



Bruna Thaise Lavagnini

Experiência no manejo das doenças crônicas na Atenção Básica

Bom Retiro do Sul

2017



Bruna Thaise Lavagnini

Experiência no manejo das doenças crônicas na Atenção Básica

Trabalho de conclusão do curso de
especialização em Saúde da Família pela
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto alegre.

Bom Retiro do Sul

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	ESTUDO DE CASO.....	6
3	PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	10
4	VISITA DOMICILIAR.....	13
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
6	BIBLIOGRAFIA.....	18
	ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Bruna Thaise Lavagnini, tenho 27 anos e sou natural de Tapejara no Paraná. Escolhi a medicina quando começava a cursar o ensino médio. Depois do colégio, fiz um ano de cursinho, prestei oito vestibulares (todos em faculdades públicas e a não aprovação me deixou muito constrangida, mas não a ponto de desistir. Conheci três irmãs que estudavam na Argentina e assim começou minha saga da faculdade. Em 2009, comecei o curso na Facultad de Ciencia de la Salud Hector Alejandro Barcelo, na cidade de Santo Tomé, Corrientes. Formei-me em março de 2016 e trabalhei dois meses (maio e junho) em uma clínica particular (SAM) na cidade de Puerto Iguazu, Misiones, fazendo plantões. Inscrevi-me no programa mais médicos e, em agosto, eu conheci minha atual cidade, Bom Retiro do Sul, no Rio Grande do Sul, onde trabalho na UBS central da cidade como clínica geral.

A cidade de Bom Retiro do Sul tem uma população estimada de 11.472 habitantes. Na área da saúde pública, conta com uma equipe de ESF que fica situada no bairro São Jorge e a UBS localiza-se no centro da cidade, que conta com duas médicas clínicas, uma pediatra e um ginecologista obstetra. A cidade também possui um hospital que é privado, mas trabalha em convênios com a prefeitura para facilitar alguns serviços de especialidades e internações. A UBS é a responsável pela atenção da maior parte população urbana e toda a rural. É onde há o maior número de consultas, com maior frequência as doenças crônicas degenerativas são os motivos (HAS, DM, Artrose, depressão). No mesmo prédio atua a equipe de saúde bucal, a farmácia do estado, a equipe de imunização, entre alguns outros serviços. Na zona rural, há uma casa de apoio a usuários de drogas e substâncias químicas (particular) que acabam fazendo uso do sistema público de saúde do município. Muitos dos pacientes oriundos desse estabelecimento apresentam diagnóstico de uma ou mais doenças infectocontagiosas (HIV, hepatite e sífilis são as mais frequentes e associadas).

A economia da cidade gira em torno das fábricas de calçados, dos frigoríficos (JBS e Estrela) e aviário implantados na cidade. Grande parte da cidade é alfabetizada e a maioria das crianças frequenta as escolas. São poucas as famílias em condições precárias e as que se encontram nessas condições são ajudadas tanto por moradores do município como pelo poder público. É uma cidade em

evolução, sempre buscando melhorar, e que luta pela igualdade de conquista e direitos de todos.

Para a escolha do Projeto de Intervenção, observei a necessidade das visitas domiciliares durante os meses que vinha trabalhando. Em algumas oportunidades, era algum familiar quem comparecia a consulta; em outros, a família conseguia a visita por meio de algum parentesco ou amizade política. Eu, como médica nova na cidade, sem conhecer as famílias, vi a necessidade da implantação desse tipo de rotina para, assim, criar um vínculo com esses pacientes que muitas vezes são esquecidos ou nem vistos pela equipe de saúde, buscando garantir um tratamento adequado e igual para toda a população necessitada ou acamada. Com isso, visa-se incluir o paciente, e não excluí-lo cada vez mais do sistema e do meio onde vive.

2 ESTUDO DE CASO

Dentro da atenção primária, temos inúmeros casos de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia) em acompanhamento e temos uma grande quantidade de pacientes que buscam consulta para realização de exames de rotina para um check-up de saúde. Em alguns casos, podem ter antecedentes familiares importantes, ou sem antecedentes importantes, mas preocupados pela idade ou com algum sintoma incômodo.

O Caso descrito foi de uma paciente que busca consulta para realização de exames. Ela vem com um histórico familiar bastante chamativo, com vários integrantes apresentando doenças crônicas. Até o atual momento, a paciente apresenta-se em bom estado de saúde, mas preocupada com a evolução e com seus hábitos.

Identificação:

Paciente: V.T.

Data de nasc: 30/12/1979

Idade: 37 anos

Estado civil: casada

Ocupação: Massoterapeuta

Escolaridade: superior incompleto

Natural: Porto Alegre/ RS

Mae: Vera Regina Agrello

Pai: Augusto Fernando Tubino

Antecedente pessoal:

Paciente sem diagnóstico de doenças e sem uso de medicação contínua.

Refere consulta há uns dois anos por intolerância a alimentos gordurosos, onde foi realizada ecografia abdominal e constatou-se esteatose hepática.

Paciente apresenta hábito intestinal obstipado, com evacuações a cada três dias. Refere boa alimentação e ingestão de água adequada.

G2C1P1, em uso de anticoncepcional oral (MIRENA).

Antecedentes familiares:

Mãe com problemas de colesterol e triglicerídeos, com uso de medicação contínua.

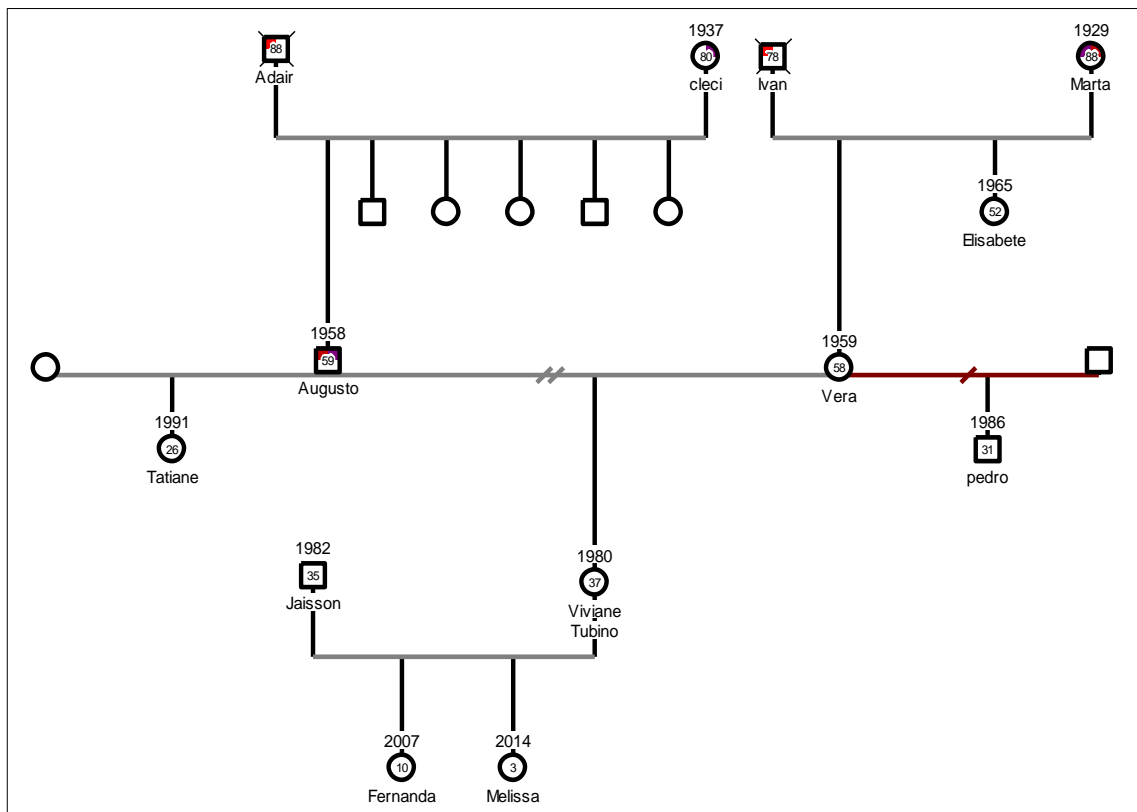
Pai hipertenso, diabético, com antecedente de duas pontes de safena.

Os avôs são falecidos, ambos por problemas cardíacos.

Avó materna com diabetes mellitus e hipertensão arterial e uso de medicação contínua.

Avó paterna é diabética em uso de insulina.

Figura 1 – Árvore genealógica da paciente



Fonte: elaborada pela autora, 2017.

Motivo de consulta:

A paciente se apresenta em bom estado geral, sem queixas clínicas, em busca da realização de exames de sangue e ecografia abdominal.

Conversamos sobre seus hábitos alimentares, que são variados. Faz uso de frutas e verduras, sente-se mal com ingestão de alimentos gordurosos, controla a quantidade de líquidos que ingere, não faz uso de refrigerantes (exceto em algumas oportunidades) e não usa bebida alcoólica.

Sobre suas gestações, relata que não teve problema durante o pré-natal. O parto normal da segunda filha foi natural e muito prolongado. Além disso, conta que, durante alguns meses, sentia uma diferença de sentimentos entre as filhas, mas que logo passou. Hoje ela sente o mesmo amor e zela da mesma forma pelas duas.

Nunca apresentou glicemia alterada, mas se preocupa pelos antecedentes familiares. A pressão também sempre foi normal e nunca sentiu falta de ar, aperto no peito, palpitações ou algo relacionado.

Plano:

Solicito exames de sangue e ecografia abdominal.

Retorno assim que os exames estiverem prontos.

Aconselho agendamento do pré-câncer.

Segunda consulta:

Paciente comparece a consulta. Refere bem estar, nenhum sintoma e apresenta resultados dos exames. Refere agendado o pré-câncer.

Hemograma: normal

Plaquetas: 189.000

Colesterol total: 180

LDL: 111 HDL: 47 TG: 111

Glicemia de jejum: 120

TOTG após 2hs: 202

Acido úrico: 4,86

Creatinina: 0,55

TSH: 1,54 T4: 0,84

Ecografia abdominal: sem sinais de esteatose

(Ecografia de 2016: esteatose moderada)

Devido aos fatores de risco da paciente, glicemia de jejum alterado e TOTG elevado, repito exame.

Terceira consulta:

Glicemia de jejum de 101

Glicose pós prandial de 82

Hemoglobina glicada de 5,5%

Diante dos resultados da paciente (ausência de sintomas), o plano terapêutico é não farmacológico, com mudanças na alimentação, controle de ingestão de carboidratos, incorporação de atividade física na sua rotina e uma revisão laboratorial em seis meses.

3 PROMOÇÃO DE SAÚDE

A atenção básica tem o importante papel de disseminar informações de fácil acesso à população, promover saúde e educação sobre os problemas prevalentes na área e estar capacitada para diagnosticar e tratar os problemas comuns da comunidade.

Como mencionado anteriormente, na UBS central de Bom Retiro do Sul onde trabalho, contamos com especialistas na área de Pediatria e Ginecologia e obstetrícia. Em conjunto com a equipe de ACS, sempre trabalhamos temas como aleitamento materno, desenvolvimento infantil, alimentação infantil, hábitos saudáveis e vacinação com as mães e crianças. Temos, com a equipe de enfermagem, um controle muito estrito das gestantes e seu acompanhamento com pré-natal, hoje com 100% das gestantes em acompanhamento.

Diante de todo o relatado e vivido no dia a dia na UBS, fui notando que a população adulta é a que mais fica sem cobertura, sem palestras e informações de fácil acesso e educação. Essa população é a que sempre está correndo contra o tempo, porque trabalha ou tem outros afazeres, fazem uso irregular de medicação, deixam receitas antigas para serem renovadas sem consulta, tem maus hábitos alimentares e muitos são sedentários.

Dividimos, então, a população adulta entre os principais motivos de consulta e receitas deixadas para renovação: Doenças Crônicas Degenerativas, para a qual estamos abordando uma forma de educação e controle e acompanhamento, e Saúde Mental (transtorno do sono, depressão, ansiedade, transtornos do humor).

Os pacientes de Saúde Mental foram os que mais me chamaram a atenção. Revisando os prontuários dos que deixavam as receitas para renovação, notou-se que muitos deles vinham fazendo uso crônico da medicação ansiolítica sem controle médico ou laboratorial. Quando falamos de ansiolíticos, estamos falando, basicamente, dos benzodiazepínicos, que são as drogas mais usadas em todo o mundo e, talvez por isso, consideradas um problema da saúde pública nos países mais desenvolvidos.

Assim, comecei uma busca ativa por alguns pacientes. Os que foram deixando receitas de medicação controlada para renovar foram chamados para consulta com o intuito de serem avaliados. Isso foi feito devido à necessidade de controlar o uso, a forma com que vinham consumindo a medicação e a

apresentação de algum sintoma. De acordo com o caso, foi proposta a retirada da medicação sem necessidade.

Foram vários casos diferentes, entre os prevalentes: mulheres que iniciaram o uso de antidepressivos sem psicoterapia e já vinham fazendo uso crônico, muitas se negando a retirada da medicação, alegando recaída dos sintomas; pacientes idosos em uso crônico de benzodiazepínicos, usando para conciliar o sono, dos quais também uma grande maioria se nega a retirada. Sabemos que o uso prolongado de benzodiazepínicos é uma situação de risco e condutas são necessárias para melhorar a qualidade de vida do paciente (CARVALHO, 2016).

Apesar da grande resistência à retirada das medicações, consegui êxito em alguns casos. Com as pacientes em uso de antidepressivo, comecei um acompanhamento vigoroso com consultas regulares. Expliquei, em várias oportunidades, efeitos colaterais das medicações, consegui consultas com as psicólogas, estabelecemos metas e mudanças na rotina diária, fomos reduzindo doses da medicação visando à suspensão total e seguimos acompanhando. Até o momento, apenas uma das pacientes não se manteve estável, devido a problemas familiares, assim resolvemos indicar a retomado do uso da medicação.

Para o uso de benzodiazepínicos, tivemos ainda mais resistência. Muitos vinham fazendo uso de doses exagerada, mesclas de classes de remédios e mesmo assim seguiam com a queixa da insônia, de não conciliar, de dormir pouco e não descansarem após a noite de sono. Começamos reajustando medicações (explicando seus efeitos adversos), indicando uma adequada higiene do sono. Preocupados com gasto de energia e cochilos durante o dia, optamos por uso de fitoterápicos em alguns casos e conseguimos, até o momento, um grande grupo se aderindo as novas medidas.

CASO: Paciente masculino D.F., 38 anos, deficiente visual, em uso de Amitriptilina 25mg (dois comprimidos à noite) e Diazepam 10mg (dois comprimidos à noite). Deixou-se o pedido para renovação de receita e solicitamos a presença do paciente em consulta. O paciente comparece acompanhado pela mãe, uma senhora de idade, que também faz uso de medicação para dormir.

Na primeira consulta, procuro saber quem é o médico responsável pelo controle da medicação em uso e se ela cumpre o efeito que ele espera, além de como o paciente vem se sentindo com o uso da medicação. O paciente refere que faz anos que toma essa medicação, que não tem controle médico, apenas deixava

as receitas para serem renovadas e poder comprar os remédios. Conta que, a princípio, a indicação era de um comprimido de cada droga; porém, não conseguindo conciliar o sono e acordando várias vezes a noite, ele (por sua conta) aumentou as doses. Mesmo assim, não conseguia dormir bem, geralmente despertando às seis horas da manhã e passando o dia cansado. Perguntado sobre o horário em que toma a medicação, o paciente conta que sempre toma quando vai se deitar. Sobre cochilos durante o dia, costuma dormir aproximadamente duas horas no começo da tarde. Não realiza atividade física pela sua condição visual, faz uso de café e chimarrão em várias oportunidades no dia, não faz uso de outra medicação de forma contínua e não tem diagnóstico de nenhuma doença. Noto que há vários pontos a repassar com esse paciente, visto que fica claro que a medicação em uso não faz nenhum efeito, em que o uso de cafeína e estimulantes pode estar perturbando seu sono. Além disso, os cochilos e falta de atividade física também são agravantes.

O plano proposto foi: diminuição do uso de estimulantes, principalmente no final da tarde/comoço da noite; retirada do cochilo do início da tarde pelo menos até conseguirmos boas horas de sono noturno (caso se sinta muito cansado, o descanso deve ser de, no máximo, 30 minutos); implantação de uma atividade física para gasto energético e prover cansaço (o paciente tem simulador de caminhada em casa, o que facilitou por sua condição); realização de uma higiene do sono, com um banho relaxante, retirada de eletrônicos como rádio e televisores (que deixam a mente mais dispersa) e uso de chás calmantes; retirada da medicação (Amitriptilina e Diazepam), começando uso contínuo em horário fixo de um fitoterápico.

Até o presente momento, o paciente segue as recomendações. Nos primeiros dias, seguiu usando a medicação (Amitriptilina e Diazepam) que ainda tinha em casa e, logo, começou a seguir o combinado. A partir dessa mudança, vem notando um cansaço à noite, principalmente depois do exercício físico. Relata que ainda não dorme a noite toda, mas sente que acorda melhor, dado que as poucas horas que dorme, dorme bem. Combinamos que vamos seguir o nosso plano já que estamos notando melhoria no primeiro mês da mudança.

4 VISITA DOMICILIAR

No âmbito da saúde pública no Brasil, a atenção básica é a porta de entrada dos pacientes ao sistema. Essa porta de entrada deve, então, estar preparada e organizada para a atuação adequada, fazendo fluir os problemas e as resoluções.

A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A atenção básica objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011).

A melhor forma de promover, proteger e prevenir é, primeiramente, conhecendo os riscos aos quais os pacientes estão expostos. Para isso, conta-se com as Agentes Comunitárias de Saúde e suas visitas às famílias para trazer as informações pertinentes da população de cada área. Essas visitas são uma forma de aproximação de toda a equipe de saúde e através dos relatos que se elaboram estratégias de ação.

Assim, a visita domiciliar completa a atenção básica, levando a equipe de saúde para mais perto da família. A visita tem o objetivo de conhecer as condições socioeconômicas, resgatar pacientes sem controle e tratamento e facilitar o acesso ao sistema para pacientes com necessidades especiais, também buscando delinear a rotina e a realidade em que vive a família, bem como os problemas do convívio,

Logo que cheguei ao município onde atuo hoje, quis saber dos profissionais (enfermeiros, ACS, secretaria, dentista, médico) com os quais iria trabalhar como era nossa população e nossa área de trabalho, deparando-me com inúmeras adversidades. Temos um município bastante pequeno, com uma população de aproximadamente doze mil pessoas. Estamos divididos em uma área rural e urbana, e a principal queixa era com relação aos pacientes acamados, em grande quantidade na cidade, muitas vezes atendidos através dos seus familiares que compareciam as consultas. Conversei, então, com a coordenação e propus a implementação das visitas e, a partir disso, começamos a amadurecer a ideia.

Contei com uma equipe disposta à capacitação para as visitas. As seis agentes logo queriam saber como seria feita a escolha das famílias e quais eram as prioridades. Conseguimos sanar a maioria das dúvidas em algumas reuniões e logo

começamos a pôr em prática as visitas. As visitas são realizadas nas quintas feiras pela manhã, sendo esse o dia que não afetaria a atenção clínica na UBS, com disponibilidade do carro e demais profissionais disponíveis também. Nossas quintas foram divididas uma para cada agente de saúde e a sétima destinada a visitas a pacientes sem cobertura das agentes, os quais eram de nosso conhecimento através de pedido da família ou de apresentação por algum outro membro da equipe de saúde.

As visitas foram implementadas com regularidade há um ano. As famílias ou pacientes foram escolhidos de acordo com a necessidade trazida e exposta pelas ACS. Tivemos pacientes com doenças crônicas sem controle do seu tratamento, pacientes acamados por sequelas de AVC, pacientes com paralisia, pacientes que não se consultavam por medo, famílias que viviam em condições precárias, com pouca higiene e sem condições financeiras, pacientes trazidos pela equipe do NASF em uso de álcool e drogas. Assim, foram inúmeros motivos e grandes evoluções até o momento.

Relato de visita domiciliar:

Caso trazido por uma ACS.

Paciente E.G., feminino, 78 anos, analfabeta.

Mora sozinha no interior, em uma casa com quatro cômodos, bastante desordenada e suja.

Diagnóstico de hipertensão e diabetes, vindo a fazer uso de medicação em qualquer horário, sem mesmo saber qual era o remédio que tomava. Apresentava edema de membros inferiores, dores nas pernas ao caminhar e formigamento.

Medicamentos em uso: hidroclorotiazida 50mg (uma vez ao dia); enalapril 20mg (duas vezes ao dia); AAS 100mg (uma vez ao dia); glibenclamida 5mg (três vezes ao dia, antes das refeições); metformina 850mg (três vezes ao dia, após as refeições), sinvastatina 40mg (um vez ao dia).

PA: 160/100 HGT: 230 (paciente em jejum)

Já eram 9h30 da manhã e a paciente não havia feito uso de nenhuma das medicações. Logo após a aferição dos sinais vitais, começa o seu café da manhã com três pedaços de aipim frito.

Solicito a presença de um familiar e a paciente refere ser sozinha, que a única sobrinha que tem só aparece para lhe pedir dinheiro ou para brigar com ela. Oriento

a paciente com relação às dores que vêm sentindo, além do cansaço e do inchaço nas pernas, explicando sua relação com o açúcar alto. Repasso importantes conceitos de alimentação com a paciente e, junto com a ACS, separo e explico cada remédio, como deve tomar e para quê serve. A paciente é bastante dispersa, mas tentamos ao máximo captar sua atenção.

A ACS tenta visitar a casa da paciente pelo menos uma vez por semana para assegurar que a medicação está sendo tomada e está separada corretamente. Porém, notamos que, devido às condições financeiras, a paciente não cumpre uma dieta restrita, assim não conseguindo um ótimo controle dos níveis de glicemia.

Em uma segunda visita à paciente, conversamos sobre a possibilidade de mudança para um lar de idosos, onde receberia uma atenção e controle adequado para sua idade e condição. Ela se mostrou bastante interessada, relatando estar cansada da vida, mas que não tem condições de pagar e que só poderia ir quando vender sua casa e terra onde vive hoje.

Conseguimos com essa paciente (e com muitos outros) uma aproximação, melhor qualidade de conversa e de atenção. Além disso, propusemos estratégias para melhorar suas condições e, em equipe, vamos evoluindo cada vez mais.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A realização dessa especialização em saúde da família através do Eixo I, para mim, médica formada no exterior, proporcionou material para o conhecimento da história da saúde pública do Brasil, da situação atual da saúde e dos determinantes e indicadores, além de questões novas como sistemas de informação, como o e-sus, e o funcionamento dessas tecnologias para o melhoramento do sistema de saúde pública como um todo. Foram revisados temas muito importantes como: a vigilância em saúde, práticas educativas, situações de violência. Esses temas são vivenciados diariamente em nosso meio de atuação, e um material de qualidade nos capacita ainda mais para o trabalho. Ademais, resalto o registro clínico na prática de APS (SOAP) como uma forma mais nova e organizada para registro no prontuário, contribuindo para melhor entendimento do médico ou profissional de saúde e melhorando a atenção ao usuário.

O Eixo II apresentou temas da prática diária, com casos de diabetes e hipertensão, que são rotinas nas consultas, mas também temas mais complexos como depressão pós-parto, problemas familiares de relacionamento e convivência, tuberculose, casos de pacientes com certas deficiências e limitações, problemas femininos e a prática preventiva, temas frequentes de puericultura. Todos esses casos contribuem para a formação profissional, trazendo materiais novos e formas inovadoras de atuação e de tratamento dos casos, utilizando a medicina baseada em evidência para melhorar a atuação do profissional e a qualidade do atendimento prestado.

A especialização e a observação da necessidade existente na minha comunidade me trouxe muita curiosidade sobre o tema de visitas domiciliares. Durante todos os eixos, pude adquirir conhecimento e ajudar a formar e capacitar uma equipe totalmente disposta a implementar essa grande melhoria para os nossos pacientes. Antes a visita domiciliar era vista como uma prática de difícil acesso; hoje está efetivada e conta com a ajuda das ACS, dos enfermeiros e também dos moradores. Pude, com ajuda de toda equipe, executar o tema escolhido para o projeto de intervenção.

Portanto, vejo grande contribuição desta especialização para o meu crescimento profissional e para melhoria da atenção que proporciono a minha

comunidade. Tive ao meu lado uma equipe curiosa e disposta com cada novidade que adquiria durante o curso, sem medo de pôr em pratica novos recursos.

6 BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Karine Amorim de; TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira de; LOPES, Mariana Souza; CARMO, Glaucilene Eliane Silva do; LOPES, Aline Cristine Souza. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1117-1124, 2012a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/01/2018.

BERNIK, Márcio Antonini; ASBAHR, Fernando Ramos; SOARES, Márcia Britto de Macedo; SOARES, Cláudio de Novaes. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, n. 4, p. 191-198, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. 2012b.

CARVAILHO, Melquides Raimundo Feitosa de; RODRIGUES, Evaldo Teles; GOLZIO, Adriana Maria Fernandes de Oliveira. Intervenções no uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Saúde e Ciência online**, Campina Grande, v. 5, n. 2, p. 55-64, 2016. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/366>>. Acesso em: 04/01/2018.

FERNANDES, Regina Maria França. O sono normal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 157-168, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/372/373>>. Acesso em: 04/01/2018.

MÜLLER, Mônica Rocha; GUIMARÃES, Suely Sales. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04/01/2018.

PINHEIRO, Pedro. **Pré-diabetes – Diagnóstico, Riscos e Tratamento**. 27/10/2017. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/2015/02/pre-diabetes.html>>. Acesso em: 04/01/2018.

SOUZA, Camila Furtado; GROSS, Jorge Luiz; GERCHMAN, Fernando; LEITÃO, Cristiane Bauermann. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 275-284, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n5/a01v56n5.pdf>>. Acesso em: 04/01/2018.

ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

IMPLANTAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BOM RETIRO DO SUL/RS

Bruna Thaíse Lavagnini

**Bom Retiro do Sul
2017**

1 INTRODUÇÃO

O município de Bom Retiro do Sul tem uma população estimada de 11.472 pessoas (IBGE, 2010). A atenção primária na cidade conta com uma ESF que fica responsável por quatro bairros e uma população de 3500 pessoas, onde já vinham sendo realizadas visitas domiciliares com certa regularidade. O restante da população fica por conta da UBS central da cidade, que cobre os outros sete bairros e as localidades do interior (doze áreas), onde há aproximadamente dois anos vinham sendo realizadas visitas domiciliares com irregularidade. As visitas domiciliares para essa população não pertencente à área da ESF eram realizadas apenas mediante pedido da secretaria de saúde, ou seja, havia uma demora na atenção e a sua não continuidade.

A proposta da atenção domiciliar é levar atenção ao paciente com dificuldades temporárias ou definitivas, seja por barreira geográfica, doença crônica degenerativa ou em recuperação de algum acidente. Busca promover o acompanhamento do paciente, cuidado continuado e a recuperação em interação com a família e com a comunidade onde vive, evitando internações e afastamentos desnecessários. Essa atenção deve ocorrer de forma sistematizada, regular.

Com a ajuda das agentes comunitárias de saúde, que visitam alguns dos bairros e sabem das necessidades dos seus pacientes, fizemos uma estimativa da quantidade de pacientes em situação de necessidade. Decidimos, então, formar uma equipe composta por um médico, um enfermeiro e a agente correspondente à área, com saídas durante um turno uma vez por semana. As visitas são feitas com a intenção de atender de forma imediata as consultas mais urgentes, seguindo depois com os demais, e começar o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas degenerativas.

Várias são as problemáticas encontradas para a realização das visitas. A princípio, é essencial explicar e mostrar à gestão do município a importância desse projeto, para que compreendam que esse tipo de atenção gera menos gastos em longo prazo. Com isso, é possível organizar a agenda da equipe e a disponibilização de um meio de transporte, preparar e capacitar a equipe para as visitas, selecionar realmente a população que precisa desse tipo de atenção, registrar a população de forma adequada para começar a ter ideia da dimensão do trabalho a realizar e educar a família para que entendam a sua posição nesse tratamento continuado.

Logo, temos muito trabalho a realizar para a implementação adequada da atenção domiciliar e para a capacitação profissional, colocando em prática o esperado, levando assim melhor condição e qualidade de vida para a população do município.

2 OBJETIVO GERAL

Implantar atenção domiciliar no município de Bom Retiro do Sul.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe para o reconhecimento do trabalho a realizar e como atuar nas visitas;
- Identificar a população que realmente necessita desse tipo de atenção;
- Conhecer o domicílio, com suas características socioeconômicas e ambientais;
- Identificar fatores de risco durante as visitas, prevenir doenças e promover saúde, garantindo qualidade ao paciente, à família e à comunidade;
- Manter o acompanhamento do paciente aderido na atenção domiciliar e utilizar o prontuário do paciente nas visitas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

No contexto da Atenção Primária, a Atenção Domiciliar vem sendo cada vez mais necessária devido às mudanças que vão ocorrendo com a própria população, com o fim de garantir equidade. Está inserida no sistema de formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde.

Considerando que dentro da atenção domiciliar existem diferentes modalidades e que cada uma tem suas diferenças em abordagem e percepção, devemos ter claro o que cada uma representa na prática para, assim, ter mais êxito na realização dos objetivos (CUNHA, 2006, p. 88).

Figura 1 – Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades



Fonte: cunha,2006.

ATENÇÃO DOMICILIAR: modalidade de maior amplitude que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação desenvolvidas por uma equipe multiprofissional no domicílio do paciente, junto com sua família.

ATENDIMENTO DOMICILIAR: sinônimo de assistência ou cuidado domiciliar caracterizado por atividades programadas e continuadas de caráter ambulatorial realizadas no domicílio, no caso de indivíduos em circunstâncias agudas ou crônicas que recebem tratamento de alta qualidade.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR: atividade que oferta tecnologia, equipamentos e materiais, supervisão e ação da equipe de saúde, com uma assistência semelhante à hospitalar.

VISITA DOMICILIAR: útil para orientar, educar e desenvolver soluções para os problemas de saúde, além de orientar sobre o uso de medicamentos, saneamento básico e tudo que diz respeito à condição de saúde. É um contato pontual dos profissionais de saúde com a comunidade.

Nota-se que uma modalidade de atenção vai complementando a outra, mas é necessário partir de um ponto básico, uma estratégia, para começar a implementar esse tipo de atenção no município. Para eleger um paciente ou família para a atenção domiciliar, temos critérios a considerar: critérios clínicos (situação do paciente) e critérios administrativos (administrativos/operacionais/legais). Apesar disso, a forma crítica de avaliar a realidade cotidiana é um dos principais critérios.

Por sua vez, a atenção domiciliar está organizada em três modalidades de acordo ao perfil do usuário e a equipe prestadora de cuidado: AD1, AD2, AD3 (BRASIL, 2013).

Quadro 1

MODALIDADE	USUÁRIO	EQUIPE
AD1	Problemas de saúde controlados e/ou compensados. Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção. Necessita de cuidados de baixa complexidade, com menos recursos, e menor frequência. Dentro da capacidade de atendimento da UBS.	Equipe de atenção básica
AD2	Problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade de locomoção. Maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Necessidade de visitas semanais.	EMAD + EMAP
AD3	Semelhante AD2 em uso de equipamentos/procedimentos especiais.	EMAD + EMAP

Fonte: Brasil, 2013.

Para o desligamento ou saída do paciente do sistema de atenção domiciliar, também é necessário seguir critérios (além de uma ampla discussão do caso pela equipe):

- Mudança da área de abrangência, sendo transferido para a equipe responsável pela área;
- Não aceitação do acompanhamento;
- Piora clínica que justifique internação, óbito;
- Cura, recuperação da condição.

4 METODOLOGIA

Queremos, através deste projeto de intervenção, implementar no município de Bom Retiro do Sul, por meio da atenção básica na Unidade Básica de Saúde, a modalidade de Atenção Domiciliar 1.

No **primeiro momento**, será apresentado o projeto de intervenção à equipe de saúde, com os objetivos e resultados esperados. Serão compartilhados com a equipe o cronograma para as atividades, os prazos, as metas e os responsáveis de cada parte. Será exposto para a secretaria de saúde a importância e benefícios que podem trazer para o município.

O **segundo momento** será de capacitação da equipe: agentes comunitárias, enfermeiros, médicos e de todos que estarão envolvidos no projeto. Serão solicitados materiais (cadernos de atenção) e feito um levantamento da necessidade de material para a realização do projeto.

No **terceiro momento**, serão identificados os pacientes para o sistema de atenção domiciliar, seguindo os critérios do caderno. Contaremos aqui com o trabalho das ACS e realizaremos reuniões para debate dos casos.

O **quarto momento** será de elaboração de terapêuticas e cuidados singulares, com capacitação da equipe para explicação e acompanhamento desses. Serão realizadas reuniões com a equipe para apresentar dificuldades encontradas pelos pacientes para as terapêuticas propostas.

O **quinto momento** caracteriza-se pela eleição do paciente, seria a correta leva de informações para a equipe. Durante a Atenção Domiciliar, toda estratégia é notificada no prontuário do paciente, sendo possível acompanhar o seu desenvolvimento e avaliar a terapêutica usada.

O **sexto momento** é para analisar os resultados, como estão os pacientes, se estamos cumprindo nossos objetivos, se a estratégia está sendo benéfica aos pacientes, se eles estão conscientes do seu papel no tratamento e na estratégia para a melhor qualidade de vida.

Durante todos os momentos do projeto queremos ter o livre acesso entre os profissionais da equipe para aperfeiçoar a estratégia, já que muitas vezes as ACS que estão nas ruas em contato com a população têm uma visão diferente. Assim, podem nos trazer um caso novo ou, através de uma busca, encontrar um paciente

sem qualquer acompanhamento. Então, reuniremos a equipe e analisaremos o caso para ter uma cobertura equitativa para a população.

Quadro 2 – Cronograma do Projeto de Intervenção

AÇÕES	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17
Elaboração do projeto de visitas	X						
Busca de matérias e informações sobre visitas domiciliares	X						
Apresentação da proposta a equipe de saúde e coordenadores		X					
Capacitação da equipe/ACS			X				
Identificar os pacientes, seguindo critérios				X	X	X	X
Reuniões de equipe				X	X	X	X
Acompanhar e monitorar os pacientes inclusos				X	X	X	X

Fonte: elaborado pela autora, 2017.

5 RECURSOS

Equipe para saídas: um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde e um motorista.

Equipe de apoio: um médico clínico, uma pediatra, uma enfermeira, uma dentista e uma técnica em saúde bucal.

Materiais:

- Cadernos de atenção básica: atenção domiciliar, cuidado de pessoa com doença crônica, envelhecendo em casa;
- Caderno de visitas/cadastro das agentes comunitárias;
- Fichas de atenção, prontuários, fichas de pedido de exames;
- Esfigmomanometro, estetoscópio, lanterna, otoscópio, termômetro, baixa língua, aparelho e fitas para HGT;
- Computador, sala de reuniões;
- Carro disponível.

6 RESULTADOS ESPERADOS

É esperado com a implementação das visitas domiciliares no município, além de conhecer o perfil da população com qual trabalhamos, definir suas reais dificuldades de acesso e garantir toda atenção de qualidade e equidade.

Uma organização para identificação dos pacientes, tratamento e acompanhamento continuado melhorará a qualidade de vida, diminuirá consultas e chamados de urgência e diminuirá agudização dos casos crônicos. A educação da população dentro da sua atual situação de saúde, pequenas mudanças nos cuidados gerais gerará melhor impacto sobre a mesma.

Fazer das visitas uma prioridade semanal da agenda da equipe permitirá elaboração de projetos de intervenção de fácil acesso e manejo, além de proporcionar sempre um aprimoramento por parte da equipe e uma responsabilidade em buscar sempre mais para o paciente que faz uso desse serviço. As visitas de forma contínua criam um laço de confiança e uma responsabilidade também por parte do paciente em cumprir o proposto para, assim, seguir tendo esse benefício.

7 REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Vol 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Vol 2, 2013.

CUNHA C L F & GAMA M E. A visita domiciliar no âmbito da atenção primaria em saude. Malagutti W (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 3, p. 233, 2000.

LACERDA, M. R; GIACOMOZZI, C.M; TRUPPEL, T. C. Atenção a saúde no domicilio. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.88, 2006.