇÃO:

Meu nome é Yaisel Diaz Castillo tenho 32 anos de idade, nasci na cidade de Granma, natural do município Bayamo, Cuba. Ali curse meus estudos, e graduei como médica no ano 2009 e como especialista em Medicina Geral Integral no ano 2012. Trabalhe em Venezuela, nos anos 2010 -2012.

Cheguei ao Brasil em julho do ano 2016, trabalho no estado Amazonas, município Manaquiri. Desempenho me como médica na UBAS Alfredo Campos e minha área de abrangência esta constituída pelas comunidades ribeirinhas.

Manaquiri é um município ribeirinho, localizado no interior do estado Amazonas é um dos municípios que integram a Região Metropolitana de Manaus. Consta com uma população de 22.807 habitantes e uma densidade demográfica é de 5,73 habitantes por km², segundo o IGBE 2010.

As pessoas que moram nestas comunidades são muito pobres, com baixo nível cultural, as fontes de trabalho são muito carentes como a pesca e a agricultura, que são as atividades econômicas mais importantes desenvolvidas pela população, existem diferentes tipos de Igrejas 1 Católica, 3 Adventistas do 7mo dia e 2 Testemunhos de Jeová, além de mercados, áreas laser, farmácias e escolas de ensino infantil, fundamental e médio. Nestas comunidades a população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

Nosso município tem uma estrutura de saúde constituída na Atenção Primária (APS) por 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 6 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Delas 2 atendem a população urbana e as outras 4 as comunidades ribeirinhas. Atualmente, na UBAS onde eu atuo existem 4 equipes, cada uma constituída por 1 médico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 técnico odontológico e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O prédio tem uma estrutura física composta por dois andares, no primeiro andar funciona 1 sala de acolhimento, a recepção, 6 consultórios, deles 3 para os médicos de atenção primaria da saúde, 1 odontológico, 1 sala de enfermagem, 1 sala de procedimentos de enfermagem, 1 sala de vacinas, 4 banheiros, deles 1 é para os funcionários, 2 para usuários e 1 para cadeirantes, tem a sala de espera, 1

laboratório, 1 farmácia, 1 almoxarifado, cozinha, 1 área de serviço geral e no segundo andar é a Secretaria de Saúde com toda sua estrutura .

Existe também, fora da UBS, mas como parte da estrutura da APS, 1 Centro de Idosos e 1 sala de fisioterapia. Além disso, contamos com um hospital estadual onde são feitos exames laboratoriais de urgência, RX, ultrassonografias, são atendidos os casos de urgência e emergência médicas referidas pela UBS, os casos mais complexos, são encaminhados a Manaus, para receber atenção especializada. Não temos contra-referências.

A equipe tem uma população adstrita de 2678 habitantes, divididos em 1521 mulheres e 1157 homens, com predomínio da população maior de quinze anos.

2. Distribuição da população da equipe conforme faixa etária e sexo

Idade	Sexo feminino Numero	Sexo masculino Numero	Total Numero
Menor de 1 ano	37	51	88
1 a 4 anos	48	54	102
5 a 9 anos	117	106	223
10 a 14 anos	181	113	294
15 a 19 anos	206	153	359
20 a 39 anos	179	117	296
40 a 49 anos	210	151	361
50 a 59 anos	313	214	527
60 anos e mais	230	198	428
Total	1521	1157	2678

Fonte: e SUS Atenção Básica município de Manaquiri

Quanta morbidade atendida na UBS tem variabilidade, as doenças mais frequentes são a (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), parasitismo intestinal, doenças respiratórias agudas e infecções do trato urinário, as doenças de pele, assim como gastrite e doenças ossomioarticulares.

Este projeto de intervenção é uma proposta para melhorar o acolhimento dos usuários diabéticos na UBS Alfredo Campos. Município Manaquiri. Estado

Amazonas. Incluirá os pacientes diabéticos cadastrados e os que sejam possíveis identificar nas visitas domiciliares que ainda não fiquem cadastrados a fim de registrar eles. Realizar um agendamento organizado das consultas de seguimento normandas pelo programa do Ministério de Saúde

Como metodologia para este projeto será feito um estudo de intervenção com o objetivo de melhorar o acolhimento dos pacientes diabéticos na UBS Alfredo Campos, Município Manaquiri. Amazonas, baseado no estabelecido pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, 2013.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dados pessoais

Nome: L. M. M

Idade: 46 anos

Data de nascimento: 14/01/1971

Sexo: Feminina

Escolaridade: ensino fundamental

Religião: Católica

Estado civil: Casada

Profissão: Agricultora

Esposo: GSM

Data de nascimento do esposo: 10/08/1968

Idade: 49

Profissão: Agricultor e Pescador

Filho: JM

Data de nascimento do filho: 20/03/1989

Idade: 28

Profissão do filho: Motorista

Neto: FM

Data de nascimento do neto: 05/04/2015

Naturalidade: Manaquirí, AM.

Residência Atual: Comunidade Bairro Alto

Município: Manaquirí, AM.

QUEIXA PRINCIPAL:

Poliúria, Polifagia

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (20\01\2017)

Paciente com histórico de obesidade, que acode a consulta muito preocupada porque há 15 dias apresenta poliúria e polifagia, relata que quase não pode dormir, porque passa a noite toda urinando.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: perda de peso de peso ponderal (+/- 10 kg);
Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas;
Tórax: nega dificuldade respiratória;
Abdome: sem alteração;
Sistema Geniturinário: nega disúria;
Sistema endócrino: obesidade;
Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;
Sistema nervoso: nega sintomas

ANTECEDENTES PESSOAIS:**Fisiológicos:**

Nascido parto normal

Telarca 11 anos;

Menarca 13 anos;

Sexarca 15 anos;

História Obstétrica: G1 P1n A0.

Patológicos:

Doenças da infância: (Sarampo)

Antecedente de: Obesidade

Antecedentes Familiares

Pai: DM

Mãe: HTA

Irmãos: Dois com DM

Condições de Vida:

- Alimentação: Predominantemente carboidrato, alimentos gordurosos e carnes majoritariamente gado em churrasco, pouca fruta e verduras.
- História ocupacional: Agricultora durante mais de 20 anos
- Atividades físicas: Sedentária.
- Vícios: Nega consumo de drogas, álcool e tabagismo, só café em ocasiões.

- Condições socioeconômicas: pouco adequadas, a renda familiar é de um salário mínimo (só o esposo e ela trabalham na agricultura)
- Vida conjugal estável e ajustamento familiar ótimo.

EXAME FÍSICO

Paciente em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fâcies normal, fala e linguagem típica, biótipo obeso, atitude voluntária, mucosa hipercorada (+/4+), hidratada (+/4+), afebril ao toque.

Sinais Vitais: Temperatura: 36,5°C;

PA: 110\80 mmhg; FC: 76 bpm;

Medidas Antropométricas: Peso: 85 kg, Altura: 1,67 cm.

Circunferência abdominal: 91 cm

Estado Nutricional: IMC: 30,47

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem;

Palpação: expansibilidade normal;

Percussão: sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: abombado, ausência de circulação colateral, que segue os movimentos respiratórios.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: timpânico

Palpação: não doloroso a palpação superficial nem profunda, ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades: Simétricas, com presença discreta de edema em membros inferiores, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica:

1. Suspeita de Diabetes Mellitus
2. Obesidade

Conduta:

1. Oriente alimentação saudável com restrição de açúcar, sal, gorduras, realizar atividade física regular, evitar o fumo, álcool e estabelecer metas de controle de peso, controle da PA por sete dias, além o cuidado dos pés.
2. Solicito exames (Glicemia de jejum (GJ), Hemoglobina Glicada (HbA1C), Colesterol total (CT), HDL, triglicerídeos(TG), Ureia, Creatinina, exame de urina tipo 1 (EAS)
3. Avaliação pela Nutricionista;
4. Avaliação Oftalmologia;
5. Avaliação pelo Dentista;
6. Retorno em 7 dias para avaliação.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 27/01/2017)

Paciente em bom estado geral refere que começou a diminuir a quantidade de gorduras na dieta, ainda continua com poliúria e polifagia, acode para mostrar exames solicitados na consulta anterior. Exames laboratoriais: Hb Glicada: 11,8%, Glicemia em jejum: 292 mg/dl, Colesterol 378 mg/dl, HDL 50 mg/dl Triglicerídeos 145 mg/dl, EAS: glicosúria(+++), Ureia 25 mg/dl e Creatinina 0.6 mg/dl). Relata já foi avaliada pelo dentista e nutricionista. Pendente avaliação oftalmológica
PA: 120\80 mmhg.

Hipótese diagnóstica:

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Obesidade
3. Dislipidemia

Conduta:

1. Orientações sobre alimentação e a importância de fazer dieta estrita e manter acompanhamento com a Nutricionista e realizar atividade física regular.
2. Metformina 500 mg duas vezes ao dia após do café e janta.
3. Sinvastatina 20 mg\ comp 1 comp de noite.
4. Solicito Exames Glicemia de jejum, Hb Glicada e EAS.
4. Retorno quinzenal.

3ª Consulta (Dia 11/02/2017)

Paciente diabética em uso de Metformina, que veio a consulta para avaliação, relata sentir se melhor, está fazendo regime e atividade física. Trouxe resultados de exames solicitados Glicemia em jejum: 175 mg/dl, Hb Glicada: 6.7%, e EAS normal.

PA: 110/70 mmhg

Conduta:

- Manter dieta estrita
- Mudança da Metformina 850 mg 1 comp após das refeições(café e janta)
- Sinvastatina 20mg 1 comp a noite
- Manter atividade física regular
- Retorno mensal
- Solicito exames de controle.

4ª Consulta (Dia 13/03/2017)

Paciente que refere estar muito melhor, segundo seu esposo da para parabenizar, pois tem diminuído a quantidade de coisas que comia. Foi avaliada pela Oftalmologista com fundoscopia normal.

Glicemia hoje: 100 mg\dl

PA: 110\70.

Medidas Antropométricas: Peso: 77 kg, Altura: 1,67 cm.

Circunferência abdominal: 86 cm

Estado Nutricional: IMC: 27.60

Conduta:

- Manter dieta estrita e uso continua das medicações
- Manter atividade física regular
- Retorno em 3 meses
- Solicito exames de controle
- Convidamos ao Grupo de Qualidade de Vida

PLANO:

1. Visita domiciliar: A equipe fomos a fazer visita domiciliar onde corroboramos o cumprimento da dieta e o bom uso das medicações prescritas.
2. Visita a cada 15 dias pela agente Comunitária de Saúde e verificar o uso dos medicamentos e a pratica de exercícios físicos.
3. Manter vigilância da assistência ao Grupo de Qualidade de Vida.
4. Retorno a consulta com controle pelos exames cada 3 meses.

Este caso tem muita importância para nossa equipe, pois fizemos um bom estudo desta doença, já que a maioria da nossa população não conhece de seus fatores de risco, complicações, manter uma alimentação adequada assim como a importância de realizar exercícios físicos para manter uma vida saudável.

Na revisão dos Cadernos de Atenção Básica 36, edição 2013, pag. 53, considera se que para os usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 deve iniciar se o tratamento com Metformina a doses baixas durante ou após das refeições com o objetivo de evitar sintomas gastrointestinais, logo a doses pode ser aumentada caso não surjam efeitos adversos. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Foi de muita utilidade o relatado nas Novas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014 – 2015) onde falaram que as pessoas que apresentam

fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2, devem fazer consulta medica de forma continua e exames complementares com frequência, alem disso o paciente devera ficar mais atento se tivesse um pai ou irmão com DM.

A obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de riscos para o DM tipo 2, estima-se que entre el 80 e 90 % dos indivíduos acometidos por essa doença são obesos, faz referência no caderno UniFOa, edição no 11, dezembro 2009 (capitulo 69:Relação entre Obesidade e DM tipo 2).

Na edição no 17, dezembro 2011 cap. 89, fala que a melhor maneira de tratar e prevenir a dislipidemia e os DM tipo 2 e praticando atividades físicas, obtendo hábitos alimentares mais saudáveis e fazendo o uso de medicamentos adequados.

Segundo o artigo da revista Tua Saúde (maio 2016) a nutricionista Tatiana Zanin, comenta sobre a dieta para os pacientes com DM que sugere ser orientada por um nutricionista, esta deve ser pobre em açúcar e seguida diariamente, o que faz parte do tratamento que ainda deve incluir atividade física regular e o uso de medicamentos como a metformina orientado pelo medico.

Foi da muita utilidade o Manual de controlo e seguimento da Diabetes Mellitus Programa de Prevenção da Diabetes Mellitus e outros distúrbios metabólicos. Praia, Agosto de 2015.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Eu atuo, na UBAS Alfredo Campos no município Manaquirí do Estado de Amazonas, há um ano, atendo uma população de 2678 habitantes. Nosso município tem uma estrutura de saúde constituída na Atenção Primária (APS) por 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 6 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dessas 2 atendem a população urbana e as outras 4 as comunidades ribeirinhas. Atualmente, na unidade onde eu atuo existem 4 equipes, cada uma constituída por 1 médico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 técnico odontológico e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Quando eu comecei a trabalhar neste município, o trabalho não ficava muito organizado, as consultas não eram agendadas, mas por demanda espontânea, o que provocava dificuldades para um bom acompanhamento das grávidas, crianças e usuários com doenças crônicas. Aproveitei a primeira reunião da equipe para planejar em conjunto uma estratégia para organizar e melhorar o acolhimento e acompanhamento deste grupo de pacientes.

3.1 Pré-natal

Nosso trabalho está acompanhando o atendimento das grávidas desde o início da gravidez, e contamos com apoio dos ACS, para garantir um melhor acompanhamento, e sempre convidamos o parceiro a todas as consultas.

Nas visitas domiciliares e nas consultas de pré-natal fazemos ações de promoção e prevenção em saúde; aplicando as técnicas de comunicação tais como: atender, ouvir, perguntar, responder, recomendar. Falamos de alguns temas como aleitamento materno exclusivo, imunização por vacinas, higiene pessoal, sobre a posição adequada do bebe para dormir, assim como a importância do acompanhamento na gravidez e da criança pela equipe de saúde com a participação do pai o qual nos oferece um grande apoio.

Atualmente temos uma média de mais ou menos 6 consultas feitas por mim a cada grávida alternando com as enfermeiras, sem contar as feitas pelo especialista.

É muito importante destacar, a avaliação correta dos exames realizados durante o pré-natal, e sua monitorização ao longo do tempo, o seguimento

nutricional antes do início do Pré-natal e pós-parto, o seguimento odontológico, e psicológico, o correto acompanhamento na unidade de saúde e domiciliar, assim como, avaliar o desenvolvimento do novo ciclo familiar e comunitário da grávida, monitorar o uso correto de medicação durante o período, e valorizar apoio familiar e oferecer ferramentas educacionais desde os âmbitos de promoção e prevenção em saúde nesta etapa.

Em cada consulta de pré- natal sempre falamos das ações de promoção, educando as grávidas sobre o consumo de sal e de gorduras. Vale lembrar, que as pessoas que moram em nossa população, são muito pobres, com baixo nível cultural, com maus hábitos alimentares e temos uma incidência muito elevada de HAS e DM.

É importante resaltar que a mulher grávida tem que fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beber água, pelo menos dois litros (de 6 a 8 copos) por dia. O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das praticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional da saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo. Segundo Caderno de Atenção Básica (CAB No32 Brasília 2013)

3.2 Puericultura

Nossa equipe de trabalho também tem feito um grande trabalho referente às consultas de Puericulturas, as mesmas antes não eram agendadas, e os pais das crianças não davam a importância adequada, isso fez com que nossa equipe a cada dia fizesse mais ações de promoção e prevenção de saúde, ensinando a importância de trazer as crianças para as consultas de puericultura. Pois mediante as mesmas os pais das crianças ficam conhecendo sobre o adequado desenvolvimento de seus filhos, a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida e todos os benefícios da mesma tanto para a criança como para a mãe, e aprendem a oferecer uma alimentação saudável a partir dos seis meses de vida da criança.

O Ministério de saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1 semana de vida, no 1 mês, 2 mês, 4 mês, 6 mês, 9 mês e 12 mês),

além de duas consultas no 2 ano de vida (no 18 e no 24 mês), e a partir dos 2 ano de idade, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Segundo Cadernos de Atenção Básica (CAB No 33 Brasília-DF 2012).

A Puericultura constitui um ato muito importante para cuidar, proteger e vigiar o crescimento e desenvolvimento das crianças.

3.3 Saúde Mental

O nosso principal desafio na atenção dos pacientes com transtornos mentais se refere a busca por eles de receituário de medicação controlada, pois eles geralmente estão acostumados a vir na UBAS e pegar o receituário quando acabada o medicamento, quando chegam na unidade não querem pegar atendimento, pois eles acham que é só para renovar o receituário. Em muitas ocasiões os pacientes ficaram bravos quando não conseguem o que querem, por esta razão fizemos um trabalho com os mesmos e com a grande ajuda dos ACS mediante as visitas domiciliar onde foi explicado a importância de agendar a consulta mensal. Deste jeito eles nunca ficaram sem medicação e nosso trabalho está mais organizado, pois agora temos todos os prontuários organizados em uma pasta, e a mesma conta com todos os dados necessários da doença que tem cada um e a medicação que precisam.

4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma ferramenta muito importante para um bom desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde, pois é graças a esta ferramenta que podemos conhecer a realidade de nossos pacientes (condições de vida, o meio onde se desenvolverem e condições higiênico – sanitárias da vivenda).

Na Unidade de Saúde existem prontuários de todos os moradores, organizados por famílias, além de ter uma Equipe de Saúde destinada para estas comunidades, composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um agente de saúde que visita regularmente todas as casas. Com ajuda dos ASC temos estabelecido um cronograma de visita domiciliar, pois os mesmos tem feito um levantamento de todos os pacientes com doenças crônicas, acamados, pacientes que tomam medicação controlada, os adultos maiores, as grávidas, os lactantes da sua área de abrangência assim como a população em geral.

Os principais problemas de saúde identificados no território ficam relacionados com as condições, de pobreza e higiênico sanitárias deficientes, predominam doenças do aparelho respiratório, digestivo, dermatológicas e os distúrbios osteomusculares, além das lesões por esforços repetitivos.

É muito importante destacar que além de todas as melhorias tidas em nossa UBS relacionado com as visitas domiciliar, em ocasiões apresentam dificuldades para a realização das mesmas, pois na minha área de abrangência correspondem as comunidades ribeirinhas do município de Manaquiri/AM, tendo em vista que estas visitas são realizadas em lanchas ou botes pelo rio, às vezes não contamos com os recursos necessários para realizar as visitas domiciliares, em ocasiões às condições climatológicas também não nos permitem deslocarmos até as vivendas dos pacientes. Durante o ano existem dois períodos do tempo onde a realização das visitas é muito difícil para nossa equipe de trabalho, pois uma destas etapas é quando o rio fica muito cheio e a outra fica muito seca, o qual impossibilita nosso trabalho.

Atualmente as visitas em domicílios são escolhidas pela equipe de trabalho, ou seja, a Gerente da UBS que agenda tais visitas, tendo em vista que alguns dos pacientes precisam de mais atenção da equipe de trabalho por se tratar de pessoas com algum tipo de necessidade e/ou enfermidade especial. Os critérios que são avaliados na hora de decidir a visita em domicílio são os seguintes: os pacientes mais idosos, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, aqueles que moram sozinhos, e, principalmente por residirem em comunidades ribeirinhas longe e de difícil acesso a Unidade Básica de Saúde – UBS, uma vez que se trata de pessoas de baixa renda e sem acesso as tecnologias (ex. celular ou telefone rural), levando em consideração que as consultas podem ser agendadas por telefone, e desta forma não conseguem chegar até a UBS e ser atendidos, pois como possuem uma condição econômica baixa e com tantas dificuldades de locomoção entre a residência e a unidade de atendimento, haja vista que os meios de transportes são fluviais ou terrestres, isto é, muitas das vezes não têm dinheiro para comprar combustível ou pagar o transporte.

Que diante de toda a situação enfrentada pelos pacientes, e por sua força de vontade de lutar diariamente pela sobrevivência e por uma saúde melhor diante das inúmeras dificuldades, só nos resta acreditar que cada atendimento feito a essas pessoas temos a certeza que estamos no caminho certo, e que podemos sempre nos superar como profissional, e assim dar sempre o melhor fazendo com que cada paciente se sinta único, pois algumas vezes além dos remédios prescritos, um diálogo bom com esses pacientes é capaz de fazer suas esperança renascer que dias melhores irão vim.

Diante disso, estou muito satisfeita e grata em trabalhar com as pessoas que moram nas comunidades, pois sinto que sou muito importante para elas, porque contam com minha ajuda quando ficam doentes, além disso as visitas nas comunidades são muito enriquecedoras para minha formação, haja vista que é possível conhecer as difíceis situações onde moram muitas pessoas. Acredito que muitas coisas podem ser melhoradas com a participação da equipe, e um dos fatores mais relevantes da visita domiciliar, é a possibilidade de ensinar aos moradores das comunidades as medidas de prevenção e promoção das doenças, a fim de melhorar suas condições de vida.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Curso de Especialização tem sido uma ferramenta de grande ajuda para mim, pois durante todo esse tempo de estudo tenho aprendido muito, desde a Eixo 1 onde estudamos o surgimento da saúde pública no Brasil, bem como sua implementação, assim como surgiu o SUS, e suas diretrizes, o PMAQ, NASF, e a importância desses órgãos para a população, bem como os casos complexos do Eixo 2, na qual foi a unidade que mais gostei e me identifiquei, porque foi como os casos apresentados que podemos aprender os protocolos de muitas doenças do Brasil, e também ter o privilégio de adquirir conhecimentos sobre doenças que em meu país não existem, tais como o Paludismo, Doenças de Chagas, Leishmaniose entre outras. E um dos momentos mais imprescindíveis da minha especialização, é obter conhecimento sobre o atendimento aos pacientes, tendo em vista que as consultas são feitas através de agendamento, no qual torna o trabalho da equipe mais organizado, e principalmente facilita a vida das pessoas que buscam atendimento junto à unidade de saúde. Todavia, em caso de necessidade de encaminhamento dos pacientes para ser avaliado por especialistas todo o procedimento é feito através do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Desta forma, através do Curso de Especialização tive o privilégio de obter mais conhecimento sobre a prática profissional, e também adquirir mais habilidade como médica da Atenção Primária de Saúde, e da mesma maneira o uso da ferramenta do portfólio tem sido uma grande batalha para me, considerando que é uma forma diferente de estudo e preparação como médica das comunidades, logo com isso tive que aprender uma forma diferente de ensino, isto é no começo houve dificuldade do aprendizado, entretanto o curso conta com professores bem capacitados, e tenho uma enorme admiração, pois a cada módulo obtinha muito êxito, e com muito esforço e dedicação estou cumprindo meus objetivos perante o Curso de Especialização.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
3. Caderno UniFOa, edição no 11, dezembro 2009 (capítulo 69:Relação entre Obesidade e DM tipo 2).
4. Manual de controlo e seguimento da Diabetes Mellitus
Programa de Prevenção da Diabetes Mellitus e outros distúrbios metabólicos. Praia, Agosto de 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré- Natal de Baixo Risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80p. il. (Caderno de Atenção Básica No32)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 61p. il.(Caderno de Atenção Básica No33)

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

YAISEL DIAZ CASTILLO

**Melhoria do acolhimento para pacientes diabéticos na UBS
Alfredo Campos, Município Manaquiri. Amazonas.**

PORTO ALEGRE

MARÇO 2017

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta para melhorar o acolhimento dos usuários diabéticos na UBS Alfredo Campos. Município Manaquiri. Estado Amazonas. Incluirá os pacientes diabéticos cadastrados e os que sejam possíveis identificar nas visitas domiciliares que ainda não fiquem cadastrados a fim de registrar eles. Realizar um agendamento organizado das consultas de seguimento normadas pelo programa do Ministério de Saúde e desenhar uma estratégia de acolhimento de conjunto com a equipe que será redesenhada com o percurso das semanas, estratégia que ficará ao final do estudo como rotina no atendimento do paciente diabético na Unidade de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes, Acolhimento.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Problema.....	5
3. Justificativa.....	6
4. Objetivos	
4.1 Objetivos gerais.....	7
4.2 Objetivos específicos.....	7
5. Revisão de Literatura	
5.1 Diabetes Mellitus.....	8
5.2 Acolhimento.....	9
6. Metodologia.....	11
7. Cronograma.....	12
8. Recursos necessários.....	13
9. Resultados esperados.....	14
10. Referências Bibliográficas.....	15

INTRODUCCION

A atenção básica também conhecida como atenção primária em saúde constitui a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Tem como objetivo fundamental fazer uma orientação coerente sobre a prevenção de doenças, oferecendo soluções para agravos e organizando o encaminhamento até os diferentes níveis do sistema, garantindo deste jeito a atenção integral e o direcionamento dos usuários desde níveis mais simples a outros com complexidade superior, atuando como um filtro que organiza os fluxos do Sistema Único de Saúde (SUS). (Atenção básica - SUS: O que é?)

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (2).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). (3). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. (BRASIL 2010)

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. (BRASIL 2012)

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, possível de

ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. (BRASIL 2012)

As doenças crônicas constituem um dos principais motivos de consulta na Atenção Básica quanto à população adulta nos referimos, as de maior relevância são a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial que atuam nestas idades como doenças em si e como fatores de risco para doenças cardiovasculares que agravam a situação e reduzem a esperança de vida da população em muitas ocasiões em idades onde ainda são socialmente úteis para a família e a sociedade.

A Diabetes Mellitus em particular requer de um cuidado continuado e permanente que garanta um controle glicêmico correto. Além de precisar da equipe de saúde muita entrega profissional e constância nas ações para obter resultados efetivos.

O acolhimento do paciente diabético constitui um dos pilares fundamentais para lograr estes resultados, baseado no próprio conceito de construção de relações de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços e desta maneira estabelecer vínculos que façam ao usuário responsável pela sua saúde e obter mudanças ostensíveis nos estilos de vida que melhorem sua qualidade de vida.

Baseado nestas considerações considera muito útil trabalhar na melhoria do acolhimento na Unidade Básica de Saúde Alfredo Campos do paciente a fim de dar um atendimento integral e particularizado a este grupo de usuários.

2. PROBLEMA

Dificuldades no acolhimento dos pacientes com Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Alfredo Campos. Município Manaquiri. Estado Amazonas.

3. JUSTIFICATIVA

Na área adstrita do Município Manaquiri possui uma população de 22 801 habitantes, segundo censo do IBGE 2010, a maioria mora nas comunidades ribeirinhas, alcançando a população rural um total de 15 739 habitantes, da população total os maiores de 15 anos são 14 158, cadastrados na Unidade e Saúde encontram-se 981 pacientes portadores de Diabetes Mellitus. A atenção deste grupo de pessoas com esta doença crônica resulta de vital importância para oferecer um serviço de qualidade pela equipe de saúde pelo que decidimos fazer este estudo de intervenção que permita melhorar o acolhimento do paciente diabético que seja estabelecida na unidade de saúde como rotina do serviço.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

4.1.1 Melhorar acolhimento dos pacientes diabéticos na UBS Alfredo Campos, Município Manaquiri. Amazonas.

4.2 Objetivos Específicos:

4.2.1 Identificar o total de pacientes diabéticos da área adstrita.

4.2.2 Agendar organizadamente o atendimento de pacientes diabéticos da área.

4.2.3 Estabelecer programa de acolhimento para pacientes diabéticos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada pela hiperglicemia crônica, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente sua ação metabólica (BRASIL,2006). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária a Saúde (APS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Com o envelhecimento da população o DM vem aumentando em prevalência. O Ministério da Saúde estima que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sejam portadores de DM. Em Porto Alegre a prevalência estimada está em torno de 9% (BRASIL 2013).

Os efeitos da Diabetes Mellito a longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. Diabetes Mellitus pode apresentar sintomas característicos tais como sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves pode desenvolver-se cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetônico que pode conduzir letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. Na maioria das vezes os sintomas não são graves, podendo até estar ausentes, e conseqüentemente pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA).

Os efeitos longo prazo da Diabetes Mellitus incluem o desenvolvimento progressivo das complicações específicas de retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir insuficiência renal, e/ou neuropatia com risco de ulcerações nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. As pessoas que sofrem de diabetes têm um

risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular. Estão envolvidos no desenvolvimento da diabetes, vários mecanismos patogênicos. Estes incluem mecanismos que destroem as células-β do pâncreas com consequente deficiência de insulina, e outros que resultam na resistência à ação da insulina. As perturbações nos metabolismos glucídico, lipídico e proteico devem-se à deficiente ação da insulina nos tecidos alvo que resulta da insensibilidade ou falta de insulina. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA)

Existem dois tipos de Diabetes Mellitus, que são:

Tipo I: Apenas 10% dos diabéticos têm a diabetes tipo I, esse tipo se manifesta principalmente em crianças e adolescentes. Nela, o pâncreas do indivíduo produz pouca insulina ou nenhuma, pois as células betas, que são as que produzem a insulina, são destruídas de uma forma irreversível e é necessário receber injeções diárias de insulina. Deve-se controlar a insulina, a alimentação e fazer exercícios.

Tipo II: Também aparece em crianças e jovens, mas é mais comum depois dos 30 anos, em pessoas obesas e pessoas idosas. Neste tipo o pâncreas continua a produzir a insulina, mas neste caso é o organismo que se torna resistente aos seus efeitos. O tipo II é comum também para quem tem casos na família. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA)

5.2 Acolhimento

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. A Conferência Nacional de Saúde do último ano, que teve como eixo temático “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”. (Brasil. 2013)

Culturalmente, esta prática muitas vezes é restrita, ora a uma dimensão espacial, como lugar confortável, onde é feita a recepção dos indivíduos, ora à

noção de triagem que seleciona quem passará por atendimento, numa lógica de exclusão daqueles não selecionados. Estas noções não devem ser tomadas isoladamente para não restringir o acolhimento. Quando isso acontece, as unidades permanecem convivendo com as famosas filas que priorizam o atendimento por ordem de chegada, atendem sem critérios de classificação de risco e reproduzem um modelo preocupado com a produção de procedimentos e atividade em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos. Nesta concepção, o foco da atenção é a doença e não o sujeito e suas necessidades (BRASIL,2006)

O acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, com conseqüente organização de demanda espontânea e programada. Contudo, a implantação do acolhimento não é tarefa fácil, pois requer mudança organizacional dos serviços e quebra cultural das formas de acesso aos mesmos. Exige da equipe o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, para a instrumentalização dos profissionais e o estabelecimento de um novo processo de trabalho. Além disso, faz-se necessária a mobilização e participação popular em todas as etapas desta mudança. Portanto, é imprescindível a articulação entre gestor, equipe, e conselho municipal de saúde, para que haja consolidação de um serviço equânime, voltado para as necessidades da população (CASTRO E SHIMAZAKI, 2006)

6. METODOLOGIA

Será feito um estudo de intervenção com o objetivo de melhorar o acolhimento dos pacientes diabéticos na UBS Alfredo Campos, Município Manaquiri, Amazonas, baseado no estabelecido pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, 2013.

Utilizando os registros do Sistema de Informação SSC/GHC serão identificados os pacientes cadastrados como diabéticos pertencentes às comunidades ribeirinhas da área de abrangência da equipe Ressaca Barroso, esta atividade incluirá a pesquisa ativa nas comunidades com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de detectar os doentes não cadastrados e registrar eles.

A partir dos registros já atualizados será feito o agendamento organizado das consultas para o atendimento, que inclua o seguimento tendo em conta a periodicidade estabelecida no Programa do Ministério de Saúde.

Será desenhado pela autora da investigação de conjunto com a equipe um programa de acolhimento para pacientes diabéticos que comece nas comunidades com a divulgação das vantagens de consultas periódicas e continuara na Unidade de Saúde no dia de consulta, este programa será redesenhado seguem as experiências obtidas no transcurso das semanas da investigação e com a participação da equipe.

7. CRONOGRAMA:

Procedimento	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Encontro com a equipe para capacitação e organização do trabalho	x					
Busca das informações no sistema de informação do SSC/GHC	x					
Cadastramento dos casos não registrados	x					
Agendamento de consultas programadas	x	x	x	x	x	x
Desenho de estratégia de acolhimento	x					
Aplicação de estratégia de acolhimento	x	x	x	x	x	x
Encontro com a equipe para avaliação da estratégia		x	x	x	x	x

8. RECURSOS NECESSÁRIOS.

- ✓ Sala para encontro com a equipe
- ✓ Balança
- ✓ Esfignomanometro
- ✓ Glicometro
- ✓ Fitas para glicemia capilar
- ✓ Requisição para exames laboratoriais
- ✓ Equipamento de multimídia para atividades educativas
- ✓ Canetas
- ✓ Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- ✓ Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS
- ✓ Boletins de atendimento coletivo
- ✓ Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

9. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Facilitar o acolhimento aos pacientes com Diabetes Mellitus
- ✓ Compartilhamento de vivências e conhecimentos
- ✓ Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente
- ✓ Procurar adesão á assistência a consultas e adesão ao tratamento
- ✓ Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.
- ✓ Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar
- ✓ Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida

10.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde(Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1268-1 1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Título. II. Série
- CASTRO, A. J. R., SHIMAZAKI, M. E. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte/Minas Gerais: ed. Gutenberg, 2006. 240p.
- FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE 2ª edição 5ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. O que é Diabetes. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/> 2016.

OUTROS ANEXOS

1 Genograma do Caso Clínico



