

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

FLAVIA SIQUEIRA DE SOUSA

ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS

**BELÉM
2017**



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

FLAVIA SIQUEIRA DE SOUSA

ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS

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

BELÉM
2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	3
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	5
4 VISITA DOMICILIAR	7
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	9
REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

Atuo como médica de saúde da família há três anos, formada pela Universidade Federal do Pará desde 2013. Faço parte de uma equipe de saúde da família denominada PSF Jaderlândia II, posto de saúde localizado na RMB (Região metropolitana de Belém), neste posto há três equipes de saúde da família que abrange o bairro Jaderlândia e Atalaia. Minha área há aproximadamente 4000 famílias, sendo acompanhadas por um médico, um dentista, uma enfermeira e seis ACS.

O Bairro onde realizo meu trabalho, há uma Unidade Básica de Saúde, onde são realizados atendimento de urgência e emergência, há também um Hospital de referência de média e alta complexidade, além da UPA Ananindeua. Os pacientes acompanhados fazem parte do programa HIPERDIA, Saúde da Mulher (Grávidas, Puérperas, Planejamento Familiar, Prevenção do Câncer de Colo e de Mama), Saúde mental, Puericultura e demanda espontânea.

A maioria dos pacientes são idosos e aposentados, em tratamento para hipertensão e diabetes; são orientados a utilizar a medicação corretamente, fazer exercícios aeróbicos, melhorar a alimentação, fazer os exames de rotina e os exames de prevenção tanto para Câncer de colo e de mama quanto para Câncer de próstata no caso dos homens acima de 50 anos.

Gostaria de enfatizar, a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado para as doenças crônicas como a Diabetes Mellitus tipo II. No referido posto de saúde há vários pacientes que não tem conhecimento da doença, por isso, não procuram atendimento médico.

Essa patologia, como não apresenta uma consequência imediata, leva alguns pacientes a não aderirem ao tratamento proposto, além das mudanças do hábito de vida e alimentares que são propostas para o tratamento. Sendo o tratamento paliativo, utilizado para evitar complicações e não a cura, isso acaba desmotivando o paciente. Essa falta de adesão e de conhecimento de alguns pacientes, dificulta tanto aos profissionais de saúde no diagnóstico e instituição terapêutica, quanto para os

portadores dessa patologia em relação as complicações agudas e crônicas do Diabetes. (FAGUNDES, GROTT e SIMÕES, 2011).

As principais causas da morbimortalidade nos pacientes diabéticos são as alterações micro e macrovasculares, sendo que as mesmas podem ser prevenidas ou retardadas pelo uso correto das medicações tanto para corrigir a hiperglicemia, quanto para controlar os níveis pressóricos em hipertensos. Por isso, a importância do tratamento efetivo, o mais precoce possível para os pacientes diabéticos.

(CAMARGO, SILVEIRO E WEINERT, 2010)

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Desde a década de 60, o Brasil passa por transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas. Entre as doenças crônicas mais frequentes, destaca-se o diabetes mellitus (DM), uma doença que se desenvolve devido a produção diminuída de insulina ou a incapacidade da mesma de exercer seus efeitos no organismo, é uma doença que se caracteriza por ser crônica, lenta, grave e progressiva, se não tratada corretamente pode deixar sequelas graves e até mesmo a morte (ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

Na Unidade de saúde de Jaderlândia II, há vários casos de pacientes portadores de Diabetes mellitus que não tinham diagnóstico, pois não procuravam atendimento no posto, seja por negligência ou mesmo por falta de tempo.

Atualmente há mais de 100 pacientes diabéticos tipo 2, sendo acompanhados por médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem. Todos, estão engajados, tanto na prevenção primária através de palestras educativas, quanto no tratamento medicamentoso e não medicamentoso da diabetes mellitus.

O caso a ser retratado é do Senhor Carlos, trabalhador autônomo, descobriu recentemente que era diabético do tipo 2. Refere, que o diagnóstico foi tardio, pois, não tinha tempo disponível para procurar atendimento médico.

Carlos é um paciente da ACS Sandra, que através da mesma, procurou atendimento médico depois de muita insistência da equipe de saúde, pois apresentava sinais clínicos de diabetes que eram polifagia, polidipsia e polaciúria; as ACS já estavam orientadas pelo médico do PSF em como reconhecer os sinais clínicos de pacientes portadores dessa patologia.

As primeiras consultas foram de rastreamento clínico e laboratorial, sendo orientado quanto a importância do diagnóstico precoce, o uso correto da medicação, mudanças nos hábitos de vida e alimentares, além da importância da ajuda familiar. Pois, segundo Amorin et al estudos feitos em ambulatórios de enfermagem, deixaram

claro que a adesão ao tratamento pelos pacientes, está muito vinculada a questões familiares, sociais, econômicas e culturais.

Este paciente, mora com a esposa e dois filhos em uma casa de quatro cômodos, somente ele trabalha como feirante, tem antecedentes de diabetes por parte da mãe e hipertensão arterial por parte do pai. Sendo assim, o médico da saúde da família também orientou quanto a importância de manter níveis pressóricos normais, além de colesterol, triglicérides nos índices de normalidade e toleráveis para pacientes diabéticos

Após as primeiras consultas e tratamento, o senhor Carlos, participou das palestras sobre a doença, procurou também, atendimento com a enfermagem, recebendo mais orientações sobre seu quadro. Foram pedidos e realizados, exames laboratoriais, inicialmente mensais e posteriormente semestral, as medicações em uso atualmente pelo paciente é Metformina 500mg e Glibenclamida 5mg.

Carlos ainda tem dúvida quanto à alimentação, e refere que começou a realizar caminhadas pela manhã antes de ir ao trabalho. Sendo orientado, quanto a importância de procurar um nutricionista para a realização de uma dieta adequada para sua idade, sexo, peso e doença.

Atualmente, o paciente Carlos, vem mantendo seus índices de glicose abaixo de 110, caminha 3 vezes por semana, fez reeducação alimentar, refere que está bem quanto as sintomatologias de polaciúria, polidipsia e polifagia as quais estava sentido quando procurou atendimento médico.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A APS (Atenção Primária à Saúde) é uma estratégia que visa organizar o sistema de saúde para responder as necessidades da população, através de uma articulação das redes, centralização nos usuários e atuação intersetorial, para que contemple aspectos biológicos, psicológico e sociais, acertando sobre problemas coletivos, promovendo a saúde (ALMEIDA, et al, 2009).

A promoção em saúde, abrange estratégias articulando diferentes tecnologias e políticas, com intuito de construir ações para a saúde, respondendo as necessidades da população. No SUS, a estratégia de promoção da saúde, deve envolver aspectos que definem o processo saúde-doença como por exemplo: violência, desemprego, falta de saneamento básico, fome, qualidade do ar e da água, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo Renato Veras (2009), as condições de saúde de uma dada população, e os fatores associados a essas condições devem ser monitorizados, com intuito de orientar estratégias de prevenção; tendo como objetivos agir positivamente na história natural da doença; precaver o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; crescer o autocuidado do paciente e levantar base de dados sobre os doentes crônicos.

A puericultura na Unidade de Saúde a qual trabalho abrange as crianças de 1 a 13 anos, os pais ou responsáveis são informados sobre a importância das consultas mensais no caso dos menores de cinco anos, onde devem ser avaliados as questões relativas a vacinação, crescimento e desenvolvimento, amamentação e alimentação complementar, além da orientação quanto a prevenção de quedas, há também o exame físico dirigido para crianças, desde RN até os 13 anos, qualquer indício de violência física ou sexual, são encaminhadas para o Conselho Tutelar da região e notificados. Sendo assim, tanto a prevenção quanto a promoção da saúde são trabalhadas no PSF.

Levando em consideração os casos apresentados, o caso de Samuel é importante para o estudo, sendo um paciente diabético. A Diabetes é uma doença crônica, de caráter sistêmico que, se não diagnosticada precocemente leva a danos irreversíveis. O paciente Samuel, representa a situação de vários pacientes que

procuram atendimento no posto de saúde a qual faço parte, a maioria procura atendimento tardiamente, quando já estão apresentando as sequelas da diabetes como a neuropatia diabética, por exemplo. Além da busca por atendimento tarde, há também a questão da continuidade ao tratamento, pois essa doença depende muito mais do paciente que de outros, o mesmo deve ser orientado quanto ao uso correto das medicações, exames laboratoriais devem estar em dia, cuidados pessoais com a alimentação, prática de exercícios físicos e outros, pelos profissionais de saúde; mas o paciente, também deve ajudar no tratamento, seguindo corretamente as orientações.

Diabetes é uma doença que precisa de um acompanhamento, apoio e seguimento periódico do paciente por uma equipe multiprofissional, pois sendo assim, é possível prevenir e/ou postergar as complicações crônicas, por tanto, deve ser levado em consideração a atuação de vários profissionais de saúde na orientação, tratamento e acompanhamento desses pacientes (BIAGG, et al, 2008).

Os pacientes diabéticos no posto de saúde Jaderlândia II, são orientados pela equipe a procurar atendimento com nutricionistas, fisioterapeutas e em alguns casos neurologistas, pacientes que por ventura, já iniciarem o tratamento com sequelas como amputação de membro, são orientados a procurar os direitos com a Previdência Social.

Inicialmente, recebem todas as orientações com o médico quanto a doença e suas complicações, a meta glicêmica, a importância dos exames laboratoriais que são realizados de três em três meses, o retorno e cadastramento no programa HIPERDIA da unidade; com a equipe de enfermagem são orientados a ter cuidado com os pés, tanto na higienização local quanto ao uso de sapatos e sandálias adequadas, também são informados sobre seus direitos quanto a aquisição de medicações gratuitas, insulina, aparelhos medidores de glicemia e fitas.

A cada três meses, há na unidade, palestras sobre a doença, com uso de boletins informativos. As ACS, tem a função de fazer o cadastro corretamente desses pacientes, fazer as visitas semanais, orientar quanto a importância do acompanhamento médico e de toda equipe, avisar sobre o dia das palestras, informar ao restante da equipe se houver algum problema com os pacientes tanto com relação a doença quanto por problemas familiares e pessoais.

4. VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares são instrumentos de interação no cuidado à saúde, utilizada pela Estratégia de saúde da família, como forma de inclusão e de reconhecimento da realidade da população, facilitando o aumento dos vínculos com a mesma, proporcionando melhor compreensão das características de cada família.

(ALBUQUERQUE e BOSI, 2009)

As visitas realizadas na USF a qual faço parte, abrange uma área de cerca de 250 famílias para cada ACS, pois há carência de agentes no posto. Quando iniciei o atendimento no posto não havia médico, portanto só havia visita com a equipe de enfermagem, a partir do momento que comecei a trabalhar, foi realizada uma reunião com equipe onde seria debatida além de outros assuntos, as visitas domiciliares. Ficou definido, que eu como médica iria fazer as visitas todas as quartas-feiras pela manhã, além de mim, iria a agente de saúde da área e dependendo do caso a enfermeira e o técnico em enfermagem.

Os pacientes inicialmente eram agendados pelos agentes de saúde, posteriormente, após o conhecimento dos casos por mim, os mesmos eram agendados conforme as necessidades já observadas nas visitas, a maioria eram acamados, idosos com doenças crônico-degenerativas, paraplégicos, doentes psiquiátricos, com sequelas de Diabetes e algumas abstenções do posto.

As famílias atendidas estavam escritas no posto, a maioria dos pacientes eram idosos com alguma doença crônico degenerativa como Mal de Parkinson e demência, doenças psiquiátricas como depressão e esquizofrenia. Após o conhecimento sobre as condições sociais que cada paciente vivenciava, era proposto um plano terapêutico e assistencial tanto para o paciente quanto para a família.

Se em alguma família necessitasse do apoio psicossocial, em casos de violência doméstica por exemplo, a equipe era orientada a acolher aquela família e repassar o caso para a assistência social do município, e aos órgãos competentes, após as conversas dos membros da família com a equipe do posto de saúde da família.

Quando em alguma visita havia bebês em amamentação, eu como médica, sempre orientava sobre a questão da pega adequada, dos benefícios da amamentação exclusiva, e também sobre os riscos do desmame precoce. Em alguns casos, faço atendimento da puérpera, orientando a alimentação adequada para a mesma e se o parto for tipo cesariana, orientava a limpeza local e a procura do atendimento com o médico ginecologista em caso de complicações cirúrgicas.

Pacientes paraplégicos ou acamados, eram constantemente visitados, examinados, avaliada sonda vesical quando presente, todos eu orientava quanto as possíveis consequências da vida acamada, como a presença de úlceras ou escaras na região glútea principalmente. Nos sequelados de AVC, a maioria usava cadeira de rodas para se locomover, faziam acompanhamento com fisioterapeuta e com médico cardiologista, todos sobre meu acompanhamento e supervisão.

Alguns pacientes que eu acompanhava nas visitas eram os diabéticos descontrolados e com consequências da doença, como pé diabético e nefropatia diabética. Os mesmos, eram aconselhados a fazer as medicações corretamente, fazer a dieta restrita ou ausente de massas e doces, praticar atividades físicas e cuidar da higiene dos pés, evitando o uso de sapatos inadequados. A maioria usava insulina NPH e regular, eu ensinava como administrar a medicação, e também como e quando, fazer a medição da glicemia capilar. Esses usuários, eram muito bem acompanhados por mim, orientados sempre a procurar atendimento no posto de saúde, sobre a importância do controle glicêmico e dos exames de rotina diabética, além da busca por especialidades médicas que ajudam em casos de incapacidades decorrentes do diabetes.

As visitas domiciliares, visam estabelecer um vínculo de compromisso, entre a equipe de saúde e a comunidade, é muito importante para a estratégia de saúde da família, que visa acompanhar um número definido de famílias, promovendo a saúde, prevenindo, recuperando e reabilitando as doenças e seus agravos. A partir do momento, que a minha comunidade passou a ter o atendimento correto domiciliar, foi verificado um aumento de sobrevivência, aumento da procura por atendimento médico, melhora dos níveis glicêmicos em pacientes diabéticos, diminuição das evasões e etc.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O conhecimento adquirido durante a especialização em saúde da família, que abrangiam o Eixo 1 e 2, trouxe uma ampliação nos meus conhecimentos, apesar de já ter tido experiência com atenção primária, levou-me a compreender e a corrigir alguns erros que cometia e melhorar cada dia mais, a minha forma de atender e de proporcionar bem-estar aos pacientes.

Os pacientes passaram a ser atendidos conforme os programas, saúde do homem, saúde da mulher, puericultura, HIPERDIA, saúde mental e visita domiciliar; a partir do momento que conheci o papel de cada profissional no programa saúde da família, ficou mais fácil de proporcionar aos usuários um melhor atendimento, cumprindo a universalização do SUS.

Compreender a função da atenção primária da saúde, melhorou a minha relação com os pacientes, alterando aquela ideia que o médico só tem a função de tratar a doença, para uma melhor relação médico-paciente como um todo, conhecendo a realidade de cada paciente e aplicando a melhor conduta de acordo com a mesma.

O Eixo 1, levou-me a ampliar meus conhecimentos sobre o SUS, atenção primária e de como praticar esses conhecimentos, já o Eixo 2, fez-me colocar em prática o que foi adquirido anteriormente, mostrando através de casos clínicos, as realidades a qual passamos, como se tivéssemos atendendo paciente em consultório e realizando visita domiciliar, essa forma de ensino foi muito gratificante e ampliadora de conhecimento.

Os pacientes do HIPERDIA que antes eram atendidos pensando apenas no tratamento específico, passaram a ser abordados com as orientações sobre a prevenção primária, as consequências de um não tratamento correto, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso, sendo orientados também, quanto a importância de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos, conforme a idade, e também quanto ao uso correto da medicação em horários específicos e de forma correta.

Os pacientes do programa Saúde do Homem, eram orientados quanto ao exame da próstata, tanto o PSA, quanto ao toque retal e exame ultrassonográfico, além das orientações quanto aos sintomas de hiperplasia prostática e câncer de próstata. Além da questão urológica, os pacientes também eram orientados sobre a prática de atividade física, e de diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do fumo.

Seguindo as Diretrizes para rastreamento do Câncer de Colo do útero 2016, as mulheres que já mantiveram relações sexuais com a idade de 25 a 64 anos eram orientadas a realizar o PCCU de três em três anos. A mamografia era solicitada a partir de 50 anos, orientava quanto aos sintomas de climatério para esta faixa etária; pacientes jovens obtinham orientação quanto ao uso correto de anticoncepcionais hormonais, aos sintomas menstruais e de sangramentos anormais, ao diagnóstico de gravidez por presunção e confirmação.

As crianças de 1 a 5 anos, no início das minhas consultas eram poucas, devido à falta de conhecimento das mães, as mesmas achavam que somente o médico pediatra poderia avaliar os seus filhos, tirando do médico da família esta função, porém com o tempo e através de orientação tanto minha, quanto dos demais membros da equipe, as mães passaram a levar seus filhos para meu atendimento, onde eram avaliados o crescimento e desenvolvimento de cada um, histórico vacinal e paulatinamente examinadas em caso de possível violência doméstica.

Pacientes de saúde mental, sempre vinham acompanhados as consultas, eram orientados quanto a importância da família para acompanhamento da doença, e também na busca por outros profissionais como psiquiatra e psicólogo.

As visitas domiciliares, eram direcionadas para pacientes acamados, sequelados de Hanseníase, Diabetes, AVC entre outros, mas em alguns casos era feito atendimento para crianças recém-nascidas, puérperas e também pacientes ausentes do posto de saúde.

Gostaria mais uma vez de enfatizar que o estudo sobre medicina saúde da família ampliou meu conhecimento, melhorou minha conduta e meu relacionamento com os pacientes. Porém, devido à carência de exames complementares, dificuldade em conseguir avaliação de profissionais como psiquiatra e demais especialidades

médicas, ausência de NASF na região onde atuo, dificultou a ampliação e prosseguimento no tratamento de alguns pacientes.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M.E.S., et al. **Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2.** Revista de Enfermagem UFPE On line, 2014, 1692-701.
- ASSUNÇÃO, T.S., URSINE, P.G.S. **Estudo de fatores associados a adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da família, ventosa, Belo horizonte.** Revista ciência e saúde coletiva, 2008; 2189-2197.
- ALBUQUERQUE, A.B.B, BOSI, M.L.M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Revista de Saúde Pública, 2009; 1103-1112.
- ALMEIDA, P.F; ANDRADE,C.L.T; CUNHA, M.S; ESCOREL, S; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L; MARTINS, M.I.C; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M; TEIXEIRA, C.P. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde.** Revista ciências e saúde coletiva, 2009.
- BIAGG, M.V; PERES, D.S; SANTOS, M.A; TEIXEIRA, C.R.S; ZANETTI, M.L. **O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família.** Rev. Brasileira de Enfermagem. 2008.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Promoção à Saúde,** 2010. 3º edição.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero,** 2016. 2ª edição.
- CAMARGO, E.G., SILVEIRO, S.P., WEINERT, L.S. **Tratamento medicamentoso da hiperglicemia no diabetes melitus tipo 2.** Revista HCPA, 2010, pg 30-34.
- FAGUNDES, A.L.S.C., GROTT, D,P.; SIMÕES, P.W.T.A. **Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC.** Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 40, no. 3, Criciúma/SC, 2011.
- VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista de saúde pública, 2009.

