

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

Evandro Weber

Relatos e vivências na Atenção Domiciliar - Equipe de Saúde Unidade Móvel
de Saúde – Santa Margarida do Sul/ R.S.

Santa Margarida do Sul

2018

Evandro Weber

Relatos e vivências na Atenção Domiciliar - Equipe de Saúde Unidade Móvel
de Saúde – Santa Margarida do Sul/ R.S.

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

Orientadora: Ivone Andreatta Menegolla

Santa Margarida do Sul

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO AO PORTFÓLIO.....	04
2. ESTUDO CLÍNICO.....	05
2.1. Relato de Caso	05
2.2. Discussão	06
2.3. Genograma	07
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO	07
3.1. Relato de Caso	09
3.2. Discussão de Caso	10
3.3. Conclusão	11
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	12
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
REFERENCIAL.....	16
Anexo – Projeto de Intervenção	17

INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Eu, Evandro Weber, 34 anos, brasileiro, natural da Cidade de Nova Prata do Iguaçu, Paraná, deixo descrito principais fatos de minha trajetória de vida profissional. Principalmente as experiências vividas neste ano de 2017, como médico do Programa Mais Médicos.

Bem, todo o curso de Medicina foi efetuado na cidade de Assunção – Paraguai, e concluído no ano de 2015. E já no final de 2016, ingressei no programa Mais Médico, do Governo Federal Brasileiro. Iniciando o ano de 2017 com trabalho específico na cidade de Santa Margarida do Sul, Rio Grande do Sul.

Ao mesmo tempo em que fui atuando como profissional médico nessa cidade, em paralelo curso a Especialização Saúde da Família, promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de saúde (UNA- SUS) e UFCSPA.

Cidade de Santa Margarida do Sul é pequena, a população fica em torno de 2.507 mil habitantes, para um território municipal de 955,299 km², segundo Censo IBGE (2010). Importante ressaltar que a cultura local é predominantemente rural, com ênfase na agricultura e pecuária.

Santa Margarida do Sul, conta apenas com um centro de Saúde, modelo Unidade Básica de Saúde, com especialidades médicas e diferentes profissionais da saúde para bem atender a população local. Mas não contam com hospital, os pacientes, quando necessário, são direcionados a cidades maiores, como: São Gabriel e Santa Maria.

No entanto, como a abrangência em termos de território da cidade é grande, foi lançado neste ano de 2017, mais uma segunda equipe de saúde – com enfoque na Estratégia Saúde da Família e atendimento direcionado a população do interior do município. Através da Unidade Móvel de Saúde, e constituem essa equipe: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um técnico em farmácia.

E foi durante o acompanhamento e atendimentos realizados no interior da cidade, em particular nas visitas domiciliares, que se aferiu a falta de ações

singulares para os cuidadores de pacientes (na totalidade familiar), em domicílio.

Como citado, este grupo de usuários - cuidadores de pacientes em domicílio não se encontram quantificados e acompanhados de modo sistemático. Seja este cuidador familiar ou não, ele (a) encontra-se em geral, muito focado no seu paciente, o que facilita a negação para o autocuidado.

E com a execução de um projeto específico a esse grupo, será ofertado cadastro e, por conseguinte visibilidade, atendimento e continuidade do seu quadro clínico. Promovendo a saúde e prevenindo futuros agravos a estes pacientes.

Embora, não haja registros e evidências documentada dos cuidadores em domicílio pela UBS, percebe-se a importância de projetar ações que deem visibilidade a esse grupo de usuário, para posteriori acompanhamento.

Usuários quando atendidos são restritos a terapêutica medicamentosa, e pouco recorrem ao devido acompanhamento pela equipe multidisciplinar. Esses precisam de acompanhamento com fisioterapeuta, orientação de enfermagem, atendimento médico, odontológico e psicológico. É o que esse projeto tem a pretensão de aproximar a Unidade de Saúde, através da Unidade Móvel, em chegar até o paciente e seus cuidadores.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

2.1. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 74 anos, Sr. A. V. M., trabalhador rural aposentado, casado e pai de cinco filhos, no momento reside sozinho com sua esposa, Sra. S. M., também idosa 69 anos.

Sr. A. V. M. é portador de doenças crônicas não transmissíveis, como: HAS, DM, e IC. Em visita domiciliar da Unidade Móvel de Saúde, aferem-se os sinais vitais: Pulso- 58bpm, P.A. – 140X80 mmHg, ausculta pulmonar sem ruídos hidroaéreos, baixo ventre um tanto distendido, HGT: 182 mg/dl pós prandial. A esposa logo pede para a equipe olhar a lesão em calcâneo MID (lesão pé diabético). E nota-se paciente um pouco emagrecido.

Lesão em calcâneo MID: relata-se que na última consulta realizada na Unidade de Saúde Santa Margarida do Sul, a lesão apresentava-se necrótica, em diâmetro de cinco cm, foi preciso realizar debridaç o mecânica, com prescri o de Cefalexina 500mg de 12/12h por 21 dias VO, durante dez + Paracetamol 750mg se tiver dor, e diariamente acompanhamento com troca de curativos pela técnica de enfermagem e ou a esposa (foi devidamente orientada e capacitada para a troca e curativos). O paciente encontra-se mais limitado pela lesão, mas deambula com ajuda de andador.

Na atual consulta confere diminui o do diâmetro da lesão em três cm, pouco secretiva, e embora fétida. Sr. A. V. M encontra-se mais confiante de sua recupera o e sua esposa, Sra. S. M, diz estar preocupada com a diabetes alterada, ela tem medo de ter que administrar insulina, e pediu para aumentar os comprimidos (Metformina 850mg/ 2 comp. VO em três vezes ao dia).

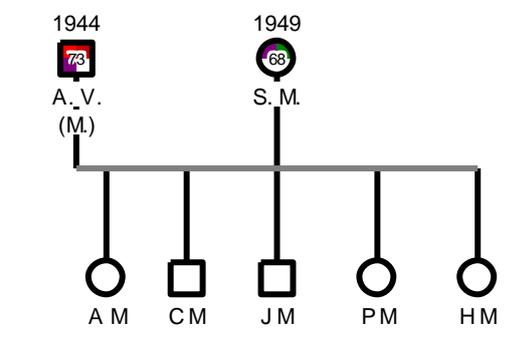
2.2. Discussão do caso: O caso de Sr. A.V.M.   t pico no hodierno de nosso atendimento, pacientes com diabetes descompensados que acabam se descuidando de sua saúde. Muitos por falta de orienta o se abstraem de cuidados, principalmente com os p s. Segunda revista eletrônica PortalEnf, 2016, descreve que 70% das amputa es no Brasil são por diabetes descompensada.

A equipe de saúde destaca a importância de organizar a logística e fomento de materiais de curativos compressa e / ou gases estéreis, Solu o Fisiológica 0,9%, luvas e ataduras largas. O receio da equipe   que o Diabetes retarde o fechamento da lesão, assim fica o pedido em agendar visita domiciliar e consulta da nutricionista da Unidade de Saúde. No intuito de controlar o Diabetes com equilibrada alimenta o.

Outro agravante seja o déficit circulatório, área pouco irrigada gera risco a não oclusão e cura da lesão. O positivo deu-se por conta de sua esposa, em ter assimilado os cuidados quanto aos curativos e a medica o administrada.

2.3 Genograma: Também conhecido como ECOMAPA, segundo Nascimento et al., 2014, estabelece uma ferramenta complementar de coleta de dados para usar em pesquisa. Este instrumento aproxima o entrevistado e entrevistador, viabilizando registro histórico de possíveis patologias e vincula os familiares

dentro de seu contexto cultural social do paciente. Podendo oferecer valiosas informações que fomentem a orientação da prática clínica, identificar a vulnerabilidade dos usuários, bem como a aplicação de ações de saúde (NASCIMENTO et al., 2014)



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

Segundo Portal de Educação, 2013, os autores Leavell & Clark, 1976, descreveram a prevenção em saúde como uma ação prévia, fundamentada no saber histórico natural da doença, para melhor formular planejamento posterior em três níveis de prevenção: *primária, secundária e terciária*.

Atualmente, para Almeida, 2005, os níveis de prevenção em saúde se atualizam em: *primordial, primária, secundária, terciária e quaternária*. Vejamos um quadro em esquema explicativo, que serve para melhor compreensão:

NÍVEIS DE PREVENÇÃO	CONCEITO
<i>PRIMORDIAL</i>	Objetivo é evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença. Na prevenção de estilo de vida, social, econômico ou cultural potencialmente fonte de riscos a doenças futuras. Exemplo: intimamente ligado às doenças crônico-degenerativas;
<i>PRIMARIA</i>	Visa evitar fatores de risco causais de patologias, no intuito de diminuir a incidência de doenças. Pode-se ser aplicado de modo singular, em um grupo específico ou na população

	em geral. Exemplo: campanhas - de imunização e de combate as Doenças Sexualmente Transmissíveis, uso de preservativos. Controle da água entre outras endemias.
<i>SECUNDARIA</i>	O objetivo é a identificação precoce do problema de saúde – indivíduos presumivelmente doente e assintomático para estudo. Em uma intervenção imediata visando à redução de danos ao paciente; mediante ao histórico da doença e seu processo. Exemplo: rastreio para cânceros de colo de útero, mama, próstata entre outros; rastreio para fenilcetonúria em recém-nascidos; rastreio para DCNT's e rastreio para avaliação de acuidade visual e auditiva.
<i>TERCIARIA</i>	A intervenção estreitamente associada a medicina preventiva e curativa, com a ação terapêutica, controle e reabilitação, para o bem-estar do indivíduo somados a integração da família. Facilitando a limitação e progressão da doença, como as insuficiências, incapacidades, sequelas, morte precoce; prevenir e controlar a doença promovendo adaptação do paciente.
<i>QUATERNARIA</i>	Por ser relativamente nova, a <i>prevenção quaternária</i> é pouco conhecida, se objetiva em evitar a iatrogenias, identificar indivíduos em risco sobre tratamento, protegendo-os de novas intervenções medicamentosas inapropriadas; sugerir cura sem dano, capacitação e autonomia do usuário, quanto às decisões necessárias, escolha adequada dos métodos de diagnósticos e tratamentos, etc.

FONTE: Portal de Educação, 2013 and Almeida, 2005.

São caminhos para a construção promoção e educação em saúde, no cotidiano do trabalho em saúde. Os mesmos fazem parte da organização em equipe e sistematização das atividades com os usuários, essas implicações

são efetivadas entre os diversos casos clínicos acolhidos no dia-a-dia. O exemplo dos que seguem abaixo.

3.1 Relato de Caso:

Visita Domiciliar – Unidade Móvel de Saúde: Paciente D.L, 74 anos, sexo masculino, racial/cor: branca (fototipo I e II), atividade: agricultor aposentado. Casado com a Sra. V.L., 68 anos, também agricultora e costureira aposentada.

O casal tem três filhos: J.L. 43 anos, sexo masculino, F.L. 38 anos, sexo masculino e J.L.M. 32 anos, sexo feminino. O filho mais velho casado tem dois filhos e vive com a família em cidade distante a 230 km da casa paterna. Apenas os dois últimos filhos, também casados, vivem pertos. Mas quase a diário estão na casa dos pais (interior da cidade), para visitá-los.

Sr. D.L. tem como queixa principal das consultas as lesões na região cervical lateroposterior direito, MMSS – região dorsal de ambas as mãos. As lesões têm como aspecto descamativa, eritematosa e superfície áspera de coloração amarelada.

Já se inicio ao tratamento em um hospital de referencia situado na região central do estado, há mais de três meses. Diagnóstico: Carcinoma Epidermóide em pontos focais de ambos os dorso das mãos e, Ceratose Actínica em área foto expostas região cervical.

A aferição dos sinais foi realizada pelo enfermeiro R.L., e obtiveram-se os seguintes dados: T 36.4°, Peso 71 Kg, Altura 1.72 cm, PA 130/85 mmHg, FC 96 bpm. Todos devidamente registrados, incluindo a prescrição do médico especialista ao paciente, como: uso contínuo de FPS 30, com aplicação a cada 2 horas, e nova consulta avaliativa agendada para a posterior semana.

Obs.: O tratamento efetuado para as lesões de ceratose actínica, foi a crioterapia com aplicação de nitrogênio líquido e, para o carcinoma epidermóide foi efetuado excisão cirúrgica, não foi preciso seguir com a radioterapia.

Saúde Mental (Estresse Psicossocial): Durante a anamnese com o paciente, também foi constatado que o Sr. D.L. mudara consideravelmente desde a última consulta, sempre foi muito expressivo e articulado com as palavras. A

esposa expressou estranhar algumas atitudes do marido, como medo de ficar sozinho e falta de ânimo para as atividades básicas que sempre fazia.

E após ser questionado pelo médico de como se sentia, o paciente relatou sentir frequentes dores no peito, tremores, disfagia, insônia, desânimo e pensamentos relacionados ao medo. A esposa corrobora contando, que marido ficara muito impressionado com tantas coisas que via no hospital durante o tratamento e, somado as viagens até o hospital, seguido da notícia do diagnóstico até o tratamento (procedimentos e cura).

As orientações de rotina tomam outro rumo e a conversa se estende um pouco mais. E por ser notório que o paciente, precisa de maior atenção à equipe de saúde propõe prioridade ao caso clínico, quanto a discussão e a agenda da unidade de saúde.

3.2 Discussões: O fictício caso clínico do paciente D.L. tem como pretensão abordar a patologia câncer de pele (um importante problema de saúde para o homem do campo) e, também enriquecer o estudo de caso com a temática: saúde mental, através do provável diagnóstico de transtorno depressivo, no contexto das visitas domiciliares realizadas pela Unidade Móvel de Saúde.

Visita Domiciliar – um seguimento horizontal do acompanhamento clínico pela equipe de saúde ao paciente D.L.:

Para Santos e Moraes, 2011, as visitas domiciliares é um importante instrumento de atenção primária de saúde, em que integra e fomenta o vínculo entre família, paciente e a equipe de saúde do respectivo território de assistência. Isso acontece de forma horizontal, o que permite maior diálogo e seguimento ao tratamento especificado.

“... se os atores sociais envolvidos neste processo (trabalhadores de saúde – usuários) estabelecerem uma relação horizontalizada e com o estabelecimento de vínculo, esta poderá ser uma forma de desenvolver a assistência de forma integral.” (Santos e Moraes, 2011).

E no que tange ao caso do paciente D.L, desde as primeiras consultas até o acompanhamento continuado, destaca-se o que deve propor uma equipe de saúde (Unidade Móvel- Município Santa Margarida do Sul), com todas as

limitações de cidade de interior do estado (Rio Grande do Sul), ao que se refere diagnóstico e tratamento.

Assim, em equipe junto à unidade básica de saúde, viabiliza-se o Plano Terapêutico Singular e o referenciamento, devido a emergente busca pelo diagnóstico e o preterido tratamento. Por certo, via Sistema Único de Saúde, o paciente será atendido em um conhecido hospital universitário federal, da região central do estado, referência em câncer de pele.

Observa-se o contexto do meio rural e, os agravos da exposição dos raios ultravioletas em relação aos altos índices de lesões cutâneas. É o que descreve Guimarães et al, 2014, em resultados de pesquisa realizada na região central do Rio Grande do Sul, entre trabalhadores da pecuária e agricultura, universo de 242 participantes (a média de idade de 55 anos), a prevalência das lesões cutâneas foi de 71 casos, 48 indivíduos com diagnóstico de ceratose actínica, 19 indivíduos com nevo displásico e 04 indivíduos com ambas lesões.

Guimarães et al, 2014, traduz a realidade local de Santa Margarida do Sul/R.S., que apesar de ser pequena em população, há casos da doença e que coloca em pauta para a equipe de saúde a discussão desse importante problema de saúde pública do país. E ainda, soma-se a importância de reportar os casos, mesmo que a prévia sejam hipóteses.

Esta linha de acompanhamento sistematizado com o paciente dispôs a percepção do transtorno depressivo. Entre os idosos, a literatura descreve a depressão transitória e em maior índice entre as mulheres (se quadro depressivo, a equipe de saúde, novamente precisa pode discutir ações em conjunto).

3.3 Conclusão: A depressão é considerada um importante fator de risco para a pessoa idosa, por ser via e associação com diversas doenças crônicas, e fomentando com isso, perdas cognitivas e outras disfunções incapacitantes.

4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICILIO:

A equipe de saúde de uma unidade básica, no dia-a-dia enfrenta muitos obstáculos, mas frente às adversidades é preciso lançar mão de importantes instrumentos que corroboram no melhor acolhimento dos usuários. Dado como exemplo as políticas de saúde descritas no Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013).

Este programa permite a *desospitalização* do paciente, em uma atenção e cuidados em saúde continuados em sua própria residência, sendo assistido por uma equipe de saúde multidisciplinar mediante a alta hospitalar, na perspectiva de evitar agravos por contaminação prejudicando o tratamento, evita as superlotações em internação e viabiliza os cuidados e vínculos com os familiares dos pacientes (BRASIL, 2013).

Este programa, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a Atenção Domiciliar se denomina de modo substitutivo ou complementar a já existente, nas práticas de saúde caracterizada em ações a saúde para promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, sempre integrados às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Segue mais abaixo, a explicação, compreensão e diferenciação da Atenção Domiciliar, com a Visita Domiciliar e Internação Domiciliar. Por se assemelhar com o trabalho que a equipe de saúde – UBS Santa Margarida do Sul efetua na composição multidisciplinar: médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo – os dois últimos conforme necessário, preconizado pelo Ministério da Saúde, 2013.

Segundo Gallasi et. al.. 2014, o conceito para melhor elucidar esses instrumentos no uso hodierno entre equipe de saúde e usuário, é:

Atendimento Domiciliar	Internação Domiciliar	Visita Domiciliar (VD)
------------------------	-----------------------	------------------------

<p>Conjunto de ações de cuidado realizadas em domicílio, fundamentado pela complexidade de nível ambulatorial, através do programa Melhor em Casa (M.S., 2017);</p>	<p>Semelhante ao anterior, mas se diferencia por apresentar maior complexidade. Na incorporação das tecnologias, recursos humanos, medicamentos e materiais semelhantes aos encontrados em um hospital;</p>	<p>É o mais usual entre as equipes de saúde, instrumento básico para a construção da agenda, e para o desenvolvimento de ações em educação e orientação de saúde.</p>
---	---	---

A Visita Domiciliar tem como objetivo, para Gallasi et. al.. 2014, a promoção e a autonomia singular a cada paciente e família ao destinar a gestão de seu próprio cuidado, através do estabelecimento de metas negociadas por ambas as partes. A gestão dos cuidados viabiliza ações conhecidas e propositivas (GALLASI et. al., 2014).

Estas ações convergentes de cuidado sistematizado, também aproxima a unidade de saúde aos usuários. Através do referenciamento, matriciamento e o projeto terapêutico singular, já citado anteriormente.

E quanto à realidade da Unidade Básica de Saúde Santa Margarida do Sul e serviço Unidade Móvel de Saúde, o conceito de veras usual na organização da agenda da equipe é a Visita Domiciliar, com todo o seu contexto e direcionamento aos pacientes. No atendimento dos casos clínicos dos pacientes portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's), para os idosos e acamados, com diabetes mellitus, Alzheimer, hipertensos e pacientes com lesões de pele, fazem parte da realidade desta pequena cidade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O processo de aprendizado proposto pelo Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), representados pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com todo o seu gerenciamento e organização dispostos aos alunos pertencentes ao Programa Mais Médicos, torna-se imprescindível para a formação efetiva e continuada dos profissionais da saúde.

De fato, desde o *Eixo I*, houve um trabalho habilidosamente conduzido e organizado em prol dos alunos pertencentes ao *programa*, pese a realidade formativa da instituição e das políticas públicas de saúde diferenciadas do país em que, a priori, realizou-se a formação acadêmica até a sua conclusão (curso superior de Medicina), com a do Brasil. Fez com que o conhecimento adquirido fosse mensurado e constantemente reavaliado.

Por vezes, desvelando a gigantesca dimensão que o Sistema Único de Saúde fomenta em todo o país, com seus pensadores produtores de importantes instrumentos de trabalho voltados à promoção, prevenção, educação e reabilitação em saúde pública. Conhecimentos privilegiáveis, voltados a nós alunos do Programa Mais Médicos.

Claro, que ao longo deste processo de aprendizado teórico-prático, apresentaram-se barreiras, como: a falta de habilidade pessoal em interpretar textos, transmitir e avaliar ideias, bem como as escrever. O exemplo a dificuldade em execução do Projeto de Intervenção e a realização do *Eixo II*.

Quanto ao *Eixo II*, pode-se perceber através dos casos clínicos propostos a grande correlação com as práticas hodiernas do serviço de saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Margarida do Sul. Estabelecendo maior empatia com o usuário e organização entre os estudos da teoria e prática, com base do trabalho em equipe e aplicabilidade das políticas e ferramentas de saúde.

A dificuldade de transpor em palavras para a construção do *portfólio* foi evidente, mas felizmente o programa dispõe de recursos e metodologia que permite ao aluno retomar o conhecimento progresso adquirido, organizando-os

dia-a-dia. Sem esquecer de todo o apoio, atenção e clareza que a *Tutora Ivone Andreatta Menegolla* dispensou ao longo do processo de estudo, com compreensão e profissionalismo.

Mediante toda a experiência educacional e formativa dispensada, fica internalizado o saber assimilado, concretizado na prática do cotidiano. Sem esquecer-se da importância do planejamento e estudo, seja esse de modo singular, para um grupo ou comunidade de usuários em geral. O profissional médico e seu trabalho em saúde somente acontecem se ocorrer em estreita unidade com toda a equipe de saúde pertencente.

Grato,

Evandro Weber

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério do Planejamento. **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional.** Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acesso em: 07 jul. 2017
2. Revista eletrônica: PortalEnf. 2018. Disponível em: <https://www.portalenf.com/2016/10/pe-diabetico-amputacao/> Acessado em: 18 de Jan. de 2018.
3. NASCIMENTO, L.C. et al. **Genograma e Ecomapa: Contribuições da Enfermagem Brasileira.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2014. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00211.pdf. Acessado em: 03 de Abr. de 2018.
4. _____Portal Educação – Prevenção da Saúde. *Prevenção Primária... Níveis de prevenção...* Publicado em 22 de fev. de 2013. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br>. Acessado em: 03 de Abr. de 2018.
5. ALMEIDA, L. de M. **Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Coimbra. Portugal. Vol. 23. N° 1. 2005. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1564870>. Acessado em: 04 de Abr. de 2018.
6. SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. **A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros.** Cogitare Enferm. 2011. Disponível em: www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/.../21761-88053-1-PB.pdf. Acessado em: 23 de Mar. de 2018.
7. GUIMARÃES, P. V. et al. **Lesões Cutâneas Pré-Malignas em Residentes de um Município Rural do Rio Grande do Sul, Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia. 2014; 60(3): 223-230. Disponível em: www.inca.gov.br/.../06-artigo-lesoes-cutaneas-pre-malignas-em-residentes-de-um-mu... Acessado em: 26 de Mar. de 2018.

8. _____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 2013. Vol. II. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol2.pdf. Acessado em 28 de Mar. de 2018.

9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. acessado em: 28 de Mar. de 2018.

10. GALLASSI, C.V. et. al. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional**. ABCS Health Sci. 2014; 39 (3): 177-185. 2014. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/viewFile/653/652>. Acessado em: 21 de Mar. de 2018.

11. MALTA, D. C., et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**. Rev. Saúde Publica. 2017; S1. Supl. 1: 43. São Paulo. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acessado em: 20 de Abr. de 2018.



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

Projeto de Intervenção

Assistência e acompanhamento multidisciplinar pela Unidade Móvel de Saúde
– Unidade Básica de Saúde Santa Margarida do Sul, aos cuidadores em
domicilio residentes do Município de Santa Margarida do Sul/ RS

Evandro Weber

Santa Margarida do Sul

2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: Assistir e acompanhar de forma singular os usuários cuidadores de pacientes em domicílio – através da equipe multidisciplinar da UBS Santa Margarida do Sul, realizado pela Unidade Móvel de Saúde do município de Santa Margarida do Sul/RS. **METODOS:** O presente projeto de intervenção organizacional, com busca de fundamentação teórica em referências bibliográficas de bancos de dados científicos, online, gratuitos, português e versem o tema proposto. Realizar o projeto com instrumentos laborais existentes na própria unidade de saúde, como: a Unidade Móvel de Saúde e sua respectiva agenda. E a partir da execução deste projeto, proporcionar estes clientes cadastro - visibilidade, atendimento e continuidade do seu quadro clínico e o devido acompanhamento pela equipe de saúde. Promovendo a saúde e prevenindo futuros agravos. **RESULTADOS ESPERADOS:** Com a identificação do universo de pacientes que se enquadram na situação de desequilíbrio físico, psíquico-emocional espera-se ofertar melhor atendimento e visibilidade, no provimento e promoção da saúde para a prevenção de futuros agravos.

PALAVRA-CHAVE: Saúde da Família, Cuidadores, Saúde Mental

SUMMARY

INTRODUCTION: Carefully monitor and follow the caregivers of patients at home - through the multidisciplinary team of UBS Santa Margarida do Sul, carried out through the Mobile Health Unit of the municipality of Santa Margarida do Sul / RS. **METHODS:** The present project of organizational intervention, with search of theoretical foundation in bibliographic references of scientific databases, online, free, Portuguese and verses the proposed theme. Carry out the project with existing labor instruments in the health unit itself, such as: the Mobile Health Unit and its respective agenda. And from the execution of this project, provide these clients registration - visibility, care and continuity of their clinical picture and due follow-up by the health team. Promoting health and preventing future injuries. **EXPECTED RESULTS:** With the identification of the universe of patients that fall into the situation of physical, psychological and emotional imbalance, it is expected to offer better care and visibility, in the provision and promotion of health for the prevention of future disorders.

KEYWORDS: Family Health. Caregivers. Mental health

Sumário

1. INTRODUÇÃO	04
2. JUSTIFICATIVA	05
3. OBJETIVOS	05
3.1 OBJETIVO GERAL	05
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
4. REVISÃO DA LITERATURA	06
4.1 Apoio da unidade básica ao cuidador.....	06
4.2 A pessoa do cuidador	06
5. METODO e MATERIAL	07
6. CRONOGRAMA.....	08
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	09
REFERENCIAL TEÓRICO.....	10

1. INTRODUÇÃO

Em consonância com a realidade cultural do município de Santa Margarida do Sul, com o predomínio expressivo de pessoas residentes no meio rural, e de economia baseada na agricultura e pecuária. Para o ano de 2016 estimavam-se 2.507 mil habitantes, para um território municipal de 955,299 km², segundo Censo IBGE (2010).

Para este ano de 2017, foi constituído uma segunda equipe de saúde – com enfoque na Estratégia Saúde da Família, para atender de forma mais efetiva a população do interior do município, com 55.9% da zona rural (IBGE, 2010). Constituem essa equipe: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um técnico em farmácia.

Para corroborar, com o serviço de saúde e melhor atender os usuários que vivem no meio rural, o município conta com uma Unidade Móvel de Saúde. Relevante instrumento para a atenção básica na prevenção e promoção de saúde, para com os usuários sitiados no interior do município.

Em prévios atendimentos no curso deste ano (2017), em particular nas visitas domiciliares, foi constatada a falta de ações singulares para os cuidadores de pacientes (na totalidade familiar), em domicílio.

Embora, não haja registros e evidencias documentada dos cuidadores em domicílio pela UBS, percebe-se a importância de projetar ações que deem visibilidade a esse grupo de usuário, para posteriori acompanhamento.

Usuários que quando atendidos são restritos a terapêutica medicamentosa, mas sem um devido acompanhamento pela equipe multidisciplinar. Esses precisam de acompanhamento com fisioterapeuta, orientação de enfermagem, atendimento médico, odontológico e psicológico.

A equipe de Estratégia Saúde da Família em sua verticalidade direciona ações interdisciplinares no território, para promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 2009). A equipe multidisciplinar com enfoque mais holístico chega positivamente no resgate desse trabalhador do lar que cuidador de outro acaba por resultantes esquecendo-se de si.

A equipe multidisciplinar evidencia o impacto que a ausência ou presença de saúde causa nos demais membros da família (MACHADO *et.al.*, 2014). O trabalho convergente da equipe a uma terapêutica singular, por conseguinte viabiliza a adesão do plano de saúde planteados a esse usuário.

2. JUSTIFICATIVA

Como citado anteriormente, este grupo de usuários - cuidadores de pacientes em domicílio não se encontram quantificados e acompanhados de modo sistemático. Seja este cuidador familiar ou não, ele (a) encontra-se em geral, muito focado no seu paciente, o que facilita a negação para o autocuidado.

E a partir da execução deste projeto, serão ofertados a estes clientes cadastro - visibilidade, atendimento e continuidade do seu quadro clínico e o devido acompanhamento pela equipe de saúde. Promovendo a saúde e prevenindo futuros agravos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Assistir e acompanhar de forma singular os usuários cuidadores de pacientes em domicílio – através da equipe multidisciplinar da UBS Santa Margarida do Sul, realizado através da Unidade Móvel de Saúde do município de Santa Margarida do Sul/RS.

3.2. Objetivo Específico:

- Identificar as demandas e necessidades dos cuidadores de pacientes em domicílio;
- Ofertar apoio à terapêutica singular planejada pela equipe multidisciplinar de saúde e posteriori acompanhamento;

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Apoio da unidade básica ao cuidador

São muitas as formas de atendimento que a hodierno chega até o sistema de saúde pública. Nas dimensões de território e acessibilidade do usuário, por vezes encontram barreiras que o impedem de ser acolhidos e devidamente vinculados aos cuidados de saúde (BRASIL, 2012). Essas são em maior parte barreiras geográficas e a de comunicação.

Neste contexto, quando a unidade de saúde com seus membros conseguem chegar até longínquos lugares, para levar atendimento e efetivar vínculos acontece à humanização e promoção da vida. Como é proposto ao atendimento domiciliar, um apoio ao paciente aos cuidadores.

Lembrando que as ações precisam ser organizadas e pactuadas pela equipe de saúde, familiares e cuidadores direcionadas ao paciente, “...Art. 2º *Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde*”. (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)

4.2. A pessoa do cuidador

Para Castro e Henn (2014), os resultados obtidos desvelaram características comuns absorvidas pelo cuidador em seu cotidiano. Devido ao excesso de trabalho e responsabilidades e a adaptação para assumir as rotinas e intercorrências.

Sentimentos como: raiva, sensação de abandono, isolamento social, desorientação quanto ao tratamento e conduta de cuidados, assinalam o quanto esses cuidadores devem ser observados e acompanhados (CASTRO e HENN, 2014). A unidade de saúde precisa acompanhar melhor os cuidadores (as) em domicílio, uma vez que eles mesmos possam chegar a essa mesma condição – a doença física, psíquico emocional.

Cabe aos profissionais de saúde valorizar e criar espaço de trabalho como construção gradual da clínica ampliada, e viabilizar projeto terapêutico singular e apoio matricial quando necessário (BRASIL, 2010).

5. METODO e MATERIAL

O presente projeto de intervenção, através de referências bibliográficas busca o conhecimento teórico para posterior observação prática. A concretização, a abordagem e o atendimento clínico direcionado ao cuidadores em domicílio, em primeira instância passarão pela ordem organizacional da unidade de saúde e sob seus princípios éticos.

A Unidade Móvel de Saúde tem agenda de um dia por semana para se dirigir até o interior, tempo em que serão identificados os usuários e agendados para consulta. A avaliação em equipe é um dos pontos primordiais, de modo que não se multipliquem materiais burocráticos, mas que se efetive para esses clientes o atendimento multidisciplinar.

Recomenda-se organizar a agenda das consultas médicas e de toda a equipe, para que não se perca o vínculo e a constância do trabalho e haja posterior trabalho em rede. E quanto à agenda, como instrumento deve ser utilizado o SIAB (Sistema de Informações da Família) pela equipe, factível registro e rastreamento dos usuários alvo.

O meio de transporte e seus respectivos gastos não acarretarão extras para a secretaria de saúde do município, pois em concomitância a agenda programada o presente projeto poderá ser aplicado. Assim, os materiais e recursos sairão da própria unidade, mas sem ônus extras para a unidade de saúde ou secretária de saúde do município. O projeto se restringirá a apontamentos no próprio SIAB, na notificação via telefônica e no posterior registro digitalizado – computador da unidade.

6. CRONOGRAMA

ATIVIDADE	ANO 2017				
	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO/ DEZEMBRO
ELABORAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO	X	X			
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROJETO JUNTO A UBS		X			
CONSULTA E PLANIFICAÇÃO		X	X		
EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO				X	X
ANÁLISE DOS RESULTADOS					X
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS					X
AVALIAÇÃO DO TRABALHO					X

7. RESULTADOS ESPERADOS

O presente projeto pretende através do cadastro e identificação dos usuários cuidadores em domicilio, em que apresentam alguma perturbação física ou psíquica-emocional causadores de danos a sua saúde, o atendimento e visibilidade, no provimento e promoção da saúde para a prevenção de futuros agravos.

REFERÊNCIAS

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2010. Acessado em: 24 de Jul. de 2017.
13. BRASIL. Ministério do Planejamento. **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acesso em: 07 jul. 2017
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.820. Disposição sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Brasília. 2009. Acesso em: 27 jul. 2017.
15. _____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: MS 2012. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/ Acesso em: 13 de Jul. de 2017.
16. Castro, H.H.G.; Henn, C.G. **Conhecendo o cuidador: suas percepções e sentimentos em relação ao cuidado**. 2014. Disponível em: colecciona-sus.bvs.br. Acessado em: 08 de Agos. de 2017.