RAFAEL CRISTIANO DUARTE DE SOUZA

MELHORIAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM USUÁRIOS DIABÉTICOS DA UBSF CENTRO DE SAÚDE II

MANAUS
2017

RAFAEL CRISTIANO DUARTE DE SOUZA

MELHORIAS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM USUÁRIOS DIABÉTICOS DA UBSF CENTRO DE SAÚDE II

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.
Orientador: Ana Catarina Onofri Dantas

MANAUS

2017

RESUMO

O serviço médico em uma Unidade Básica de Saúde requer conhecimentos que vão além de diagnóstico e tratamento de doenças. É fundamental o conhecimento e desenvolvimento de estratégias que visem o aperfeiçoamento das intervenções em uma área de abrangência. Na UBS Centro de Saúde II, localizada no município de Humaitá, Amazonas, foi possível reconhecer dificuldades para elaboração e execução de estratégias em saúde da família, principalmente em relação aos doentes crônicos da área. Muitos usuários diagnosticados com diabetes mellitus tipo II apresentam sequelas avançadas da doença, o que reflete a displicência do próprio paciente e familiares, assistência inadequada da gestão municipal e, principalmente, falta de organização da equipe de saúde da UBSF responsável pela área abrangente. O conhecimento adquirido em especializações e capacitações, além de reuniões regulares da equipe com o objetivo de identificar os problemas vigentes e propor soluções, com certeza são boas iniciativas para o adequamento dos profissionais às situações adversas.

Descritores: Atenção Primária, Diabetes mellitus tipo II, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 13

4. VISITA DOMICILIAR 15

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 18

REFERÊNCIAS 21

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO 22

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Rafael Cristiano Duarte de Souza, tenho 28 anos, sou natural de São Carlos interior do estado de São Paulo. Aos 5 anos de idade fui morar em Manaus –AM, onde cresci e estudei o ensino básico. Em 2008 fui aprovado no vestibular para o curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Após duas greves da universidade, conclui o curso em maio de 2015 e no mês seguinte consegui meu primeiro emprego como médico de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Silves, Amazonas, durante um mês. Em seguida trabalhei no município de Uarini, no mesmo estado, também como médico de ESF por três meses. O terceiro emprego foi como médico generalista na plataforma de Urucu – Petrobrás, por um mês. Durante este período de trabalho no interior do estado, também prestei serviços a hospitais municipais como plantonista e fiz cursos de aprimoramento em emergência como o *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) e o *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS).

Em março de 2016 entrei no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), e fui alocado no município de Humaitá – AM para prestar serviços médicos à UBS Centro de Saúde II (CS II), localizada no Bairro São Domingos Sávio. Esta unidade é composto por duas equipes de ESF: equipe III responsável pelos bairros Centro, Divino Pranto e Novo Centenário; equipe V responsável pelos bairros São Domingos Sávio e metade do bairro Nova Humaitá. A Secretaria Municipal de Saúde solicitou meus serviços à equipe III, que também é composta por enfermeira, nove agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem, sem profissionais para saúde bucal.

A área de abrangencia, correspondente a três bairros, tem aproximadamente 4 mil habitantes, e apenas um percentual dessa população (não definida ainda) são usuários da UBS pois uma parcela significativa opta por atendimentos particulares em planos de saúde e outra parcela são militares que possuem serviço médico no quartel. Os usuários do CS II geralmente são doentes crônicos, gestantes, crianças e aqueles classificados como demanda geral. Estes usuários geralmente são pessoas humildes, de baixa classe socioeconômica e que na maioria das vezes necessitam dos medicamentos ofertados pela farmácia popular e dos exames do laboratório público, localizado no hospital municipal. Os óbitos da área costumam ocorrer em doentes

crônicos, principalmente devido a eventos cardiovasculares naqueles que têm diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Ainda há muita deficiência por parte da ESF e dos usuários em realizar um acompanhamento adequado de doenças crônicas.

O projeto de intervenção deste portfólio foi elaborado visando uma proposta para melhorar o acompanhamento de diabéticos da área. Foi intitulado como: “Estratégias de promoção da saúde para pacientes diabéticos e pré-diabéticos na Unidade Básica de Saúde da Família Centro de Saúde II”, em anexo. Trata-se de uma proposta de acompanhamento destes doentes crônicos a fim de evitar a rápida evolução das complicações da doença e assim aumentar a qualidade de vida deste grupo de usuários.

2. ESTUDO DE CASO

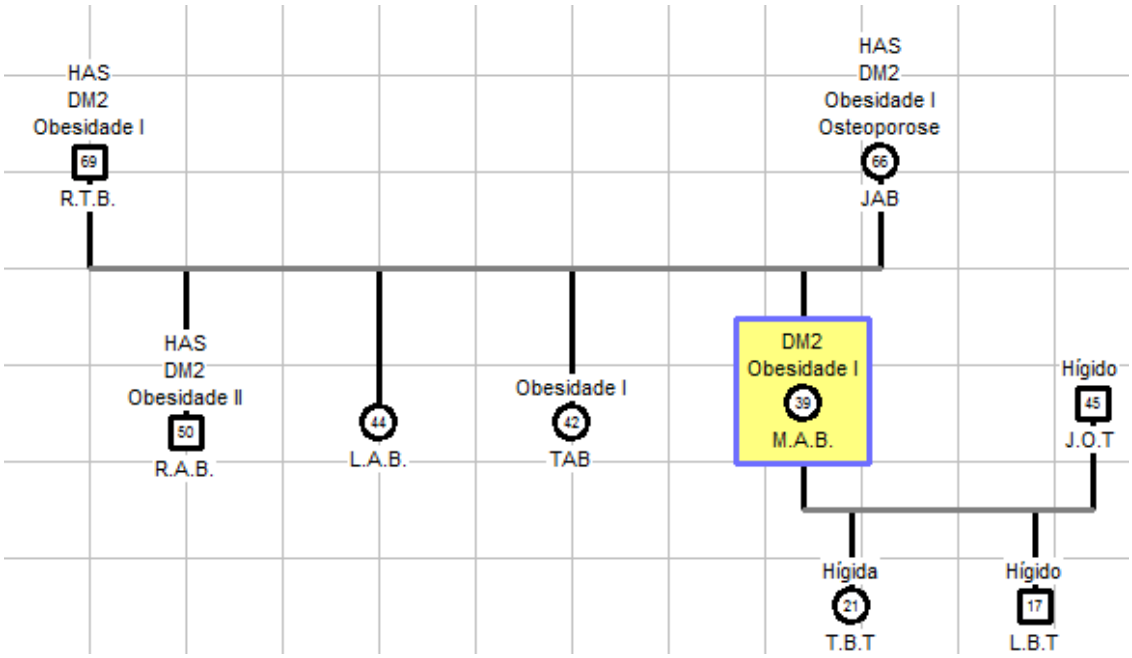
Usuária M.A.B., 39 anos, sexo feminino, cozinheira. Se apresenta para consulta médica no dia 22/12/2016 com as seguintes informações fornecidas pela triagem da UBS:

- PA: 140x90 mmHg;
- Peso: 80,3 kg;
- Altura: 1,59 m.

Paciente relata apresentar diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II há cerca de dois anos. Faz acompanhamento nesta UBS, mas há 1 ano não comparece às consultas justificando estar ocupada com os seus serviços. Seus exames, em consulta pregressa, mostravam glicemia de jejum de 202 mg/dl, além de hipercolesterolemia pelo perfil lipídico. Queixa-se de cefaléias holocranianas esporádicas, sem outros sintomas. Deseja apenas renovar sua receita médica e fazer alguns exames de rotina, devido à queixa. Confessa fazer uso irregular dos medicamentos prescritos na consulta anterior e há 1 semana não os utiliza:

- Metformina 500mg 12/12 horas;
- Losartana 50 mg uma vez ao dia;
- Sinvastatina 20 mg uma vez ao dia.

Sua história familiar, através de genograma:



HAS: hipertensão arterial sistêmica DM2: diabetes mellitus tipo 2

Ao exame físico:

- Somatoscopia: bom estado geral, normocorada, acianótica, afebril, anictérica, eupnéica, sem lesões cutâneas aparentes;
- Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros;
- Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios;
- Extremidades: sem edemas, pulsos palpáveis com bom enchimento.
- Circunferência abdominal: 93 cm
- IMC: 32

Segundo o Caderno da Atenção Básica Nº 36 (CAB Nº36) de 2013, o exame físico do diabético deve conter exame oftalmológico, dos pés e da cavidade oral. Em relação ao exame oftalmológico, foi preferível encaminhar a paciente ao especialista pois além da avaliação mais apurada de uma possível retinopatia, a mesma queixa-se de diminuição da acuidade visual. Além disto, a UBS não oferece oftalmoscópio para os profissionais. Em relação aos demais exames:

- Cavidade oral: dentes em bom estado de conservação, sem lesões aparentes em mucosas ou língua;
- Pés: sem alterações sensitivas ou motoras, sem lesões aparentes.

Paciente se alimenta de forma errada: não adoça bebidas com açúcar de mesa, somente adoçante, mas consome pães, margarina, arroz branco, macarrão e batatas. Tem a ideia de que somente os alimentos doces são contraindicados, apesar de já ter se consultado com nutricionista. Nega tabagismo ou etilismo e não pratica atividades físicas.

Em seu prontuário, está registrado em consultas pregressas a não adesão à melhoria do estilo de vida. A paciente relata não conseguir aderir às orientações devido ao estresse do trabalho e também por acreditar que não estava doente, uma vez que não sentia sintomas. Questionamentos sobre anticoncepção são feitos por parte médica, uma vez que diabéticas em idade fértil apresentam risco de desenvolver diabete gestacional em caso de gravidez (CAB Nº36, 2013). A paciente relata ter sido submetido à laqueadura após última gestação. As seguintes condutas foram tomadas:

- Orientações sobre a importância da adesão ao tratamento, explicando as complicações do diabetes que são potencialmente fatais;
- Exames de rotina, incluindo os principais para diabéticos em acompanhamento na atenção básica (CAB Nº36, 2013): glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina sérica e urina I;
- Encaminhamento ao oftalmologista, principalmente para a realização da fundoscopia;
- Encaminhamento para nutricionista;
- Renovação de receita para apenas um mês (tempo em média necessário para realização de exames pelo laboratório público);
- Controle glicêmica através da medida da glicemia capilar semanalmente na UBS.

A paciente foi também orientada quanto às atividades físicas. Segundo as

diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), de 2016, o exercício físico de intensidade moderada a vigorosa por mais de 150 minutos semanais é altamente recomendado para prevenção e controle do DM2 e na prevenção de doenças cardiovasculares em diabéticos. A combinação de exercícios aeróbicos e de resistência são preferidos e recomendados tanto para a prevenção quanto para o controle do diabetes.

A usuária retorna à UBS no dia 24/01/2017 para consulta médica com os seguintes dados fornecidos pela triagem:

- PA: 120x80 mmHg;
- Peso: 78,5 kg

Os resultados dos exames realizados no dia 18/01/2017, solicitados na última consulta:

- Glicemia de jejum: 180 mg/dl;
- Colesterol total: 255;
- Triglicérides: 193;
- HDL: 37;
- Hemoglobina glicada: 7,8%;
- Creatinina 0,9
- Urina I: 40 piócitos por campo, bacteriuria intensa, nitrito (+), glicosúria (+)

Paciente relata que após última consulta decidiu levar o tratamento mais a sério, sendo prudente parabeniza-la por isto. Seguiu a dieta prescrita pela nutricionista, passou a caminhar duas vezes por semana à noite (30 minutos) e fez uso regular dos medicamentos. No entanto, não realizou o controle glicêmico capilar. Nega recorrência da queixa de cefaléia, mas refere disúria.

De acordo com a SBD (2016), para pacientes com manifestações clínicas leves, quando a glicemia de jejum for inferior a 200 mg/dl, com sintomas leves ou ausentes e sem a presença de outras doenças agudas concomitantes, estão indicados os medicamentos que não promovam o aumento na secreção de insulina, principalmente se o paciente for obeso. Então no caso da paciente em questão, o uso

de Metformina 500mg de 12/12 horas está correto. Porém, a dose parece ser baixa uma vez que mesmo após certa melhora no estilo de vida, além do uso regular dos medicamentos, a usuária continua com elevada glicemia de jejum.

A taxa de filtração glomerular é calculada em torno de 109, dentro dos limites de normalidade. Também é calculado o risco cardiovascular em 10 anos para pacientes diabéticos utilizando a ferramenta clínica UKPDS risk engine:

- Risco de 5% de doença coronariana;
- Risco de 1,5% de doença coronariana fatal;
- Risco de 0,8% de AVC;
- Risco de 0,1% de AVC fatal.

Segundo a *Third Report of the National Cholesterol Education Program* (NCEP-ATP III), a paciente apresenta os cinco critérios diagnósticos para síndrome metabólica, que são: perímetro da cintura aumentado, maior que 85 cm; triglicerídeos maior que 150; HDL inferior à 40; pressão arterial superior a 130/85 ou uso de fármacos para controle; elevação da glicemia de jejum maior que 100 mg/dl.

Em um cenário ideal, a paciente teria aderido completamente à melhoria do estilo de vida, a glicemia de jejum e a hemoglobina glicada diminuiriam consideravelmente e o uso de medicamentos seria cada vez menos necessário. Porém, na realidade, a usuária não pratica atividades físicas de forma adequada, apesar de ter melhorado sua dieta. Portanto, uma glicemia de jejum normal (ou pelo menos perto da normalidade) não foi alcançada e caso se mantenha nos níveis evidenciados nos exames, as complicações diabéticas irão acelerar. A paciente parece estar se adaptando a uma rotina que a mesma preferiu evitar desde quando foi dado seu diagnóstico. É preciso considerar o que houve de progresso em relação à útltima consulta: uso regular de medicamentos, diminuição da pressão arterial sistêmica e perda de quase 2 quilogramas de peso. A conduta foi a seguinte:

- Aumento da dose de metformina para 850 mg de 12/12 horas;
- Mantida prescrição anterior em relação à losartana e sinvastatina;
- Controle glicêmica através da medida da glicemia capilar semanalmente na UBS;

- Retorno após 2 meses com nova glicemia de jejum e hemoglobina glicada;
- Prescrito cefalexina 500mg de 6/6 horas por 7 dias, para tratamento de infecção urinária indicada em exame de urina.

A grande preocupação da nossa equipe de ESF é se a paciente retornará às consultas e se irá aderir ao tratamento. Foi proposto no projeto de intervenção deste portfólio, a criação de um sistema de acompanhamento para pacientes diabéticos e pré-diabéticos. A finalidade é prevenir complicações da doença e evitar intercorrências e internações hospitalares devido ao diabetes mal cuidado.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Trabalho há cerca de 1 ano na UBS Centro de Saúde II como médico generalista, me especializando em saúde da família e da comunidade. Durante este tempo, atividades foram realizadas visando a promoção e educação em saúde através de campanhas que incluem palestras, atividades recreativas e distribuição de panfletos, além de consultas diretas a cerca de cuidados com a saúde. O propósito de promover saúde foi bem esclarecido durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa/Canadá, no ano de 1986, onde foi apresentada a Carta de Ottawa que definia promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Ottawa, 1986). Dentre os grupos de pacientes que fazem parte da atenção primária, aqueles que mais são favorecidos com estas ações de promoção e educação à saúde na nossa área são as crianças.

Antes da minha chegada à UBS, o hábito local em relação aos atendimentos das crianças era o seguinte: a puericultura deveria ser realizada pelo serviço de enfermagem e somente crianças sintomáticas deveriam ser encaminhadas ao médico. Por um lado essa distribuição dos serviços era boa pois diminuia a demanda de pacientes para nós médicos e sobrecarregava menos nosso serviço. Porém os pais ao levarem seus filhos ao atendimento de puericultura sempre aproveitavam para relatar queixas que mereciam atenção do médico, então um novo agendamento se fazia necessário, aumentava a rotatividade do paciente na UBS e causava transtorno aos pais e pacientes que precisavam esperar semanas por um próximo atendimento.

Durante reunião com a equipe de saúde foi proposta uma solução que, ao ser colocada em prática, melhorou significativamente a logística dos atendimentos. As consultas de puericultura da enfermagem e da medicina deveriam ocorrer no mesmo dia. Aquelas crianças que são atendidas pela enfermeira mas apresentam queixas que merecem atenção médica, aguardam atendimento no mesmo dia. Já aquelas crianças que são atendidas pelo médico por apresentarem sinais e sintomas de uma doença e que não estão com as consultas de puericultura em dia, aguardam para atendimento do serviço de enfermagem, desde que não apresentem queixas incapacitantes e precisem retornar ao domicílio para repouso. Desta forma os atendimentos de puericultura aumentaram significativamente e o serviço médico até

precisa ajudar neste tipo de atendimento que antes era exclusivo da enfermagem.

Os usuários estão satisfeitos com a atenção que a equipe da UBS tem dado à saúde da criança. Além dos atendimentos, os agentes comunintários de saúde realizam palestras na própria sala de espera da UBS sobre temas relevantes como cuidados com o recém nascido, prevenção de doenças respiratórias e lesões de pele comuns na infância.

A promoção da saúde é também realizada para outros tipos demandas como pré-natal e Hiperdia. Aliás, o projeto de intervenção desde portfólio também está sendo colocado em prática como uma estratégia de promoção da saúde, ainda que seja de forma mais discreta do que a atenção dada às crianças. Como trata-se de um projeto recente que foi iniciado início deste ano de 2017, ainda necessita de ajustes para que faça parte de forma mais significativa na saúde dos diabéticos.

4. VISITA DOMICILIAR

Na UBS Centro de Saúde II as visitas domiciliares são realizadas dias de quarta-feira de manhã, sendo utilizado como meio de transporte um carro com motorista da Secretaria Municipal de Saúde. Cerca de 18 meses atrás, ocorria grande desorganização das visitas domiciliares. Havia o errado costume em nossa estratégia de saúde da família de apenas atingir metas de atendimentos, enquanto a seleção correta de pacientes necessitados era deixada em segundo plano. Desta forma, muitos pacientes que gozavam de saúde para se dirigir à Unidade Básica de Saúde recebiam visita enquanto acamados, idosos com dificuldade de locomoção, neuropatas entre outros doentes crônicos não eram devidamente acompanhados. O médico atendia esporadicamente aqueles pacientes que acreditavam necessitar somente de renovação do receituário de medicamentos além de alguns acamados, a enfermeira atendia somente puérperas juntamente com recém nascidos e somente agentes comunitários de saúde nos acompanhavam.

Após muitas reclamações dos usuários, realizamos uma reunião com todos os profissionais da equipe a fim de identificar os erros de conduta e propor soluções. Então ficou definido que o número de consultas serão cerca de 5 ou 6, uma parte agendada pelos familiares dos pacientes e ACSs, já instruídos sobre quem deve ter prioridade, e outra parte das consultas fica reservada para doentes crônicos que precisam de cuidado contínuo, já conhecidos pela nossa equipe. Durante a visita, devem ir juntos médico, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem, sempre trazendo consigo materiais para possíveis curativos, acessos venosos e medicamentos pois procedimentos acabam sendo necessários. Alguns profissionais do NASF também devem nos acompanhar quando solicitados, os mais requisitados são fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e nutricionista. Nossa equipe não possui profissional dentista.

Apesar da qualidade de nossas visitas ter melhorado significativamente após algumas reuniões, nossa ESF ainda encontra algumas dificuldades vivenciadas no dia a dia. Uma das dificuldades é com o carro disponibilizado para fazermos a visita que, frequentemente, se atrasa. Isto não ocorre devido ao motorista mas sim por causa da utilização veículo para outros fins por parte da SEMSA, de modo que além do atraso para iniciarmos as visitas há também, entre um atendimento e outro, espera da equipe

pelo transporte que está ocupado com outras afazeres. Entendemos que a logística do transporte é errada, mas a gestão explica que um dos carros está em conserto e por isso há apenas um veículo em funcionamento para vários trabalhos diários. A justificativa é sempre a mesma, nos perguntamos se o trabalho realizado por nós nos domicílios é mesmo visto como prioridade pela gestão municipal.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família procura atuar com nossa equipe, ao serem solicitados, na assistência aos pacientes que necessitam de atendimentos domiciliares. Na prática, o único profissional do NASF que nos acompanha, e de forma esporádica, é o psicólogo. A maioria dos profissionais do NASF quando solicitados por nós para visitar algum paciente em seu domicílio, agendam suas visitas conforme suas demandas pois, segundo a SEMSA, a demanda do município é grande demais para o auxílio que o núcleo pode oferecer. O que observamos durante a visita é que realmente a demanda de pacientes é bem maior do que o serviço que alguns profissionais pode oferecer, como o serviço do fisioterapeuta que é o profissional do NASF mais solicitado principalmente para auxílio na recuperação dos paciente acamados. No entanto nem todos os profissionais são altamente solicitados. O assistente social, por exemplo, quando requisitado é de extrema importância para os doentes crônicos que sofrem de enfermidades incapacitantes e necessitam de auxílio doença para compra medicamentos e alimentos. É lamentável presenciar a progressiva piora de pacientes acamados que não conseguem adquirir medicamentos e nunca receberam a visita do assistente social, por mais que solicitações por parte da equipe e dos familiares tenham sido feitas. Ainda que seja explicado em reuniões a importância deste profissional em algumas visitas, não há retorno por parte da SEMSA.

Em relação a demanda de pacientes, os doentes crônicos são a maioria dos atendidos durante as visitas da equipe. Na nossa área, faz parte desta demanda hipertensos e diabéticos, que geralmente são idosos com dificuldade de locomoção, portadores de doenças mentais ou neuropatas e deficientes físicos. Alguns pacientes diabéticos têm o diagnóstico da doença há anos, apresentando membros amputados e difícil controle da glicemia. A observação deste grupo de pacientes serviu, inclusive, de inspiração para o desenvolvimento do projeto de intervenção deste TCC. É comum durante os atendimentos em domicílio, presenciar intercorrências que necessitam de intervenção imediata. Por exemplo: pacientes que apresentam sinais

e sintomas devido a picos hipertensivos, hiperglicemia (cetoacidose diabética), idosos que sofreram trauma contuso e possivelmente fratura óssea, pacientes com doenças psíquicas que não fazem uso de medicamentos para controle. Estas intercorrências geralmente são encaminhadas ao hospital municipal devido a necessidade de intervenção imediata e observação. No encaminhamento, é prudente apresentar uma breve história da doença do paciente e até mesmo prescrever tratamento inicial para urgência, uma vez que no hospital a demanda de pacientes é alta para apenas um médico plantonista que muitas vezes fica sobrecarregado e, consequentemente, existe a possibilidade do paciente não receber a atenção necessária para a sua urgência.

Nas visitas domiciliares também é necessário encaminhar alguns pacientes aos especialistas. O município oferece à população serviço de psiquiatria, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia geral, pediatria e dermatologia. Nenhum destes profissionais realizam visitas domiciliares, a menos que o serviço seja solicitado de forma particular. Alguns pacientes necessitam de encaminhamento para especialidades que não há no município, como neurologia. Nestes casos, as consultas são agendadas na central de regulação da secretaria municipal de saúde para os atendimentos ocorrerem em Porto Velho/RO, capital mais próxima ao município. É oferecido transporte para alguns pacientes se consultarem com o infectologista em Porto Velho, principalmente aqueles que são portadores de HIV, mas não é comum a oferta de transporte para doentes crônicos acamados.

Apesar das dificuldades, houve grande melhora na qualidade das visitas domiciliares quando comparada a forma de funcionamento há cerca de um ano. Isso foi possível graças a realização de reuniões para a discussão desta e de várias outras questões pertinentes do nosso dia a dia na UBS. Percebemos a cada reunião o verdadeiro significado do trabalho em equipe e do bom funcionamento da estratégia de saúde da família na melhoria da qualidade de vida da população. Gostaríamos que nossas reivindicações para o correto funcionamento da atenção primária à saúde recebessem uma importância maior, pois funcionamos como a porta de entrada do SUS. É bom lembrar que as visitas domiciliares merecem uma importância especial em relação as consultas na UBS, uma vez que nestes atendimentos domiciliares lidamos com pacientes extremamente debilitados e desamparados, muitas vezes dependendo exclusivamente do nosso serviço para sobrevivência. Somos

profissionais da saúde mas acima de tudo somos seres humanos e por isso não podemos ignorar a ajuda que nossos pacientes nos pedem durante os momentos de dificuldade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante este período de aproximadamente um ano do curso de especialização em saúde da família e comunidade, ficou claro que os conhecimentos adquiridos nesta especialização são indispensáveis para atuar em uma estratégia de saúde da família . Por mais que tenhamos certo conhecimento do assunto obtido na faculdade de medicina, um vasto estudo é necessário para o entendimento do SUS e suas vertentes, com foco na atenção primária à saúde. Por apresentar conhecimentos desde burocracias das vertentes do SUS até condutas médicas, este curso deveria ser obrigatório para quem deseja atuar como médico em uma UBS, pois o papel deste profissional vai muito além do atendimento de pacientes em busca de diagnósticos e tratamentos.

As reuniões com a equipe de estratégia de saúde da família são um dos pontos fundamentais para o funcionamento de uma UBS. Antes do curso, não era claro a importância das reuniões com os demais profissionais da equipe. A impressão que tínhamos era de que tudo poderia funcionar se somente fizéssemos nosso serviço de acordo com o conhecimento que adquirimos na faculdade. Desta forma, médico apenas atenderia pacientes, enfermeira cuidaria de questões administrativas da UBS além de realizar alguns atendimentos, técnicos de enfermagem fariam triagem e curativos dos usuários, enquanto ACSs fariam visitas para nos apresentar dados sobre a população da área.

Graças as reuniões, estas simplórias funções foram aprimoradas e foi possível passar o conhecimento adquirido neste curso aos demais colegas, para eles entenderem que funcionamos como uma equipe e devemos agir como tal. Nas reuniões há troca de conhecimentos entre todos os funcionários da UBS e assim podemos entender o que se passa em nosso meio e em nossa área de abrangência, para que só então possamos identificar os problemas e propor soluções. Os casos clínicos apresentados durante o curso foram extremamente úteis para melhorar a

abordagem diante dos pacientes hipertensos e diabéticos, grupo de usuários que são atendidos toda terça-feira no chamado “hiperdia”. Inclusive foi através da observação destes casos durante consultas tanto na UBS quanto em domicílio, que foi elaborado o projeto de intervenção deste TCC. A realização do projeto nos ajudou a acompanhar melhor pacientes diabéticos e pré-diabéticos da nossa área. Grande parte dos diagnosticados com diabetes mellitus tipo II apresentavam piora de sua glicemia e sequelas a longo prazo, o que poderia ser evitado se nossa equipe desenvolvesse uma forma de acompanhar a frequência das consultas médicas dos pacientes de risco. Assim, o projeto foi colocado em prática e apesar dos resultados serem discretos, a intervenção iniciou e com o tempo provavelmente teremos melhora no prognóstico dos diabéticos de nossa área.

As consultas de saúde da criança e puericultura melhoraram no último ano, como foi descrito no tópico sobre promoção da saúde deste TCC. A melhoria ocorreu, mais uma vez, graças às reuniões dos profissionais da equipe que souberam ouvir as críticas dos usuários e buscar soluções em conjunto. Uma vez que a forma de discutir questões em conjunto se tornou produtiva, as reuniões tornaram-se um hábito mensal. Acreditamos que poderia ser semanalmente, ou pelo menos a cada duas semanas. Mas a coordenação da atenção básica do município acredita que reuniões muito frequentes podem atrapalhar o atendimento dos usuários.

Em relação ao atendimento dos demais grupos de pacientes, como saúde do homem, pré-natal, saúde da mulher, saúde do trabalhador e demanda geral, todos sofreram influência após os estudos de casos clínicos da especialização em saúde da família e comunidade. É interessante notar que a medicina aprendida na faculdade nem sempre pode ser aplicada na prática. Nos deparamos com lamentáveis realidades no dia-a-dia da UBS que ocorrem principalmente devido a questões sociais, não envolvendo necessariamente uma patologia.

Na saúde do idoso, por exemplo, constatamos alguns casos de hipertensos e diabéticos que apresentam piora da pressão arterial sistêmica ou da glicemia. Isto ocorre, na maioria vezes, pela falta de adesão ao tratamento medicamentoso, justificada pelas baixas condições financeiras para adquirir tais medicamentos prescritos, que muitas vezes não são oferecidos na farmácia popular. Questões sociais, aliás, estão mais presentes na rotina do médico de saúde da família e comunidade do que na rotina de qualquer outra especialidade na medicina. Devido ao

fato da atenção primária à saúde ser considerada a “porta de entrada para o SUS”, nos deparamos com uma grande diversidade de usuários. Muitos destes trazem consigo questões sociais que mobilizam toda equipe de saúde na tentativa de ajuda-los. Mas infelizmente grande parte da ajuda que estas pessoas necessitam não depende de nós, profissionais da área da saúde, mas sim dos gestores municipais. Os usuários acabam fazendo reivindicações para pessoas erradas, que no caso somos nós. A população deveria comparecer com mais frequência às assembleias promovidas pelo conselho municipal de saúde e SEMSA, pois estes encontros são preconizados pelo SUS para discussão de pautas na área da saúde, que são importantes para o desenvolvimento do setor da saúde na nossa região. No entanto, a população não se faz presente devido a uma série de fatores: falta de interesse dos usuários, não divulgação do evento pelos gestores, horário inoportuno, falta de entendimento das pautas a serem tratadas.

O conhecimento sobre o SUS e suas vertentes deveria ser de entendimento geral, para que todos soubessem sobre os seus direitos e, principalmente, o que avaliar na saúde pública na hora de escolher seus representantes no governo. Talvez fosse ideal se a legislação que envolve o SUS fizesse parte do currículo das escolas do ensino médio. Os jovens seriam propagadores de informação para os mais velhos e, assim, provavelmente este sistema que é um dos melhores do mundo, funcionaria na prática do jeito que nós trabalhadores da atenção primária desejamos.

REFERÊNCIAS

Sociedade brasileira de diabetes**.** Epidemiologia e prevenção. Métodos e critérios para diagnóstico. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. Rio de janeiro: sociedade brasileira de diabetes; 2016. P7-8, 11-12

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – brasília: ministério da saúde, 2013. P128 (cadernos da atenção básica, n.37)

Ottawa charter for health promotion (1986). First international conference on health promotion. Otawa: canadá

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

RAFAEL CRISTIANO DUARTE DE SOUZA

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA PACIENTES DIABÉTICOS E PRÉ-DIABÉTICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DE SAÚDE II

HUMAITÁ – AM

NOVEMBRO 2016

1. INTRODUÇÃO

O município de Humaitá encontra-se no interior do estado do Amazonas, situado entre as rodovias BR-319 e BR-230, localizado a cerca de 600 km da capital Manaus. Apresenta uma população em 2016 estimada em 52354 habitantes e sua economia é baseada em extrativismo vegetal, pisicultura, pecuária de bovinos, comércio, madeireiras e garimpo. Na região há 10 estabelecimentos de saúde do SUS. (fonte: IBGE, 2016)

Na zona urbana do município existem 7 Estratégias em Saúde da Família, cada uma responsável pela população de suas respectivas áreas, que varia de 3 a 5 mil pessoas. O Centro de Saúde II (CSII), na zona urbana de Humaitá, é uma ESF responsável por cerca de 4000 pessoas contabilizadas em 3 bairros: Centro, Divino Pranto e Novo Centenário. Os usuários nessa unidade são classificados em grupos, conforme sua situação, para organização dos dias de atendimento, como Hiperdia (diabéticos e hipertensos), gestantes, puericultura, saúde do homem e demanda geral, além enfermos incapazes de se dirigir às unidades que são incluídos nas visitas domiciliares. Entre esses grupos, os pacientes diabéticos e hipertensos apresentam as maiores comorbidades e, consecutivamente, grande probabilidade de apresentarem algum evento fatal.

Apesar da gestão do município de Humaitá procurar adequar as ESFs ao modelo ideal proposto pelo Ministério da Saúde, nota-se que há falta de intervenções criativas por parte das unidades para melhoria de alguns aspectos peculiares da população regional. Pacientes diabéticos e aqueles que estão prestes a adquirir essa doença, necessitam de maior atenção pois frequentemente são descobertos casos de usuários hospitalizados com complicações decorrentes da hiperglicemia, além de novos diagnósticos de Diabetes Mellitus. No Centro de Saúde II, não existe um sistema de organização eficaz para o seguimento desses pacientes e nem ações adequadas para a promoção da saúde em relação ao diabetes.

Visando prevenir lesões macro e microvasculares conhecidas de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus, esse projeto de intervenção expõe medidas que visam a adesão desse grupo de usuários ao tratamento e a prevenção dessa patologia. Inclui-se no grupo não apenas os diabéticos mas também os pré-

diabéticos. O público-alvo são os usuários da UBSF Centro de Saúde II, no município de Humaitá, dos bairros Centro, Novo Centenário e Divino Pranto.

PROBLEMA

Apesar da UBSF Centro de Saúde II atender a demanda de pacientes de 3 bairros, existem apenas cerca de 4000 usuários nessa área. Nota-se que não há uma organização da Unidade em relação ao seguimento dos pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus ou aqueles que apresentam alto risco de desenvolver a patologia, ocorrem apenas consultas de rotina desse grupo quando há necessidade de renovação de receita ou quando existe agravamento da doença. Dessa forma, não temos uma contabilização exata (ou aproximada) da quantidade de diagnosticados com diabetes entre os usuários e, portanto o projeto necessita de um meio para organizar esse grupo de pacientes.

Além desse problema, o município não oferece para os diabéticos com baixo poder aquisitivo, medicamentos suficientes e exames de rotina essenciais, como hemoglobina glicada, teste oral de tolerância a glicose e colesterol total e frações. O laboratório municipal vinculado ao SUS realiza apenas alguns exames úteis para o monitoramento da doença, como glicemia de jejum e creatinina sérica, além da glicemia capilar disponível em algumas UBSF e no Hospital Municipal. Existem alguns laboratórios particulares na zona urbana que oferecem todos os exames essenciais para diabéticos, no entanto os valores em geral são altos para aqueles que possuem baixa renda salarial.

Periodicamente são atendidos no CSII usuários com glicemia de jejum maior que 200 mg/dl, com pé diabético, diminuição da acuidade visual, taxa de filtração glomerular alterada e, na maioria das vezes, já foram hospitalizados devido a cetoacidose diabética ou por complicação infecciosa de pé diabético. Isso reflete na displicência dos próprios pacientes e seus familiares que permitem que a doença alcance estágios críticos; na atenção inadequada da gestão municipal que não abastece adequadamente farmácias com medicamentos e laboratórios com reagentes para exames; e no mau acompanhamento desses usuários por parte das

ESF, que não apresentam a organização necessária para o monitoramento de pacientes que podem apresentar complicações decorrentes do Diabetes.

Portanto, é necessário uma iniciativa para intervir no destino da maioria dos pacientes diabéticos na região, além de prevenir a doença daqueles que se encontram no limiar do diagnóstico. Por se tratar de uma epidemia que frequentemente apresenta altos índices de morbimortalidade, a ESF responsável pela região necessita de um projeto eficaz para a regular monitorização desse grupo de pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover estratégias de prevenção e controle de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus ao tratamento com terapias medicamentosas e não medicamentosas.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar consultas direcionadas com usuários diabéticos e pré- diabéticos;
- Orientar esse grupo de pacientes sobre a importância da alimentação saudável, atividades físicas, uso correto de medicamentos e retorno regular à UBSF para acompanhamento;
- Monitorar adesão ao tratamento bem como retorno à UBSF;
- Realizar busca ativa de pacientes faltosos e casos novos diagnosticados;
- Prevenir agravos da doença e diminuir a taxa de mortalidade causada pela patologia em questão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Diabetes Mellitus (DM) como uma enfermidade que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não utiliza de forma eficaz a insulina que produz, sendo o efeito da enfermidade a hiperglicemia. O diabetes tipo 1 se caracteriza pela ausência de síntese de insulina enquanto a tipo 2 tem sua origem na incapacidade do corpo utilizar eficazmente a insulina, o que frequentemente é consequência do excesso de peso ou da inatividade física.

Atualmente, considera-se a diabetes mellitus uma epidemia. Estima-se que a população mundial com diabetes seja de 387 milhões e que cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento. O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, da progressiva prevalência de sedentarismo e obesidade, da maior urbanização e da maior sobrevida de pacientes com diagnóstico de DM. A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou em 2013 que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7% nas mulheres e de 5,4% nos homens. (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015)

Segundo os critérios da OMS (2006), uma tolerância à glicose diminuída ocorre quando a glicemia plasmática de jejum está entre 110 e 126 mg/dL enquanto uma glicemia de jejum maior que 126 mg/dL sugere nível anormal de glicose sérica. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), sugere que uma glicemia de jejum maior que 126 mg/dL deve ser repetida 24 horas após o exame para confirmação de diagnóstico. Além disso, a SBD afirma que o diagnóstico também pode ser dado em casos de glicemia casual maior que 200 mg/dL acompanhado de sintomas como polidipsia, poliúria e perda ponderal ou diagnosticada Diabetes Mellitus em casos de teste oral de tolerância à glicose maior que 200 mg/dL. A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda a utilização da hemoglobina glicada (HbA1c) como método diagnóstico da DM e pré-diabetes, valores iguais ou superiores a 6,5% são considerados para confirmação da doença.

O *The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* reconheceu em 1997 e 2003 um grupo intermediário de indivíduos cujos níveis de glicose, que apesar de não satisfazerem os critérios para DM, são elevados para

serem considerados normais. São os pré-diabéticos, que apresentam ou a glicemia de jejum alterada entre 100 e 125 mg/dL ou tolerância à glicose diminuída com o teste oral de tolerância a glicose entre 140 e 199 mg/dL. Pode-se considerar indivíduos com HbA1c entre 5,7% e 6,4% como sendo de alto risco para DM futuro e também a eles cabe o termo pré-diabéticos. Aproximadamente 25% dos indivíduos classificados como pré-diabéticos desenvolverão DM em três a cinco anos (Souza et al, 2012).

Diretamente relacionada a diabetes mellitus tipo 2 está a situação clínica chamada Síndrome Metabólica que é caracterizada por um agrupamento de fatores clínicos e laboratoriais para o aumento de risco de eventos cardiovascular a longo prazo, assim como o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Tais fatores incluem glicemia de jejum, pressão arterial, cintura, triglicerídeos e HDL (Anexo I), segundo o *National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III* (NCEP

III) em 2001 (Picon et al, 2005).

Considerando a elevada carga de morbi-mortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio de prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes; da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (Brasil, 2006).

A forma que as Estratégias de Saúde da Família encontram para melhorar o prognóstico dos diabéticos não é apenas fornecendo consultas de rotina para os diagnosticados, mas também realizando ações que, principalmente orientem e monitorem os pacientes. As iniciativas das ESF em relação a prevenção e promoção da saúde fornecem suporte indispensável aos usuários das UBSF, que vai além de consulta da rotina e fornecimento de medicamentos e exames. Sem ações de prevenção e promoção da saúde, ocorre aumento da morbimortalidade de doentes crônicos como os diabéticos, pois grande parte desse grupo de pacientes não apresentam disciplina ou condições para cuidar de forma adequada da própria saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção a ser realizada na UBSF Centro de Saúde II com o objetivo promover a prevenção e adesão de pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus ao tratamento com terapias medicamentosas e não- medicamentosas.

Esta intervenção contará com a participação de uma equipe multidisciplinar formada por médico, nutricionista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em conjunto com a comunidade.

Primeiramente, será necessário contabilizar os pacientes que apresentam diagnóstico de Diabetes Mellitus e os pré-diabéticos. Para a correta contabilização, será necessário que os pacientes se apresentem nas consultas médicas para que seja analisado prontuários e se constate, através de história pregressa ou exames apresentados, o diagnóstico da doença. Além dos pacientes que se apresentam periodicamente para consultas de rotina, agentes comunitários de saúde se encarregarão de informar aquelas pessoas que conhecidamente referem apresentar tal patologia para que se dirijam à UBSF.

Haverá um livro para o registro daqueles que possuem a doença e outro para aqueles com elevadas chances de adquirir a enfermidade, esses últimos levando em consideração a glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl ou diagnóstico de síndrome metabólica a partir da I Diretriz Brasileira de Síndrome Metabólica. O registro será feito pelo próprio médico após a consulta direta em que se constatará os critérios de inclusão.

Para cada paciente, haverá uma página no livro que conterá os dados pessoais como nome, endereço, telefone para contato do paciente e de dois familiares, além do nome do Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área. Também conterá na página a situação clínica do paciente, com as seguintes informações:

- Comorbidades além do Diabetes;
- Medicamentos em uso;
- Regularidade de retorno à UBSF para consulta com profissionais da equipe de saúde, incluindo principalmente nutricionista e médico (2 meses para mau

controle de glicemia e 6 meses para bom controle)

- Glicemia de jejum com outros exames de glicose (hemoglobina glicada, teste oral de tolerância à glicose);
- Colesterol total/frações e triglicerídeos;
- Peso e Índice de Massa Corporal (IMC)
- Adesão à Melhora do Estilo de Vida (MEV) sendo total se usuário aderir a dieta e exercícios físicos, parcial se aderir ou à dieta ou aos exercícios físicos e não adesão a MEV;
- Intercorrências, como por exemplo, hospitalizações e acidentes.

As informações clínicas serão preenchidas em forma de tabela, com as datas das consultas. Para facilitar a busca pelos pacientes, seus nomes junto com a página do livro, o grupo a que pertencem (diabéticos ou pré-diabéticos) e o nome do ACS responsável pela área, ficarão disponíveis no programa Windows Excel, organizados em ordem alfabética. Infelizmente a UBSF não possui computadores em suas instalações, então o arquivo referido ficará provisoriamente no Notebook do autor deste projeto de intervenção, sendo transferido para UBSF Centro de Saúde II quando houver computador disponível.

O livro será avaliado semanalmente pelo médico e caso aja pacientes faltosos às consultas de rotina, os ACSs ficarão encarregados de realizar busca ativa destes pacientes, além daqueles moradores dos bairros que referem diagnóstico da doença mas não fazem acompanhamento médico, que também são contabilizados como novos casos para a UBSF. Caso o paciente persista em faltar às consultas, será realizado visita domiciliar médica.

As ações desse projeto de intervenção serão realizadas com a finalidade de melhorar o panorama atual dos diabéticos e pré-diabéticos da região, monitorando esses grupos de pacientes com auxílio de registros práticos que nos permitam identificar com facilidade todos aqueles que apresentam risco significativo de descompensação, para que não alcancem níveis séricos de hiperglicemia e, consecutivamente, complicações.

5. CRONOGRAMA

Procedimentos	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Obtenção de materiais para início do projeto	X					
Apresentação do projeto para a equipe do Centro de Saúde II	X					
Consultas individuais com pacientes diabéticos e pré-diabéticos	X	X	X	X	X	
Registro dos pacientes em livros conforme diagnósticos	X	X	X	X	X	
Avaliação dos livros		X	X	X	X	
Busca ativa de pacientes faltosos e de novos casos		X	X	X	X	
Organização dos nomes dos pacientes em computador		X	X	X	X	
Avaliação do projeto pela equipe						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização das consultas;
- Balança;
- Fita métrica;
- Esfigmomanômetro;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Caneta;
- Cadernos;
- Notebook;
- Profissionais médico, nutricionista, técnico de enfermagem e ACS;
- Prontuários dos pacientes presentes nas consultas.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar e registrar os pacientes diabéticos e pré-diabéticos, a fim de facilitar a monitorização destes e diminuir a morbimortalidade por eventos fatais e não fatais;
- Buscar adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso (melhoria do estilo de vida), avaliando o nível glicêmico dos pacientes, entre outros exames laboratoriais;
- Conscientizar cada paciente quanto a importância de seu próprio tratamento;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar, a sua organização e a monitorização de pacientes que apresentem doenças crônicas de alto risco de morbimortalidade;
- Contribuir para a melhoria da Estratégia de Saúde da Família com projeto de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization and International Diabetes Federation. Definition and Diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidado integral ao paciente diabético e sua família: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p9 (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

SOUZA, Camila Furtado de; GROSS, Jorge Luiz; GERCHMAN, Fernando; LEITÃO, Cristiane B. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. Porto Alegre, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Epidemiologia e prevenção. Métodos e critérios para diagnóstico. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015. p7-8, 11-12

PICON, Paula Xavier; ZANATTA, Claudete Maria; GERCHMAN, Fernando; ZELMANOVITZ, Themis; GROSS, Jorge Luiz; CANANI, Luís Henrique. Análise dos Critérios de Definição da Síndrome Metabólica em Pacientes com Diabetes Melito tipo 2. Porto Alegre, 2005.

ANEXOS

Tabela 1: Componentes da Síndrome Metabólica segundo o NCEP-ATP III*

Perímetro de cintura aumentado:	Homem — Igual ou superior a **102 cm** / 40 polegadas Mulher — Igual ou superior a **88 cm** / 35 polegadas
Trigliceridémia elevada: Igual ou superior a **150 mg/dL** (ou a utilização de fármacos para o controle)	
Colesterol HDL:	Homem — Inferior ou igual a **40 mg/dL** Mulher - Inferior ou igual a **50 mg/dL**
Pressão arterial elevada: Igual ou superior a **130/85 mmHg** (ou a utilização de fármacos para o seu tratamento)	
Elevação da glicose em jejum: Igual ou superior a **100 mg/dL** (5.6 mmol/L) (ou a utilização de fármacos para o tratamento da hiperglicémia)	

* *Third Report of the National Cholesterol Education Program* (NCEP-ATP III).