

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Gisele Perondi Leichtweis

CUIDADOS EM SAÚDE PARA PACIENTES COM COMORBIDADES
CRÔNICAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA FÉ, CAXIAS DO SUL/RS

Porto Alegre, 2017

Gisele Perondi Leichtweis

CUIDADOS EM SAÚDE PARA PACIENTES COM COMORBIDADES
CRÔNICAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA FÉ, CAXIAS DO SUL/RS

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como parte das atividades do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.

Tutora: Aline Picoli Benvenutti

Porto Alegre, 2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	07
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	12
4 VISITA DOMICILIA/ ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	17
5 REFLEXÕES CONCLUSIVAS	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXO 1	23

INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

A aluna Gisele Perondi Leichtweis tem 29 anos, natural de Caxias do Sul/RS. Graduada em Medicina pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), em agosto de 2015. Trabalhou como médica plantonista no PA 24h em Caxias do Sul e na UPA 24h em Bento Gonçalves. Também atuou em serviços particulares de medicina do trabalho em Caxias do Sul. Atualmente está vinculada ao Programa de valorização do profissional da atenção básica (PROVAB), alocada na UBS Santa Fé em Caxias do Sul/RS (Figura 1).



Figura 1:UBS Santa Fé – Caxias do Sul/RS Fonte: Prefeitura de Caxias do Sul

A cidade de Caxias do Sul localiza-se na serra gaúcha e foi colonizada por imigrantes italianos. Conhecida por sua forte indústria, atrai milhares de pessoas, de várias partes do país e do mundo, todos os anos, em busca de oportunidades no setor metal mecânico. Segundo o IBGE, atualmente a cidade possui cerca de 465mil habitantes. Cerca de 96,29% vivem na área urbana e 3,71% na área rural. A maior causa de morbidade geral na população é por causas cardiovasculares, seguida por causas externas.

No aspecto de assistência a saúde, Caxias do Sul (Figura 2) tem 47 unidades básicas de saúde, sendo que em 24 delas tem estratégia de saúde da família (ESF). Apresenta três hospitais que atendem a rede SUS e também conta com a UPA24h que atende urgência adulto, pediátrica e psiquiátrica.

Tem como apoio a equipe do SAMU e ainda disponibiliza de serviço médico especializado e centro de reabilitação física.

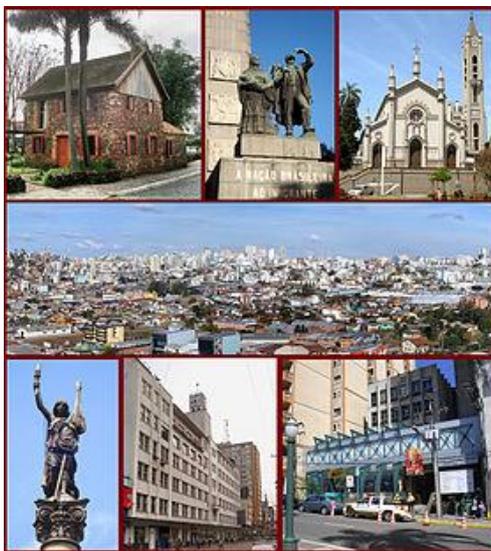


Figura 2: Caxias do Sul/RS – Fonte: prefeitura de Caxias do Sul

A UBS Santa Fé está localizada no bairro Santa Fé (Figura 3), as margens da Rota do Sol (RS 453). É um bairro bastante urbanizado, tem saneamento básico e calçamento em toda sua abrangência. A população é bastante humilde, sendo composta em geral por classe média baixa, vulnerável a criminalidade. O bairro tem como ponto crítico o tráfico de drogas disseminado.



Figura 3: Bairro Santa Fé, Caxias do Sul/RS Fonte: Prefeitura de Caxias do Sul

A UBS conta com 2 equipes de ESF, tendo cada uma: 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 5 agentes de saúde. Além disso, conta 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 dentista e 1 auxiliar bucal. Também tem NASF, que disponibiliza 1 educador físico. Também conta com 2 higienizadoras e estagiários vinculados ao curso de enfermagem e educação física da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG).

A maior demanda da UBS são os idosos, que realizam acompanhamento de doenças crônicas. As principais doenças acompanhadas na UBS são a diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial. Dentre os pacientes adultos apresenta grande número de tabagistas. Também apresenta grande volume de crianças em idade escolar, tendo como prevalência as doenças respiratórias, como asma e rinite alérgica. Outra situação recorrente são as mordeduras por cachorros de rua. Por ser um bairro as margens da RS 453, muitos animais são abandonados ali e acabam vagando pelas ruas.

O bairro apresenta 2 escolas municipais de ensino fundamental e 1 escola estadual também de ensino fundamental. Conta com salão comunitário da associação dos moradores e CRAS Norte (Centro de Referência em Assistência Social). Apresenta 1 creche municipal para crianças de 0 a 5 anos, e dois centros educaticos (Murialdo e Centro de fortalecimento de vínculos)

Acompanhando o dia a dia da UBS e o fluxo de pacientes, foi constatado pelas equipes da UBS em reunião geral, que a população de idosos em acompanhamento para doenças crônicas (diabetes e hipertensão), estava fazendo uso errado das medicações de uso contínuo. Diante disso, foi idealizado projeto de intervenção junto ao grupo de HiperDia, para melhor esclarecimento e orientações sobre o uso correto das medicações e sobre as comorbidades mais prevalentes nessa população. Buscou-se através da educação dos pacientes alcançar uma maior adesão ao tratamento farmacológico proposto, além de mudanças no estilo de vida como alimentação saudável e introdução de atividade física, melhorando assim a qualidade de vida do paciente. Mais detalhes desse projeto serão apresentados no anexo desse trabalho.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

E.F.P, 65 anos, casada, analfabeta, aposentada, hipertensa, diabética tipo 2 insulino dependente, com dislipidemia de difícil controle e grau leve de retardo mental. Mora com o esposo, ambos com dificuldades cognitivas acentuadas, se conheceram durante internação em clínica psiquiátrica. O esposo também apresenta comorbidades crônicas como hipertensão e dislipidemia. Devido à dificuldade de compreensão, apresentam problemas para utilizar os remédios prescritos da maneira correta. Esta tem sido a principal dificuldade para melhorar a efetividade do tratamento. Apresentam alimentação desregrada. Cometem alguns exageros como comer diariamente grandes quantidades de pães, bolos, massas, salame, queijos, entre outros, o que dificulta o controle de colesterol e glicemia, além de acarretar em excesso de peso. Já foram encaminhados para acompanhamento com nutricionista, porém referem 'passar fome' com a dieta prescrita. Atividade física também não faz parte do dia a dia do casal.

Moram em uma casa de dois pisos, sendo primeiro piso de alvenaria e o segundo piso de madeira. A residência é bem organizada, arejada e limpa. Fazem uso de fogão a lenha para preparar as refeições. A casa fica localizada próxima ao centro comunitário do bairro, e possui calçamento na rua, rede de esgoto e água encanada. O casal tem somente um filho, casado, que por sua vez tem 2 filhos, um de 9 e outro de 5 anos. O filho mora na mesma rua com a sua família, porém eles não têm muito contato. E.F.P relata que o filho trabalha fora e não tem muito tempo para visitar os pais. Os netos visitam os avós nos finais de semana quando possível. É a nora quem presta alguma assistência ao casal. Sempre vão sozinhos às consultas médicas, mesmo quando solicitado acompanhante. Não há relato de conflitos familiares.

Medicações de uso contínuo: Hidroclorotiazida 25mg/dia, Losartana 50mg/dia, AAS 100mg/dia, Metformina 850mg 3cp/dia, Insulina NPH 35 UI manhã e 35UI a noite, insulina regular conforme HGT, Omeprazol 20 mg/dia, Fenofibrato 200mg/dia, Fluoxetina 20mg/dia, Carbamazepina 200mg 2cp/dia.

História médica pregressa: internação psiquiátrica por depressão há 30 anos, acompanha com psiquiatra. Crise convulsiva de etiologia não elucidada, acompanha com neurologista. Herniorrafia umbilical há 5 anos. Uma gestação, sendo parto cesário.

Histórico familiar: Mãe diabética e hipertensa. Pai sem comorbidades conhecidas.

E. F. P apresenta diabetes e hipertensão descontroladas devido a má adesão ao tratamento. A dificuldade mostrou-se bastante evidente após solicitação de exames laboratoriais. A paciente que já faz acompanhamento com endocrinologista e nutricionista, mostrou resultado piores após mudança do esquema de insulinoterapia e introdução de dieta proposta pela nutricionista. Acompanhada também na UBS, onde trouxe os resultados abaixo:

Data	13/03/2016	18/06/2016
Glicemia (mg/dL)	287	308
HbA1C (%)	11,50%	13,90%
Colesterol total (mg/dL)	292	298
HDL/LDL (mg/dL)	31/170,5	30/175,7
Triglicerídeos (mg/dL)	320	332
Creatinina	1,1	1,2

Tabela 1: Resultado de exames laboratoriais realizado antes e após troca de prescrição por endocrinologista.

Abaixo estão listadas as dificuldade enfrentadas pelo casal para seguir o tratamento farmacológico, identificadas durante consulta médica:

- E.F.S é analfabeta, não consegue distinguir os medicamentos.
- O casal não conseguia preparar as refeições de acordo com o proposto pela nutricionista.
- Esquecimento dos horários da administração dos remédios.
- Moram sozinhos, sem assistência familiar adequada.
- Baixa cognição do casal. Ao ser prescrito novo tratamento pelo endocrinologista, eles não sabiam mais como tomar nenhuma das medicações.

Após diagnosticadas as fragilidades do casal, foram feitas as seguintes intervenções:

- Separação das medicações em saquinhos, com distinção de horário através de desenho.
- Visita da ACS semanalmente para tirar dúvidas e auxiliar.
- Visita domiciliar médica conforme disponibilidade do carro.
- Participação do casal no grupo de HiperDia para tirar dúvidas, integração com outras pessoas na mesma situação e introdução de atividade física.
- Mantido acompanhamento com nutricionista, porém com abordagem elucidativa da dieta para melhor compreensão.
- Passado caso para assistente social para tentar aproximação e maior auxílio do filho com o cuidado dos pais.

Casos como esse são vistos com bastante frequência na rotina das unidades básicas de saúde. Por isso é muito importante que aja um olhar diferenciado em relação aos cuidados com a saúde dos pacientes. Para auxiliar o profissional na avaliação do paciente é necessário que se faça a estratificação de risco e planejamento dos cuidados individualizados necessários. De acordo com o Caderno de Atenção Básica, volume 35, a estratificação se torna essencial porque as pessoas possuem necessidades de cuidado diferentes que variam conforme o risco apresentado. O grau de severidade das doenças crônicas é avaliado de acordo com a interferência na qualidade de vida, complexidade e risco de eventos causadores de morbimortalidade (BRASIL, 2014). E.M.F pode ser classificada no estrato 4 (Figura 4), por apresentar um risco alto. Apresenta essa classificação por ter doença crônica complexa (ex.: diabetes e hipertensão) com mau controle e insuficiente capacidade de autocuidado. Os pacientes estratificados nesse nível necessitam de atenção especial, tendo consultas realizadas mais frequentemente pelos profissionais que o acompanham.

Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

Figura 4: Estratificação de risco e recomendações conforme nível de doença crônica

As consultas na UBS são agendadas com horário especial para idosos, sendo feita revisão de prescrição e do uso dos medicamentos a cada consulta. Também são realizadas visitas domiciliares da equipe de saúde e visitas semanais da agente comunitária de saúde (ACS), visando suporte e auxílio na administração e uso correto de medicações. A comunicação entre profissionais é realizada através de boletim de referência e contra-referência. Também contamos com o auxílio da assistente social para intermediação de conflitos familiares e aproximação da família com a equipe de saúde. Através dessas medidas busca-se fortalecer o vínculo com o paciente, e consequentemente aumentar o seu entendimento sobre saúde e suas consequências.

Para melhorar a qualidade de atendimento, deve-se praticar rotineiramente estratégias de prevenção, rastreamento e posterior seguimento de doenças, além de monitoramento. Segundo o caderno de atenção básica para Doenças Crônicas, a rotina complementar mínima para pacientes diabéticos inclui: glicemia de jejum e HbA1C, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina sérica, exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria/creatinina e fundoscopia (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus já classifica o paciente como de alto risco para doenças cardiovasculares (>20%). Recomenda-se para esses pacientes que mantenham os níveis de LDL <70mg/dl. (American Heart Association, 2013)

A American Diabetes Association (ADA) tem como recomendação: glicemia capilar pré-prandial entre 70 e 130 mg/dl e pós-prandial <180 mg/dl, HbA1C <7% e pressão arterial <140/80mmHg. Ainda apresenta como recomendações com nível A de evidência (ADA 2014):

- Usar aspirina (75-162 mg/dia) como prevenção secundária para diabéticos com histórico de doença cardiovascular
- O uso de estatinas pode ser associado à mudança no estilo de vida para pacientes diabéticos com doença cardiovascular e para diabéticos sem doença cardiovascular que tenham mais de 40 anos e um ou mais fatores de risco cardiovascular (tabagismo, dislipidemia, albuminúria, hipertensão ou história familiar)
- O controle glicêmico otimizado reduz o risco e/ou lentifica a progressão de retinopatia e nefropatia. Recomenda-se ainda o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina II (BRA) quando albuminúria > 300mg/24h).

Para se determinar o alvo terapêutico para os pacientes diabéticos deve-se considerar a idade/expectativa de vida, duração da doença e comorbidades. Pacientes com histórico de hipoglicemia frequente, doença micro/macro vascular, dificuldade de controle glicêmico e casos mais complexos, considera-se HbA1C entre 7 e 7,9%. Também deve-se considerar maior flexibilidade para pacientes que tiveram diagnóstico com idade entre 60-65 anos. Para pacientes com difícil controle glicêmico considerar parâmetros como peso, pressão arterial, sedentarismo e alimentação inadequada (DUNCAN. 2013)

A apresentação deste caso nos permite avaliar e compreender melhor as comorbidades discutidas, além de permitir que se reavalie as condutas tomadas. É importante notar que para cada decisão do profissional de saúde deve ser levado em consideração a idade do paciente, as comorbidades prévias e atuais, a relação familiar e dificuldades apresentadas. Além disso, deve-se tentar aproximar paciente e equipe para que se obtenha maior efetividade no tratamento proposto. A busca pelo conhecimento para melhorar as prescrições e torná-las mais efetivas, baseada em evidências, tem contribuído para enriquecer minha formação médica.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A discussão sobre saúde pública vem aumentando com o passar dos anos. Em 1978, na declaração de Alma-Ata enfatizava a Atenção Primária a saúde. Quase 10 anos depois, em 1986 teve a 1º Conferência Internacional sobre Promoção as Saúde trouxe novamente o assunto. De lá para cá, o assunto vem sendo abordado com maior frequência e expandido.

Podemos definir promoção de saúde, segundo a OMS, como mudanças nas condições de vida que visam manter o bem-estar geral, assim beneficiando a saúde da população. Já a prevenção, visa reduzir a incidência e prevalência de determinada doença, protegendo assim a população.

As definições de prevenção foram trazidas, em 1976, por Leavell e Clarck. A prevenção primária visa evitar a doença na população, retirando os fatores causais, diminuindo assim a sua incidência na população (Ex: imunizações). Já a prevenção secundária, visa detectar a doença precocemente e impedir o seu avanço, com tratamento precoce (Ex.: citopatológico, mamografia) . A prevenção terciária por sua vez visa impedir a progressão ou reduzir os danos após o surgimento da doença (Ex.: fisioterapia para reabilitação após AVC).

Mais tarde, em 2003, veio a definição de prevenção quartenária que visa evitar a prevenção em excesso, diminuindo o uso de exames invasivos ou drogas, desnecessariamente.

Segundo o Manual de rastreamento do Ministério da Saúde (BRASIL,2010), para que seja implantado programa de rastreamento, a situação clínica que será rastreado deve preencher alguns critérios, como:

1. A doença deve representar um importante problema de saúde pública que seja relevante para a população, levando em consideração os conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade;
2. A história natural da doença ou do problema clínico deve ser bem conhecida;
3. Deve existir estágio pré-clínico (assintomático) bem definido, durante o qual a doença possa ser diagnosticada;

4. O benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico;
5. Os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático devem estar disponíveis, aceitáveis e confiáveis.
6. O custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo;
7. O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático.

Em 1968, os autores Wilson e Jungner, criaram esses critérios para o estabelecimento de um programa de rastreamento. O assunto já era tratado como de grande importância e também de muitas controvérsias. Ainda hoje são considerados “padrão ouro” para se avaliar o rastreamento. O rastreamento é considerado apropriado quando os sete critérios citados acima são completado em uma população assintomática (ENGELGAU, 2000).

É importante ressaltar, que apesar de controverso em alguns aspectos, o rastreamento de doenças tornou-se parte da rotina no dia a dia médico. O Ministério da saúde preconiza o rastreamento de diversas doenças, como por exemplo: Hipertensão, diabetes, tabagismo, dislipidemia, obesidade, alcoolismo, triagem neonatal, triagem auditiva, câncer de colo de útero e mama e câncer de colo e reto (BRASIL, 2010)

Em Caxias do Sul, o rastreamento para câncer de colo e reto, na rede básica, é feito somente com pesquisa de sangue oculto nas fezes. Para solicitação de colonoscopia ou sigmoidoscopia é necessária consulta com especialista, o que acaba dificultando e atrasando o rastreamento precoce dessas doenças.

Por outro lado, a saúde da mulher conta com solicitação de mamografia para as pacientes acima de 40 anos e coleta de preventivo do câncer de colo de útero de acordo com a demanda nas UBS. Mas encontramos outro tipo de problema, a resistência das mulheres em realizar esses exames. O grande número de faltosas tem afetado os bons índices de rastreamento. Os exames

são desmarcados frequentemente, assim como muitas vezes são realizados mas não são retirados. Isto torna o exame de rastreio ineficiente.

A UBS Santa Fé em Caxias do Sul, segue os conceitos de prevenção e promoção a saúde, realizando algumas atividades como:

- Grupo de gestantes:
 - Público: Gestantes usuárias da UBS Santa Fé
 - Realizado uma vez por semana
 - Profissionais: 1 ACS, 1 enfermeira e 1 médica gineco-obstetra.
 - Pesagem, aferição da PA, palestra com assuntos relacionados a gestação, parto e puerpério.
 - Orientações e retirada de dúvidas
- Grupo HiperDia:
 - Público: hipertensos, diabéticos e pacientes com doenças crônicas.
 - Realizado uma vez por mês para cada equipe (equipe 1: última quinta-feira do mês e equipe 2: última quarta-feira do mês)
 - Profissionais: 2 ACS, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 médica (da equipe correspondente), 1 educador físico
- Grupo de Caminhada:
 - Público: pacientes aptos e com interesse de realizar atividade física orientada
 - Realizado uma vez por semana (sextas-feiras)
 - Profissionais: 1 educador físico e 2 estagiários de educação física
- Campanhas de Vacinação:
 - De acordo com o calendário de campanhas de vacina do ministério da saúde
- Campanha dia da mulher:
 - Público: mulheres de todas as idades
 - Realizada em comemoração ao dia da Mulher
 - A UBS atende em horário de funcionamento normal oferecendo serviços como coleta de CP, solicitação de mamografia, orientações sobre a saúde da mulher, além de oficinas de beleza, artesanato e é oferecido café da manhã.
- Campanha setembro amarelo:

- Mês dedicado a prevenção do suicídio
- UBS decorada com as cores da campanha (amarelo), afixados cartazes com explicações e orientações.
- Realizada sala de espera por estagiários da enfermagem com alertas sobre a importância do tema
- Campanha outubro rosa:
 - Mês dedicado a saúde da mulher
 - UBS decorada com as cores da campanha (Rosa), afixados cartazes com explicações e orientações.
 - Realizado sala de espera por estagiários da enfermagem
 - Atividades especiais para mulheres durante todo mês, como aulas de artesanato, maquiagem e culinária.
- Campanha Novembro Azul:
 - Mês dedicado a saúde do homem
 - UBS decora com as cores da campanha (Azul), afixados cartazes com explicações e orientações.
 - Realizada, pelos estagiários da enfermagem, abordagem individual dos homens na sala de espera, devido a maior resistência a procura aos serviços de saúde.
 - Oferecido panfletos explicativos sobre alterações prostáticas, dislipidemias, diabetes, hipertensão e tabagismo
- Semana do idoso:
 - Público: idosos, cuidadores de idosos e agentes comunitários de saúde
 - Orientações e palestras sobre a importância do cuidado do idoso, doenças prevalentes, sinais de alerta, além de oficinas práticas sobre como auxiliar o idoso no dia a dia.
 - Profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educador físico, agentes de saúde e assistente social.
- Sala de espera:
 - Realizado diariamente pela enfermeira da UBS. São dados orientações sobre os serviços prestados na UBS, fluxos de saúde, além de orientações sobre temas de saúde prevalentes.
- Grupo de mulheres:

- Realização de oficinas de artesanato e culinária, voltadas para integração, socialização e incentivo ao ganho de renda extra para essas mulheres.
- Pastoral do pão:
 - Orientações sobre alimentação saudável
- Testes rápido:
 - Realizados diariamente com horário marcado para rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis
- Programa saúde na escola:
 - Palestras realizadas nas escolas com objetivo de levar a educação em saúde para as crianças e adolescentes.
 - Profissionais: realizadas por enfermeiros, médicos e dentista
- Triagem neonatal:
 - encaminhamento do neonato para realizar exames de rastreamento, como teste do pezinho
- Rua da Paz:
 - Realizada na rua ao lado da UBS, tem por objetivo a integração da comunidade. Os profissionais da UBS interagem diretamente com os usuários, orientando sobre cuidados de higiene bucal, prevenção de doenças adulto e pediátrica, alimentação saudável, cuidado dos idosos, entre outros. Também tem espaço para artesanato, culinária e apresentações de música e dança.

Observando esses dados podemos perceber que atitudes de promoção e prevenção a saúde trazem benefícios a população. Essa reflexão é de suma importância para que busquemos o aprimoramento dos conceitos de saúde.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICILIO

De acordo com definição do Ministério da Saúde, a atenção básica de saúde é caracterizada por ações individuais e coletivas que buscam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O objetivo é uma atenção integral à saúde que impacte na saúde individual e coletiva (BRASIL, 2011).

Nesse contexto foi estabelecida a visita domiciliar que pode ser definida como uma fração dos serviços prestados dentro da unidade de saúde, desde auxílio aos pacientes impossibilitados de frequentar a unidade de saúde, até a serviços prestados no domicílio como cadastramento, busca ativa, educação em saúde e vigilância sanitária (BRASIL 2012)

A Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, aquela que deve ser realizada pela atenção básica com apoio dos demais serviços de apoio de atenção domiciliar. Apresenta as seguintes características (BRASIL, 2012):

- Sistematizar ações e regulamentá-las
- Promoção, reabilitação e recuperação da saúde
- Atender necessidades de saúde de parte da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades diárias
- É desenvolvida através do trabalho em equipe, utilizando-se tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento)

A equipe de saúde, na atenção domiciliar, tem papel fundamental para fortalecer os laços afetivos e a autoestima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde, favorecendo a recuperação dos pacientes. Além disso, devem respeitar o ambiente e o espaço familiar.

Na UBS Santa Fé, em Caxias do Sul, as visitas domiciliares são realizadas semanalmente, na quinta-feira à tarde. O carro da prefeitura é disponibilizado para acessar os domicílios e atender a demanda. A equipe para

as visitas é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde. Quando necessário, o dentista e a assistente bucal também acompanham as visitas.

A marcação da visita é feita de forma direta na unidade de saúde. O familiar solicita a visita através de marcação no balcão da UBS ou por contato telefônico. Também pode ser feita por intermédio da agente comunitária de saúde.

Os pacientes da equipe 1 da UBS Santa Fé, que realizei acompanhamento, são pacientes com dificuldade de locomoção, psiquiátricos, usuários de O2 domiciliar ou doenças crônicas com debilitação do paciente, sendo inviável a consulta e o acompanhamento em UBS. As consultas são de rotina para renovação de receitas e revisão, ou de urgência conforme solicitação. Em caso de necessidade de exames laboratoriais, é solicitado coleta domiciliar, disponibilizada pelo laboratório uma vez por semana. Em casos de urgência ou emergência, os pacientes são encaminhados para o Pronto Atendimento 24h para realização dos exames. Em caso de necessidade de internação é realizado contato com a central de leitos, para solicitação de encaminhamento e o transporte é realizado pelo SAMU.

Em Caxias do Sul, contamos com o serviço de assistência domiciliar. Esse serviço disponibiliza médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Esta equipe dá apoio ao atendimento prestado pela unidade básica de saúde em casos de pacientes que necessitam de cuidados intensivos, com equipe multidisciplinar, como por exemplo pacientes politraumatizados após acidente de carro.

Durante as visitas domiciliares pude vivenciar a realidade da comunidade em que estava inserida. O contato direto com o ambiente onde o paciente vive permite identificar e compreender os problemas de saúde que vão além do físico. Alguns fatores como falta de saneamento básico, condições de higiene e estrutura familiar, influenciam na saúde e seus impactos só podem ser avaliados com o contato direto do profissional de saúde e a realidade do seu paciente.

Os pacientes idosos e usuários de medicações contínuas por comorbidades crônicas também necessitam de atenção. A administração correta das medicações faz diferença nos resultados obtidos com o tratamento. A avaliação desse quesito é dificultada em consulta de rotina na UBS, por não se ter acesso aos medicamentos e aos familiares que acompanham diariamente o paciente no domicílio. Com o projeto de intervenção realizado junto ao grupo de HiperDia, para pacientes que estavam com maior dificuldade para adesão ao tratamento proposto, foram realizadas visitas domiciliares com objetivo de observar o modo e organização da rotina com a medicação. Foram separadas as medicações em saquinhos plásticos e etiquetadas com o nome do medicamento, horário e figura ilustrativa do período do dia que deveria ser administrada a medicação. Também foram dadas orientações para paciente e familiares sobre conservação da medicação, aplicação (no caso dos pacientes usuários de insulina), e descarte de embalagens e material de curativos. Além disso, orientações sobre alimentação e hábitos de vida saudável também foram reforçadas. As agente comunitárias de saúde também receberam orientações para o cuidado e acompanhamento individual em cada caso. Medidas como essa fortalecem o vínculo da família com a equipe de saúde, melhorando consequentemente os hábitos de vida saudável dos pacientes e qualidade nos resultados dos tratamentos propostos.

5 REFLEXÕES CONCLUSIVAS

A atenção básica tem um amplo campo de abrangência, sendo capaz de transformar a realidade de saúde da população. Os diversos aspectos abordados na rede básica permite ver o paciente por diversos ângulos, mas sempre como único. Essa percepção diferenciada da atenção básica faz com que ela seja necessária nos cuidados com a saúde.

O curso de especialização em saúde da família foi essencial para aumentar as bases científicas e permitir compreender melhor o processo de funcionamento das redes de atenção. Os fóruns foram espaços importantes para trocas de experiências, possibilitando a visão de outras realidades. Através dos casos foi possível nos deparar com situações muito semelhantes as que encontramos no nosso dia a dia, e assim refletir sobre a postura e condutas adotadas. Esses conhecimentos contribuem para o crescimento pessoal, profissional e para melhorias dos serviços em que estamos inseridos.

A abordagem de temas como puericultura e pré-natal, como nos casos Danrley e Marcela, exemplificam as diferenças dessas práticas nos diversos serviços. Alguns serviços contam com pediatras e ginecologistas, em outros é realizado acompanhamento pelo médico de família ou enfermeiro.

As doenças crônicas foram abordadas em casos como Samuel, Vera e Homero, nos permitindo rever os manejos e condutas. Através dos casos complexos foi possível ver a realidade das consultas em UBS, pacientes poliqueixosos, inseridos em contextos sociais locais, necessitando de um olhar direcionado para solucionar o caso, como exemplificado no caso Sheyla.

Diante dos casos abordados, foi realizada uma revisão das principais comorbidades que se apresentam no dia a dia da UBS. Muitas das situações de saúde que surgem podem ser solucionadas ainda na rede básica. A importância de um profissional generalista se fortificou, mostrando que a unidade básica de saúde é resolutiva quando bem utilizada. A discussão dos casos trouxe a revisão e consolidação de conhecimentos sobre temas como diabetes, hipertensão, constipação, doença pulmonar obstrutiva crônica,

infecção urinária, epilepsia, doenças ginecológicas prevalentes, entre outras. Também foram abordados temas psíquicos como estresse e ansiedade nos jovens, como no caso Priscila.

O trabalho em equipe é outro ponto bastante enfatizado durante o curso. A troca de experiências com a equipe, a discussão de casos e traçar estratégias em conjunto fazem parte do bom andamento da unidade de saúde. O fortalecimento de vínculo entre membros da equipe e desses com os pacientes, traz benefícios e resultados positivos e contribui para a qualidade do atendimento prestado. Outro ponto abordado, também no caso Priscila, foi a sobrecarga da equipe médica pelo excesso de demanda, o que acaba interferindo diretamente na qualidade do atendimento. Nesse ponto podemos reforçar a importância do trabalho em equipe, para ajudar a amenizar a sobrecarga de todos profissionais. Os profissionais de saúde são diariamente expostos a situações estressantes e precisam atender e ter condutas com ética, respeito e equidade. Essa situação foi bem retratada no caso Maria do Socorro, em que abordou temas como HIV e aborto.

Através da especialização foi possível compreender melhor os processos da rede de atenção, contribuindo para melhorias no serviço de saúde em que estava alocada. O crescimento profissional também foi eminente, a discussão de casos trouxe conhecimentos e orientações sobre as diversas situações do dia a dia na UBS. As atividades desenvolvidas na UBS puderam ser adaptadas e até mesmo reformuladas, o que foi revisado na teoria pode ser aplicado diretamente na nossa prática diária. A busca pelo aperfeiçoamento da saúde pública é um trabalho árduo, mas sempre recompensador. Oportunidades de troca de experiências e aquisição de conhecimentos como essa, sempre valem a pena.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.36)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Serie A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Primária - Rastreamento, n. 29).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. (Caderno de Atenção Domiciliar).

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf

DUNCAN, BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013

PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL . Secretaria da Saúde.

<https://www.caxias.rs.gov.br/saude/>

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Gisele Perondi Leichtweis

**INTERVENÇÃO NO GRUPO DE HIPERDIA:
APRENDENDO SOBRE O USO CORRETO E RACIONAL
DE MEDICAÇÕES PARA PACIENTES COM DIABETES
E/OU HIPERTENSÃO**

Caxias do Sul, RS

Novembro/2016

Resumo

Introdução: Alcançar a melhora do quadro clínico de comorbidades como diabetes e hipertensão arterial depende muito da adesão do paciente ao tratamento. É fundamental saber administrar corretamente as medicações para se obter o sucesso terapêutico. As más práticas podem acarretar em danos irreversíveis para a saúde, sendo a orientação a melhor maneira de educar o usuário, otimizando conseqüentemente os resultados. O objetivo desse trabalho é aumentar a consciência de saúde dos participantes do grupo de HiperDia, melhorando assim a adesão ao tratamento farmacológico prescrito pelos médicos da UBS Santa Fé de Caxias do Sul, além de fortalecer o vínculo entre os profissionais e os pacientes. **Metodologia:** Trata-se de um projeto clínico-intervencional, que terá como foco os pacientes hipertensos e diabéticos participantes do grupo de HiperDia. Serão realizados encontros mensais para orientações sobre como fazer o uso adequado dos remédios, esclarecimento de dúvidas, orientações sobre alimentação saudável e atividade física, palestras sobre temas relevantes para os idosos, além de renovações de receitas. Também será realizada a verificação dos sinais vitais e solicitado exames laboratoriais quando necessário. **Resultados esperados:** Aumentar a adesão ao tratamento farmacológico proposto, diminuir complicações em saúde, melhorando assim a qualidade de saúde dos pacientes participantes do grupo de HiperDia.

Palavras-chave: Hipertensos. Diabéticos. Prescrição.

Sumário

1 Introdução	4
2 Problema	5
3 Justificativa	6
4 Objetivos	7
4.1 <i>Objetivo geral</i>	7
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	7
5 Revisão de Literatura	8
6 Metodologia	11
7 Cronograma	13
8 Recursos necessários	14
9 Resultados esperados	15
10 Referências bibliográficas	16
11 Anexos.....	17

1 Introdução

A adesão ao tratamento proposto é ponto inicial para o bom andamento da terapêutica e para obtenção de resultados satisfatórios na melhoria da saúde do paciente. Porém, estima-se que 30% a 50% dos medicamentos prescritos para condições de longo curso não são usados conforme as recomendações recebidas (ARRAIS, Barreto e Coelho 2016).

A não adesão a tratamentos com medicamentos pode ser classificada como: “erro de omissão (um medicamento prescrito não é utilizado), erro de consumo (um medicamento não prescrito é consumido), erro de posologia (uma dose errada é utilizada) e erro no intervalo entre as administrações (ex: uma vez ao invés de duas vezes ao dia)” (DUNCAN ET AL, 2013, p. 133)

Buscando melhorar a adesão ao tratamento e a consciência de saúde dos pacientes foram propostas mudanças no grupo de HiperDia da UBS Santa Fé em Caxias do Sul. Estão sendo realizadas palestras, orientações, distribuição de material e aproximação com os pacientes, além de roda de conversa para esclarecimentos de dúvidas.

O grupo de HiperDia tem por finalidade o cadastramento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Através da aproximação com os pacientes e de orientação constante é possível que os erros de administração medicamentosa com consequentes agravos de saúde sejam evitados. Os idosos se mostram como o grupo mais vulnerável, já que a maioria apresenta dificuldades de compreensão e execução de tarefas.

A proposta é que se consiga levar orientações até os pacientes alvo, explicando para que servem as medicações, como tomá-las corretamente e orientar sobre a importância do seguimento do tratamento e também suas complicações se não o for feito corretamente .

2 Problema

Grande número de pacientes idosos com diabetes e/ou hipertensão com má adesão aos tratamentos medicamentosos propostos, trazendo consequências para a saúde dos mesmos.

3 Justificativa

Na UBS Santa Fé, de Caxias do Sul, os pacientes idosos com diabetes e/ou hipertensão, em sua grande maioria, não estão seguindo seus planos terapêuticos. Devido a esta constatação, em consultas de rotina, e diante das inúmeras consequências de saúde constatadas devido a essa má adesão, surgiu o plano de intervenção no grupo de HiperDia, para estimular os pacientes e encorajá-los a seguir seus tratamentos corretamente. Além disso, a falta de conhecimento e esclarecimento dos usuários sobre a sua situação de saúde, está sobrecarregando o sistema, já que acabam tendo consultas recorrentes e necessidade de realizar mais exames e encaminhamentos para especialistas.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Acompanhar os pacientes idosos com diabetes e/ou hipertensão, no grupo de HiperDia, e orientá-los sobre o uso correto e racional de medicamentos.

4.2 - Objetivos específicos

- Estimular hábitos saudáveis
- Esclarecer dúvidas dos pacientes através de roda de conversa.
- Fortalecer o vínculo entre profissionais da saúde e paciente.
- Estimular a prática de saúde consciente.
- Orientar sobre complicações de saúde diante da má adesão ao tratamento clínico sugerido.
- Explicar sobre o uso correto e racional de medicações.

5 Revisão de Literatura

O uso racional de medicações foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985), na Conferência Mundial sobre o uso racional de Medicamentos em Nairobi, como sendo:

Existe uso racional quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo e ao menor custo possível para eles e sua comunidade.

No mundo, segundo estimativas da OMS, mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada. Além disso, também estima-se que a maioria dos pacientes não tem consciência e conhecimento da forma correta de administração dos seus medicamentos, utilizando de forma errada. Isso além de gerar gastos desnecessários, pode trazer riscos à saúde (OMS, 2015)

Através da prescrição racional obtêm-se benefícios para o usuário, como uma terapêutica eficaz e segura, de maior resolubilidade, com melhora na qualidade do atendimento ao paciente, além de redução de gastos. As condutas racionais a longo prazo trazem melhorias na morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população. Evidenciado ainda o modo de ver o paciente de forma integral (BRASIL, 2012).

Alguns fatores influenciam para o não uso da prescrição racional como o exagerado número de apresentações comerciais, medicamentos e princípios ativos, a propaganda intensa e muitas vezes distorcida, falta de educação continuada por parte dos profissionais prescritores e também ineficiência do controle em âmbito nacional (DUNCAN ET AL, 2013)

Segundo a OMS, para se obter efetivamente prescrições racionais na atenção básica nos países em desenvolvimento é necessário que haja combinação de alguns fatores como: educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a

medicamentos apropriados. Além disso, melhorias na assistência farmacêutica, entre elas ações de planejamento, monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2012)

Ainda a Organização Mundial da Saúde, diz que aproximadamente metade das medições são prescritas, dispensadas e vendidas de forma incorreta, e mais da metade dos pacientes as utilizam de forma inadequada. (WHO, 2010). A não adesão do paciente ao tratamento representa uma falha entre a concordância da prescrição e o suporte proporcionado pelo profissional de que o paciente necessita. O grau de adesão dos pacientes e o comportamento prescritivo dos médicos devem ser sempre examinados simultaneamente e como parte das avaliações da qualidade da atenção médica (DUNCAN ET AL, 2013)

Observando a prática na atenção básica, o National Institute for health and Clinical Excellence, listou alguns fatores intencionais e não intencionais que levam a não adesão ao tratamento:

FATORES INTENCIONAIS	FATORES NÃO INTENCIONAIS
Esquema terapêutico complexo, que exija mudança nos hábitos de vida do paciente	Falta de acesso ao medicamento prescrito
Aparecimento de efeitos colaterais dos medicamentos prescritos	Custo dos medicamentos
Remissão dos sintomas da doença em tratamento	Entendimento equivocado da prescrição
Desconfiança do paciente em relação à prescrição	Depressão, desmotivação, esquecimento

Fonte: DUNCAN ET AL, 2013

A não adesão do paciente a uma terapêutica proposta traz malefícios para a sua saúde e pode inclusive atrapalhar o vínculo entre o paciente e o profissional de saúde que o assiste. Caso o médico não tenha conhecimento da não adesão do paciente, pode atribuir erroneamente o insucesso da terapêutica a uma dosagem inadequada, a falha do esquema terapêutico ou a um diagnóstico incorreto. Conseqüentemente, o médico poderá agir de maneira inadequada, trocando ou aumentando a dose da medicação, sugerindo novos diagnósticos, submetendo o paciente a exames e procedimentos desnecessários, resultando também em gastos para a saúde pública (DUNCAN ET AL, 2013).

A não adesão ao tratamento pode ser prevenida com algumas medidas simples como desenvolvimento do vínculo e confiança na relação médico-paciente, uso de esquema de tratamento mais simples possível, esclarecimentos e entendimento do paciente sobre o seu esquema terapêutico e do propósito do seu tratamento, além de motivar sempre o paciente. Para pacientes analfabetos ou com dificuldade de compreensão podem ser utilizados símbolos lúdicos, de acordo com a cultura local, para explicação do tratamento como exemplificado abaixo. Caso o paciente mesmo assim não consiga compreender, o ideal é que a medicação seja supervisionada por um familiar ou responsável. A eficiência na adesão das prescrições na atenção básica se dá através da comunicação adequada, fortalecimento de vínculo e esclarecimento de dúvidas (BRASIL, 2012)

6 Metodologia

Trata-se de um projeto clínico-intervencionista, que terá como base os pacientes hipertensos e diabéticos participantes do Grupo de HiperDia da UBS Santa Fé de Caxias do Sul. A intervenção se dá pela execução de orientações através de abordagem direta que visa aumentar o vínculo e melhorar a adesão ao tratamento desses pacientes.

A intervenção será realizada sempre na última quinta-feira de cada mês, com os pacientes da equipe 1 que retirarem senha para participação do grupo do HiperDia. O local dos grupos será na sala de reuniões da UBS, sendo estipulado o número de 20 pacientes por encontro, tendo tempo médio de 1h 30min de duração.

A equipe de saúde que acompanhará o encontro será composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 agentes comunitárias de saúde e 1 educador físico.

Os encontros se darão da seguinte forma:

1. As Agente Comunitárias de Saúde irão separar os prontuários dos pacientes que irão participar do grupo de HiperDia, de acordo com ordem das senhas retiradas, respeitando o número máximo de 20 pacientes. Caso exceda o número de pacientes, estes terão consulta agendada para a semana seguinte ao grupo.
2. Os grupos iniciarão sempre às 13h30min, tendo 10 min de tolerância. Entrada permitida até às 13h40min.
3. Ao entrarem na sala onde será o encontro, será anotado pela ACS:
 - O nome do paciente no livro ata, preenchendo os dados solicitados (data do grupo, data da próxima renovação de receitas se houver, se o paciente é hipertenso (H), diabético (D) ou se faz uso de medicação controlada (C)
 - Verificar se o paciente possui caderneta do idoso/caderneta (caso não possua fornecer)
 - Verificar se já possui cartaz para anotação das medicações em uso para colocar em local visível em casa (Ex.: porta da geladeira)

4. O grupo terá início com a médica realizando roda de conversa e esclarecimentos relacionados às prescrições e ao uso correto das medicações. Também serão abordados temas de saúde prevalentes entre os idosos, além de orientações gerais sobre os cuidados de saúde.
5. Após, a enfermeira auxiliada pelas ACS irá realizar aferição de sinais vitais, anotando em prontuário.
6. Na sequência, consulta individual com a médica de acordo com a senha retirada na chegada, para renovação de receita, se necessário, solicitação de exames de rotina e orientações.
7. Enquanto aguardam para passar com a médica, realizarão atividade de alongamento e receberão orientações sobre atividade física com o educador físico da UBS, professor Jorge, e acadêmicos do curso de Educação Física da Faculdade da Serra Gaúcha que realizam estágio curricular na UBS.

7 Cronograma

Atividade 2016	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Reformulação dos moldes do grupo de HiperDia	✓					
Apresentação para a equipe e gerente da UBS Santa Fé, Caxias do Sul, RS	✓					
Aprovação do grupo		✓				
Desenvolvimento e impressão do material informativo, cadernetas e cartaz		✓				
Divulgação das datas do grupo de HiperDia da equipe 1 (última quinta-feira do mês) e equipe 2 (segunda quarta-feira do mês) para a comunidade		✓				
Hipertensão arterial			✓			
Diabetes Mellitus				✓		
Prevenção de acidentes no dia a dia do idoso					✓	
Alimentação saudável e exercícios físicos na terceira idade						✓
Orientações o sobre o uso correto de medicações			✓	✓	✓	✓
Riscos para a saúde devido a má adesão ao tratamento			✓	✓	✓	✓
Esclarecimento de dúvidas			✓	✓	✓	✓
Renovação de receitas e consulta individual			✓	✓	✓	✓
Orientações com educador físico			✓	✓	✓	✓

8 Recursos necessários

- RECURSOS HUMANOS:

- 1 Médica
- 1 enfermeira
- 2 agentes comunitárias de saúde
- 1 educador físico

- RECURSOS MATERIAIS:

- Sala de reuniões
- Cadernetas da saúde do idoso
- Caderneta grupo HiperDia da UBS Santa Fé, Caxias do Sul
- Cartaz para ser colocado em local visível com as medicações
- Estetoscópio e esfigmomanômetro
- Receituário comum e controlado
- Requisição de exames
- Prontuário dos pacientes presentes no encontro
- Livro ata do grupo da equipe 1

9 Resultados esperados

- Esclarecimento sobre as medicações usadas pelo paciente, para que servem e como devem ser administradas
- Melhora da adesão ao tratamento prescrito pelo médico
- Consciência da importância dos cuidados de saúde de forma geral, não só medicamentoso, mas como alimentação saudável e prática de atividades físicas.
- Fortalecimento de vínculo entre paciente e profissionais de saúde
- Diminuição dos agravos de comorbidades devido as más práticas de saúde
- Trocas de experiências
- Estimulo a pratica de vida saudável

Referências

ARRAIS PSD, Barreto ML, Coelho HL. **Drug, prescription and dispensing from the patient's perspective: a community-based study in Fortaleza, Ceará State, Brazil.** Cad Saúde Publica. 2007; 23(4): 927-37

BRASIL, Caderno sobre o uso racional de medicamentos, Ministério da Saúde, 2012
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_tem_as_selecionados.pdf

DUNCAN, BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines: rational use of medicines.** Fact sheet n°338,o May 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION.
<http://www.who.int/en/>



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde