

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 resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

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

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

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
ROBERTA DE FREITAS HORN**

**Valorização do adequado preenchimento do prontuário
eletrônico do cidadão na ESF Ernesto Araújo**

**PORTO ALEGRE - RS
2017**

ROBERTA DE FREITAS HORN

Valorização do adequado preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão na ESF Ernesto Araújo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra. Ana Amélia Nascimento da Silva Bones, médica de família e comunidade.

PORTO ALEGRE - RS

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4. VISITA DOMICILIAR.....	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
6. ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Roberta de Freitas Horn, tenho 26 anos, nasci em Porto Alegre, porém desde um ano de idade morei em Caxias do Sul, até entrar na faculdade. Me formei na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 12 de dezembro de 2015. Trabalhei durante 3 meses na ECCO salva, em Porto Alegre, como médica de urgências. Em maio de 2016 ingressei no programa PROVAB, atuando na Unidade de Saúde Ernesto Araújo, no bairro Partenon em Porto Alegre.

Minha unidade de trabalho é composta por 3 equipes, abrangendo uma população de quase 8.000 pessoas. Eu sou responsável pela equipe 3. Atualmente estamos com o número de médicos completos (3), 2 enfermeiras, 5 técnicas de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde. Junto comigo na unidade estão dois médicos participantes do programa Mais médicos, um procedente da Argentina e outro de Cuba. É uma boa equipe para trabalhar, embora existam com frequência desavenças e desentendimentos, tendo em vista as divergências de opiniões e maneiras de lidar com o trabalho.

A população atendida na unidade é bastante carente e vulnerável. Vemos grandes famílias de 5 ou mais pessoas morando em casas de madeira, se sustentando com apenas um salário mínimo. O saneamento básico é



Acervo pessoal

precário, sendo comum vermos esgotos a céu aberto. A violência e o tráfico de drogas são muito prevalentes, levando a maior problemática da comunidade, que são as doenças psiquiátricas e dependência de álcool e drogas. Grande parte da população faz uso de antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor, entre outras medicações controladas. Nosso apoio neste âmbito é através do matriciamento dos casos psiquiátricos uma vez por mês, entretanto os psiquiatras e psicólogas disponíveis estão sempre com agenda completa, sendo difícil conseguir acompanhamento para os pacientes. Existe também uma grande demanda em pré-

natal e puericultura, chegando muitas vezes a cerca de 45 gestantes em acompanhamento na unidade. Estas consultas são intercaladas entre médicos e enfermeiros. São também muito prevalentes doenças crônicas como hipertensão e diabetes



Acervo pessoal

mellitus, controladas sem dificuldades na unidade básica.

Tanto a área médica, quanto da enfermagem e odontologia são extremamente solicitadas, sendo muitas vezes difícil de conseguir agendamento de consulta antes de 15 dias. O acolhimento diário é também muito buscado pelos pacientes, chegando a atender mais de 20 pacientes em acolhimento por turno. Temos na redondeza boas unidades de Pronto Atendimento 24h, e nossa referência para emergência é o Hospital São Lucas da PUC. A agenda dos médicos é organizada da seguinte forma: 7



Acervo pessoal

consultas agendadas e 5 consultas disponíveis para a demanda imediata, e um turno por semana é dedicado a visitas domiciliares e renovação de receitas. Minha unidade não possui apoio de NASF ou associações comunitárias. Existe uma creche municipal, entretanto é insuficiente, e vemos com frequência mães que não tem com quem deixar os filhos para ir trabalhar.

O meu projeto de intervenção trata da organização dos prontuários eletrônicos dos cidadãos, instituído em nossa unidade no início de 2015, através do ESUS. Quando entrei na ESF em maio de 2016, senti-me bastante perdida em

relação ao histórico dos pacientes. Havia poucas informações sobre comorbidades, medicações em uso, cirurgias ou internações prévias de cada paciente, sendo necessário buscar informações no prontuário de papel, que já estava em desuso. Considero essencial manter o prontuário dos pacientes sempre atualizado e organizado com lista de problemas, especialmente devido a frequente rotatividade de médicos existente na atenção básica. Isso contribui positivamente com a relação médico-paciente, a medida que garante, na medida do possível, um dos princípios básicos da atenção básica: a longitudinalidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Os problemas de saúde mais prevalentes na Unidade Ernesto Araújo são, sem dúvida, doenças crônicas como diabetes mellitus do tipo 2 e hipertensão arterial. De 10 pacientes atendidos em um dia de trabalho, é possível dizer que cerca de 5 são hipertensos, e 2 diabéticos. Essas doenças são tão sérias e perigosas quanto incidentes em nossa população. Os riscos de permanecer com níveis tensionais acima de 140x90 são muito bem conhecidos entre nós médicos (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico), bem como os riscos de não ter as glicemias diárias bem controladas (retinopatia, neuropatia, e também IAM e AVC). Entretanto, vemos com frequência que os nossos pacientes não são bem informados desses riscos, e tendem a um comportamento de “pouco caso” com a sua saúde. Muitos pacientes não tomam corretamente as medicações, não fazem controle dos níveis glicêmicos e tensionais conforme orientados, faltam consultas agendadas, não fazem os exames de sangue de rotina.

Quando cheguei na unidade em maio de 2016, haviam muitos pacientes diabéticos e hipertensos que não consultavam há mais de um ano, solicitando renovação de receitas a cada 6 meses, porém sem uma adequada avaliação médica. Por este motivo, comecei a solicitar agendamento de consulta a todos os pacientes que solicitassem renovação de receitas de uso contínuo, e não haviam consultado há mais de 6 meses. Foi assim que conheci o senhor M.G.S.

Ao realizar as atividades dos casos complexos do Eixo 2, identifiquei imediatamente que uma grande parcela dos meus pacientes se encaixavam de forma muito similar ao perfil da dona Vera (caso clínico 1). Como dito anteriormente, muitos eram como esta senhora: resistentes ao acompanhamento médico de suas patologias. Vemos no caso clínico da Dona Vera que esta senhora andava tão preocupada com o pai, que recentemente havia sofrido um AVC e precisava de seus cuidados, que acabou esquecendo-se de si mesma. Esta é uma realidade muito frequente em nossa unidade. Vemos muitos pacientes que acabam se preocupando mais com um parente doente, com os seus filhos, com o trabalho, que se esquecem de cuidar de si. Recordei-me do caso de um paciente que não consultava com um médico da unidade há cerca de um ano e meio, então, quando solicitou renovação de receita, pedi a agente de saúde que agendasse uma consulta comigo.

Paciente masculino, 73 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico e tabagista,

vinha fazendo uso de captopril 2cps de 8/8h, hidroclorotiazida 1cp ao dia, metoprolol 100mg 2cp ao dia, metformina 850mg de 8/8h, AAS 100mg 1cp e sinvastatina 20mg 1cp a noite. Quando chegou a consulta, me apresentei como sua nova médica, e questionei porque fazia tanto tempo que não consultava na unidade. Ele então me respondeu que andava “às voltas” com o neto de 3 anos (criado por ele e a esposa), e que o neto desde que nascera apresentava vômitos/refluxos em excesso, e por isso estava em acompanhamento com a gastro pediátrica, tendo que fazer diversos exames. Questionei-lhe se estava tomando as medicações corretamente, o que ele me disse que sim, e perguntei como estava o controle da dieta e se realizava exercícios físicos rotineiramente. Respondeu que não iria me mentir, que comia bastante doces, quase todos os dias (feitos pela esposa, ótima doceira), gostava bastante de comer massa, pão, arroz e batata, e não estava fazendo atividade física. Vinha fumando cerca de uma carteira de cigarro por dia. Ao exame físico, apresentava PA de 140x90, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, estatura de 1,70, peso 88kg e IMC de 30,5. Na consulta, lhe alertei que muito provavelmente seus exames de sangue estariam alterados e que seria necessária uma drástica mudança no seu estilo de vida, mas combinei que conversaríamos melhor na semana seguinte, após realizar os exames que eu ia solicitar.

Na semana seguinte então, o paciente retornou com o resultado dos exames laboratoriais. Como não era de surpreender, a glicemia de jejum encontrava-se em 305, a Hb glicada em 10,4, o colesterol total 238, triglicerídeos de 250, função renal, tireoidiana e hepática normais. Nesta consulta, PA de 150x100. Expliquei então ao paciente que ele já apresentava indicação de iniciar insulina NPH, pois os níveis de hb glicada e glicemia de jejum encontravam-se muito alterados (>10 e >300 respectivamente)⁽¹⁾, e que seria difícil controlar apenas com medicação, se ele também não melhorasse o seu estilo de vida. Expliquei ao paciente todos os riscos de manter níveis glicêmicos e tensionais alterados, expondo a ele as diversas complicações neurológicas e cardiovasculares que a DM2 associada a HAS podem causar. No mesmo instante, o senhor se mostrou bastante preocupado, e pediu que eu lhe desse mais uma chance, que ele iria melhorar a alimentação, iniciar atividade física e parar de fumar. Um pouco incrédula de que meu paciente (diabético e hipertenso, em uso de diversas medicações, que não consultava há quase dois anos) iria mesmo cumprir com a sua palavra, resolvi lhe dar um voto de confiança. Perguntei se ele teria vontade de entrar para o grupo de caminhada da unidade, com o ACS Rodrigo, todas as segundas e quartas, às 8h. Na mesma hora me respondeu que sim, então combinei com o

Rodrigo que após a nossa consulta, lhe daria as devidas orientações. Também propus que entrasse no grupo de tabagismo com o Dr. Gustavo, todas as sextas-feiras as 13:30h, o que ele também achou ótima ideia. Finalmente, organizamos seu plano terapêutico para os próximos 3 meses, quando então faria exames de controle novamente:

- Início glibenclamida 5mg 1cp de 12/12h;
- Oriente controle da dieta, com restrição de doces, carboidratos, gorduras e sal; substituir carboidratos refinados por integrais; aumentar o consumo de verduras, legumes e frutas; beber dois litros de água por dia, longe das refeições.⁽²⁾
- Atividade física 3x por semana, inicialmente de 30 minutos cada; (grupo de caminhada)⁽²⁾
- Ao grupo de tabagismo
- Aferir a pressão arterial 3x por semana.

Três meses depois, o paciente retornou com resultado dos exames e com a carteirinha de aferições da PA. Questionei como havia se comportado nesse período, e orgulhosamente me contou que com o apoio do grupo de tabagismo parou de fumar, estava participando regularmente do grupo de caminhadas, e ainda tinha se inscrito na academia do bairro. Não estava comendo mais doces, e aumentou a ingestão de frutas e verduras. Havia perdido 8kg, diminuindo seu IMC para 27,6. Olhei então os exames, e vi que o paciente não estava me mentindo: Glicemia 131, Hb glicada 8,1, colesterol total 199 e Triglicerídeos 175. A carteirinha da pressão mostrava também uma melhora gradativa ao longo dos 3 meses, sendo o pico máximo de 160x100 no primeiro mês, e no último mês, nenhum acima de 140x90. Impressionada com o resultado magnífico, parabeneizei-o várias vezes e reforcei o quanto essas mudanças no estilo de vida repercutiriam positivamente em sua saúde no futuro. Ele por sua vez me agradeceu pelo cuidado e atenção, e me disse que estava se sentindo muito melhor agora, mais disposto, menos cansado, e com muito mais energia. Por fim, orientei que continuasse se cuidando, e para garantir que essas mudanças persistissem, agendei retorno comigo em 3 meses novamente.

O caso desse senhor me marcou muito, pois pude ver o poder que existe em realizar busca ativa ao paciente, realizar um acompanhamento multidisciplinar, em

equipe, explicar bem a ele as suas patologias, quais os possíveis tratamentos, e seus potenciais riscos. Às vezes, na atenção básica, nos sentimos um pouco desanimados com a nossa profissão, pois lidamos com pacientes complicados, com sérios problemas sociais, muitos sem educação ou escolaridade, num ambiente em que os recursos são escassos. Este paciente revigorou as minhas esperanças de que o nosso esforço, certamente, não é em vão.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO NO PRÉ-NATAL

Na ESF Ernesto Araújo, onde atuo em Porto Alegre, a fecundidade ainda apresenta um valor bastante elevado entre as mulheres. Atualmente, atendemos uma população de quase 8.000 pessoas, e temos cadastradas pelo menos 90 gestantes.

É comum vermos gestantes de mais ou menos 22 anos, que já tiveram três filhos. Não parece haver uma preocupação entre as mulheres (ou entre os casais) se terão condições físicas, psicológicas e sociais de criar as crianças. Com frequência vemos famílias grandes, com muitos filhos, tendo que sobreviver com apenas um salário mínimo, mas ainda assim, as matriarcas engravidam novamente. Também se encontra bastante elevado o número de gestantes adolescentes, de apenas 13 anos muitas vezes, que engravidaram de forma planejada, desejada, apaixonadas pelo namorado da escola. Em vista disso, a promoção da saúde ao pré-natal deve visar desde o planejamento familiar e avaliação pré-concepcional, até o nascimento do bebê.

Durante as reuniões de equipe na minha unidade, são constantes as discussões sobre formas de melhorar o atendimento pré-natal, e como prevenir complicações. Devido ao alto índice de gestações não planejadas, e seus altos riscos a saúde tanto materna quanto do feto, existe um forte estímulo dentro da equipe em promover o planejamento familiar. Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST) nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas.⁽³⁾ São estratégias como essas que viemos tentando implementar em nossa unidade.

Outro fator considerado bastante importante é o atendimento multidisciplinar. O fluxo de assistência ao pré-natal em nossa unidade respeita as recomendações do ministério da saúde. A primeira consulta é normalmente agendada com a enfermeira da equipe, e até o termo as consultas são intercaladas entre o médico e o enfermeiro, de forma a garantir o mínimo de 6 consultas ao longo da gestação. Entretanto,

consideramos de extrema importância que toda a equipe tenha consciência da mútua responsabilidade que possui nos cuidados à gestante. Ao médico e enfermeiro cabe a realização das consultas de pré-natal de baixo risco, identificação dos casos de alto risco e realização do devido encaminhamento; orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; entre outros atributos. Os agentes comunitários são responsáveis pela realização de visitas domiciliares regularmente, orientando as gestantes sobre a periodicidade das consultas, realizar busca ativa das gestantes faltosas, identificar situações de risco e encaminhar a consulta médica ou de enfermagem. As técnicas de enfermagem devem realizar o acolhimento das gestantes que chegam a unidade, identificando situações de risco e vulnerabilidade; aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B; realizar atividades educativas, individuais e em grupos. O cirurgião dentista tem o dever de avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez.⁽³⁾ Enfim, o cuidado multidisciplinar é comprovadamente mais eficiente na garantia de um pré-natal saudável.

Os meios para promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de agravos na gestação são muito diversos, e cada um possui uma grande importância e efetividade. Considero o planejamento familiar e o atendimento multidisciplinar estratégias essenciais para o pré-natal saudável, a medida que afastam os sérios riscos de uma gestação não planejada, em uma população tão vulnerável, e principalmente, diminuem os agravos gestacionais daquelas tão desejadas.

4. VISITA DOMICILIAR

Na unidade em que atuo, Ernesto Araújo em Porto Alegre, há 3 equipes de saúde da família, com uma população total de cerca de 8.000 pessoas, incluindo milhares de pacientes com doenças crônicas, em cuidado continuado. Na modalidade de atendimento domiciliar estão os usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde). Essa modalidade tem as seguintes características: Permite maior espaçamento entre as visitas; Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade; Não necessita de atendimento médico frequente; Possui problemas de saúde controlados/compensados.⁽⁴⁾

O dia que realizo visitas domiciliares é nas sextas-feiras à tarde. Todos os pacientes que necessitam atendimento domiciliar são registrados no livro de visitas, onde também são registrados os últimos exames realizados, os medicamentos em uso, a conduta e a data da última visita. Ao todo no momento temos 22 pacientes na minha equipe em atendimento domiciliar. Eu e as três agentes de saúde da equipe sentamos em reunião na primeira hora da tarde de sexta-feira, onde discutimos casos novos, que em breve necessitarão de visitas domiciliares - como pacientes que passaram por cirurgias e precisarão de revisão médica, que sofreram acidentes e devem ser reavaliados, que sofreram acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio recentemente, e encontram-se debilitados - bem como os pacientes que já se encontram no programa de visitas, e estão agendados para aquele dia. O contato com o cuidador é realizado previamente durante a semana pelas ACS, que agendam o horário, sendo normalmente realizadas 4-5 visitas por turno.

Nas visitas vamos eu e a agente comunitária da região. Levo comigo para a consulta uma prancheta com receituários em branco para renovação de receitas, papel de solicitação de exames, esfigmo, estetoscópio, termômetro e glicosímetro. Caso seja necessário realização de exames de sangue ou de imagem, é solicitado pela coordenadora da unidade auxílio de transporte social, que normalmente é disponibilizado dentro de uma a duas semanas. Os usuários também podem solicitar o transporte social para irem em consultas com especialistas em hospitais ou para realização de fisioterapia, entre outras necessidades. As medicações são normalmente retiradas pelos familiares ou cuidadores na unidade de saúde.

Além das visitas domiciliares que realizamos de rotina para os pacientes em cuidado continuado, também existem as visitas emergenciais, que em geral são

primeiramente avaliadas por uma enfermeira, e se for necessário, após, pelo médico. Existem também as visitas domiciliares realizadas em épocas de campanha de vacinação, em que as técnicas de enfermagem realizam as aplicações das vacinas no domicílio daqueles com dificuldades de vir a unidade, especialmente idosos.

Embora nos esforcemos para fazer um trabalho organizado e eficiente, infelizmente nem tudo é perfeito, e enfrentamos diversas dificuldades em meio a tanto trabalho. Entre elas encontra-se a dificuldade frequente de comunicação para agendamento das visitas (considerando a alta frequência com que os pacientes trocam de número de telefone), obrigando o agente de saúde a ir até a casa do paciente para agendar a visita com o médico. Outra dificuldade é o acesso a determinadas casas. A população com que trabalho é extremamente carente, e as casas não raro estão localizadas em morros, sem ruas ou calçamento, dificultando ao extremo o nosso acesso, que não pode ser em dia de chuva, por exemplo, devido ao alto risco de sofrermos quedas. Nós não temos auxílio de carros da prefeitura para nos transportar até as casas, como algumas unidades dispõem, nos obrigando a usar nossos próprios carros (e gastar a nossa gasolina) ou ir a pé, o que também é dificultado em dias de mau tempo.

Outro obstáculo que encontramos é a realização de exames em pacientes acamados. Nós dispomos do transporte social, entretanto este consiste em um carro comum e um motorista, e não em uma ambulância, com maca ou cadeira de rodas, e auxiliares que possam ajudar a carregar o paciente, que é totalmente incapaz. Por isso, muitos familiares, sem condições de mover o paciente da cama até o carro por conta própria, acaba por não querer fazer os exames. Conheço algumas unidades que possuem a possibilidade de agendar exames de sangue no laboratório, e um técnico vai até a casa do paciente para coleta, porém não dispomos desta facilidade. É comum também estarmos com a nossa equipe de VD desfalcada, o que atrapalha bastante a organização das consultas. No momento, por exemplo, estamos passando por uma fase difícil, pois uma das agentes de saúde está em licença de saúde pelo INSS, e outra foi afastada do emprego, restando apenas eu e uma ACS, que acaba ficando sobrecarregada.

Como pude mostrar, na unidade em que atuo a visita domiciliar é razoavelmente organizada na agenda médica. Entretanto considero que as enfermeiras e técnicas de enfermagem também deveriam ter um turno destinado a visitas, como os médicos, mas isso infelizmente não tem sido possível. Devido a alta demanda da unidade, e por estarmos com número reduzido destes profissionais, elas estão constantemente

sobrecarregadas, tendo que fazer mais de uma atividade ao mesmo tempo, não sobrando tempo para sair do posto de saúde. Consequentemente, demandas que poderiam ser avaliadas por enfermeiras - como necessidade de troca de sonda - ou pelas técnicas - trocas de curativos - são passadas diretamente ao médico, pois este é o único com tempo disponível para VD. Isso já foi assunto de diversas reuniões de equipe, porém em 12 meses não encontrou-se uma solução.

Para finalizar, gostaria de contar o caso de uma das minhas pacientes em programa de visita domiciliar que mais me marcou. É a história de uma moça de 21 anos que encontra-se debilitada devido a um tumor hipofisário em fase terminal, e que apresenta atualmente dificuldade motora importante, caquexia e cegueira. O cuidado que temos com a menina é totalmente paliativo, ajustando analgesias, renovando receitas, e principalmente amparando a ela e a mãe. O que considero mais admirável sobre o caso desta paciente é a dedicação da mãe com a menina. Apesar das sérias dificuldades financeiras, morando em uma casa de madeira, de duas peças, e com outros sete filhos para ajudar, em momento algum deixou de cuidar da higiene da filha, alimentá-la, e tentar fazê-la o mais feliz possível. Entretanto, naturalmente, esta mãe vinha sofrendo bastante com a doença da filha, o que a levou a um estado depressivo moderado, que necessitou inclusive de tratamento medicamentoso. Atualmente, as visitas que fazemos, eu e a agente, acredito que sejam mais em dedicação à mãe do que a própria filha, pois certamente precisará em breve lidar com a dor da perda, e precisará de apoio psicológico para isso.

Por mais dedicado que possa parecer um cuidador, ele tem vida própria e precisa ter seu tempo para autocuidado. A equipe de Atenção Domiciliar precisa oferecer condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos, muitas vezes ausentes em ambiente hospitalar, além de apoiar na busca de uma rede de suporte social e no envolvimento de diferentes atores, como: familiares, vizinhos, igreja, entre outros, podendo ser decisivo para que as situações vividas sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador.⁽⁵⁾ Com isso fica a mensagem de uma das coisas que aprendi ao longo desses 12 meses, e dezenas de lares visitados: ao acompanharmos um paciente gravemente doente e debilitado, jamais podemos esquecer de cuidar também daqueles que possivelmente são os que mais precisam de nós... seus cuidadores e familiares.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

As atividades realizadas no ensino a distância contribuíram de forma muito significativa para o meu desempenho como médica no posto de saúde. As atividades do eixo I, definitivamente me ajudaram a entender melhor a dinâmica da unidade, no que tange o funcionamento de áreas mais burocráticas, como sistemas de informação e vigilância em saúde; eu pude compreender do que se tratava o “fechamento do SIAB” e os indicadores de qualidade – que eram rotineiramente cobrados da unidade -, descobri o que era o PMAQ, entre outras coisas. Em meio a isso inclusive, pude colaborar com a Vigilância do HIV, que recentemente passou por uma descentralização. Juntamente com a enfermeira da minha equipe, montamos o livro do HIV na unidade, e ficamos responsáveis por garantir o preenchimento adequado e completo do livro, com nome, últimos exames e antirretrovirais em uso de cada paciente.

Um ponto bastante significativo que ajudei a implementar no posto de saúde, com ajuda das atividades do EAD, é a adequada documentação no prontuário eletrônico do paciente através do SOAP, o que inclusive se tornou meu projeto de intervenção. Quando iniciei minhas atividades, fiquei negativamente impressionada com a maneira como os prontuários estavam organizados, com a falta de informações sobre pacientes em uso de medicamentos crônicos. Dessa forma, ao longo desses 12 meses, organizei o prontuário de cada paciente que consultou comigo, através da realização de listas de problemas, incluindo agravos prévios, e medicações em uso. Espero assim ter podido contribuir de alguma forma com a longitudinalidade do cuidado destes pacientes.

Com relação ao cuidado das crianças e gestantes, ajudei a organizar o acompanhamento conforme recomendações do Ministério da Saúde, após atividades realizadas no eixo II. Anteriormente, as consultas de puericultura eram agendadas mensalmente até os dois anos de idade, o que fazia com que as crianças tivessem ao todo 24 consultas ao longo desse período, e a nossa agenda de puericultura sempre lotada. Mostrei à equipe que o correto são 7 consultas no primeiro ano, e duas no segundo, o que ajudou a “desafogar” as agendas dos médicos e enfermeiras. Aconteceu da mesma forma com o pré-natal. Víamos gestantes que até o termo já tinham realizado cerca de 12 consultas na unidade, sendo metade disso o necessário preconizado pelo MS.

O número de pacientes diabéticos e hipertensos na minha equipe é bastante grande. Ao realizar as atividades sobre DM2, pude perceber que eu estava iniciando a

insulina de forma errada para os pacientes, o que me ajudou a aprimorar minha conduta. Da mesma forma aconteceu com os estudos sobre HAS. Aprendi que pacientes em estágio 2 de hipertensão já devem iniciar com duas drogas, e eu normalmente iniciava apenas uma. Fui lembrada também sobre o uso do cálculo de risco cardiovascular para avaliação da necessidade de estatina e AAS, aprimorando ainda mais as minhas prescrições.

Outra questão que aprendi através das atividades do EAD, trata-se dos encaminhamentos para especialidades. Quando cheguei à unidade, era comum encaminhar pacientes para endocrinologia quando apenas em uso de metformina, ou encaminhar a ortopedia sem sequer ter tentado tratamento com fisioterapia, ou a dermatologia, sem antes passar por avaliação médica. Percebi que isso precisava mudar, e aprendi a usar os protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Orientei aos enfermeiros e técnicos que não seria mais solicitado encaminhamento para especialidade antes de devida avaliação médica e confirmação da necessidade de referenciamento.

Sobre o uso da ferramenta do portfólio, confesso que estava um pouco incrédula de que seria uma boa forma de aprender, e acompanhar um curso. Nunca havia participado de um ensino à distância antes. Porém devo dizer que fui positivamente surpreendida. Achei os casos em geral muito bem criados, vídeos bem feitos, de boa qualidade, a plataforma é bastante acessível, sem grandes dificuldades de compreensão, o design do site é criativo e atrativo. Posso dizer que a forma de aprender foi aprovada.

Enfim, mostrei algumas situações em que pude perceber a importante influência que o ensino a distância possui sobre a prática diária na unidade de saúde. O nosso trabalho é muito mais proveitoso e efetivo quando os dois caminham juntos, se somando. Percebo o quanto cresci nesses 12 meses de atividades – teóricas e práticas - de saúde da família. Começamos nossa trajetória extremamente inseguros, médicos recém-formados, com medo de cometermos erros, e saímos, sem dúvida alguma, melhores profissionais e melhores seres humanos.

Referencias:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: DIABETES MELLITUS. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF 2013;**
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: OBESIDADE. Cadernos de Atenção Básica, nº 38. Brasília – DF 2014;**
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco; Cadernos de atenção básica nº 32. 1ª edição Revista. Brasília – DF 2013.**
4. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar; volume 1. Brasília, DF - 2012;**
5. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar; volume 2. Brasília, DF - 2013;**

6. ANEXO I- PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Roberta de Freitas Horn

Valorização do adequado preenchimento do prontuário eletrônico do cidadão na ESF Ernesto Araújo

**Porto Alegre
Novembro/2016**

Sumário

1 Introdução	3
2 Problema	4
3 Justificativa	4
4 Objetivos	5
4.1 <i>Objetivo geral</i>	5
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	5
5 Revisão de Literatura.....	6
6 Metodologia.....	9
7 Cronograma.....	10
8 Recursos necessários	11
9 Resultados esperados	11
9 Resultados encontrados.....	11
10 Referências bibliográficas	12

1. Introdução

A adequada documentação do histórico do paciente no prontuário, pelos profissionais de saúde, respeita um dos princípios principais da Atenção Básica de Saúde: a Longitudinalidade. A informatização do prontuário através do PEC (prontuário eletrônico do cidadão), com a criação do sistema E-SUS AB, veio contribuir com esse princípio de forma muito importante, à medida que garante uma documentação segura, sem riscos de perda, totalmente legível, de fácil acesso a qualquer profissional de saúde da equipe, com maior capacidade de armazenamento, entre outras vantagens. Manter o histórico do paciente sempre atualizado e completo é de extrema importância principalmente para aqueles pacientes que se encontram em situação de cuidado continuado. Ou seja, aqueles pacientes portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome coronariana aguda, artropatias, entre outras, que necessitam acompanhamento de perto, de forma sistemática e rigorosa.

Atualmente, não se consegue garantir por um longo período o vínculo médico-paciente tão idealizado pela Atenção Básica. A realidade de hoje é diferente; médicos entram e saem das unidades com muita rapidez. Permanecem ligados a um programa de saúde (como ao Mais Médicos e ao PROVAB) por um determinado tempo, depois vão embora, para outro médico substituir. Este é mais um motivo para garantir a correta anotação nos prontuários eletrônicos. Beneficiará ao médico que seguirá, facilitando seu trabalho, mas principalmente ao paciente, que apesar de se deparar com um rosto estranho, se sentirá seguro ao perceber que o novo médico tem pleno conhecimento de seu histórico de saúde.

O E-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), regulamentada na portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013, que visa à reestruturação dos sistemas de informação do sistema único de Saúde (SUS) em busca de um SUS Eletrônico, no intuito de: informatizar os processos de trabalho; garantir fluxo de informações adequado; otimizar a gestão do cuidado, dos serviços e das Redes de Atenção à Saúde. Engloba o Sisab e dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no Sisab: I – coleta de Dados Simplificada (CDS); e II – Prontuário Eletrônico do Cidadão⁽¹⁾.

No RS, este sistema foi introduzido com a ajuda do Telessaude, que até 25 de junho de 2015 já havia conseguido que 1021 equipes de saúde da família estivessem utilizando o E-SUS AB. Entre elas, inclui-se a ESF Ernesto Araújo, localizada no bairro São José, em Porto Alegre.

A utilização do E-SUS na unidade de Saúde Ernesto Araújo iniciou em abril de 2015. Embora a informatização tenha sido fornecida à equipe, é notável que esta ainda se encontra bastante dependente dos prontuários de papel. Percebe-se que os médicos que ali trabalharam, desde o período de instalação do E-SUS até o momento, não demonstraram preocupação em organizar o prontuário eletrônico dos pacientes em situação de cuidado continuado, através da correta anotação de listas de problemas, agravos prévios, medicamentos em uso, exames realizados, etc. Persiste a necessidade de buscar informações dos pacientes em páginas amassadas, bagunçadas, às vezes rasgadas ou extraviadas, ou então solicitar ao paciente que conte toda a sua história ao novo médico que ali chega, pois é difícil encontrar informações atualizadas, e confiáveis. Muitas vezes, as receitas que os pacientes trazem para serem renovadas, por exemplo, não condizem com os medicamentos que estão em uso segundo o prontuário de papel, tendo em vista que as últimas anotações nestes, com frequência, datam do ano de 2014, e no E-SUS, sequer constam.

Em vista do exposto, contitui-se o **problema** deste projeto de intervenção a seguinte questão: Como realizar completa migração dos prontuários de papel para o prontuário eletrônico na ESF Ernesto Araújo, garantindo a documentação do histórico dos pacientes de forma segura e informatizada?

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Garantir documentação integral do histórico dos pacientes da equipe 3 da ESF Ernesto Araújo, que se encontram em cuidado continuado, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar o quantitativo de pacientes em cuidado continuado na equipe 3 da ESF Ernesto Araújo;
- Documentar no PEC a lista de problemas, agravos prévios, exames realizados, de cada cidadão que se encontre em cuidado continuado;
- Realizar busca ativa, com a ajuda dos ACS, de pacientes sabidamente portadores de doenças crônicas, que não consultam há mais de seis meses ou um ano, dependendo da comorbidade;
- Manter atualizada a lista de medicamentos que o paciente está em uso;
- Priorizar a renovação de receitas via E-SUS, a fim de que fiquem salvas no prontuário do paciente, facilitando renovações futuras.

3. Revisão da Literatura

3.1 O e-SUS

Diante das novas diretrizes apontadas pela Política Nacional da Atenção Básica (Pnab), o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) elaborou a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe a reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), entendendo ser fundamental para isso o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho⁽²⁾.

O ponto de partida dessa reestruturação foi aprimorar o detalhamento da informação, que anteriormente era consolidada, para a perspectiva de uso de dados individualizados, permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como as ações desenvolvidas por cada profissional da equipe. Além disso, integra os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica (AB), reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas), aproxima a informação produzida ao processo de trabalho dos profissionais da AB, qualificando o cuidado em Saúde e a cultura do uso da informação⁽³⁾.

O E-SUS AB é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e seus instrumentos de coleta de dados, e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade⁽³⁾.

3.2 O Registro Clínico

Registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado prontuário do paciente, ou mesmo registro médico. Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subseqüentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação⁽⁴⁾.

O registro clínico tem assumido um interesse crescente em Medicina Geral e

Familiar (MGF), dependente da necessidade de melhorar a eficiência dos serviços assistenciais. Este maior protagonismo converteu o bom registro clínico numa das principais ferramentas do médico de família, nomeadamente para a gestão clínica, encarada tanto do ponto de vista do doente individualmente considerado, como do ponto de vista da gestão e avaliação dos serviços. O registro clínico é um instrumento operacional e um componente decisivo dos cuidados médicos, que contribui para a sua qualidade, e a reflete. Os dados armazenados servem ao médico de família assistente ou a outro que transitória ou definitivamente o substitua, na medida em que o processo clínico acompanha a transferência do doente, no Serviço Nacional de Saúde⁽⁵⁾.

No Prontuário Eletrônico do Cidadão, a documentação do histórico clínico do paciente é realizada pelo método SOAP. É neste campo do *software* em que são feitos os registros das ações realizadas no atendimento, conforme metodologia de registro de Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano⁽¹⁾.

- Subjetivo: utilizar o campo para o registro das queixas subjetivas referidas pelo paciente⁽¹⁾.
- Objetivo: registrar no campo todos os dados objetivos obtidos durante o atendimento⁽¹⁾.
- Avaliação: registrar a avaliação feita pelo profissional de saúde a partir das informações disponíveis (subjetivas e objetivas). É possível utilizar este campo descritivo para hipóteses diagnósticas e avaliações preliminares⁽¹⁾.
- Plano: registrar neste campo o plano e/ou ações a executar partindo da avaliação dos elementos subjetivos e objetivos, tendo em vista o diagnóstico e/ou tratamento necessário, bem como considerando a participação do usuário⁽¹⁾.

É no campo do subjetivo que deve constar a “lista de problemas” do paciente. A manutenção das listas de problemas (todos os problemas e problemas principais), com introdução de novos problemas, encerramento de episódios passados, alteração do título do episódio sempre que necessário e remoção de problemas pouco relevantes da lista de problemas principais, deve ser o principal foco de atenção do médico no registro clínico. Os sistemas de registro de saúde eletrônicos podem e devem facilitar este processo⁽⁶⁾.

A boa acessibilidade da informação e a facilidade na sua circulação melhoram a *performance* da equipe de saúde, potencializam a relação do paciente com os seus diferentes elementos e multiplicam oportunidades de educação para a saúde. Não basta fazer bons registos para se fazer boa medicina, mas há uma correlação entre a qualidade do registro e a qualidade da prática⁽⁵⁾.

3.3 O Cuidado Continuado

A Atenção em Saúde para as doenças crônicas é um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%)⁽⁷⁾.

Os paciente em cuidado continuado são todos aqueles portadores de doenças crônicas. O registro contínuo beneficia sobretudo esses doentes, devendo refletir em todos os momentos o grau de controle da doença e os problemas passados, que possibilitam prever problemas potencialmente significativos, decorrentes do estado de saúde atual (ex: doente diabético não compensado, com internação no passado por coma diabético, ou o caso de doente hipocoagulado, com INR instável)⁽⁵⁾. É essencial que o acompanhamento desses doentes seja realizado de forma periódica, e é através do prontuário que a qualidade do acompanhamento será garantida.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo clínico Intervencional, onde buscaremos documentar no Prontuário Eletrônico o histórico de todos os pacientes que se encontrem em cuidado continuado (portadores de doenças crônicas), da equipe 3 da unidade de Saúde Ernesto Araújo.

Inicialmente o projeto será apresentado a toda a equipe de saúde, afim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados, bem como garantir o apoio de todos os profissionais. Com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, e utilizando o Sistema de Informações, será identificado o número de pacientes portadores de doenças crônicas na equipe 3.

Diariamente, com os pacientes de consultas agendadas, será realizado perguntas acerca de todo seu histórico clínico, não focando apenas na queixa atual do paciente, visando criar uma lista de problemas do cidadão, onde conste ao menos: comorbidades (DM, HAS, dislipidemia), cirurgias ou eventos debilitantes prévios (AVC, IAM), perfil psicossocial (etilista ou tabagista) e medicações em uso. Como embasamento, será utilizado o prontuário de papel, de modo a confirmar as informações do paciente, corrigi-las, ou acrescentar ao prontuário eletrônico informações omitidas.

Semanalmente, no turno de renovação de receitas, serão identificados os pacientes portadores de doenças crônicas que não consultam há mais de 6 meses (ou 1 ano, dependendo das comorbidades e idade do paciente), solicitando que seja agendada consulta, para que se possa então garantir a qualidade do acompanhamento, e organizar seu prontuário eletrônico através da entrevista e busca no prontuário de papel. Para aqueles pacientes que não necessite ser agendada consulta, no momento da renovação de receita será organizada e documentada a lista de problemas do cidadão e seus medicamentos em uso, com a ajuda do prontuário de papel e consultas anteriores do prontuário eletrônico.

Será solicitado aos ACS que realizem busca ativa dos cidadãos que não comparecerem a consulta, ou não a agendarem, conforme orientado.

6. Recursos necessários

- Sala para atendimento dos pacientes;
- Computador;
- Programa ESUS atualizado;
- Prontuário dos pacientes participantes.
- Profissionais: médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS

7. Resultados esperados

- Manter documentado no prontuário eletrônico (PEC) o histórico de saúde dos pacientes da equipe 3;
- Garantir aos futuros médicos da equipe 3 total conhecimento das condições de saúde de seus pacientes, através do PEC;
- Contribuir para um bom vínculo médico-paciente;
- Facilitar a troca de informações entre os profissionais da equipe;
- Manter atualizada a lista de medicamentos em uso dos pacientes;
- Mostrar aos demais profissionais da unidade (médicos, enfermeiras, técnicas) a importância do adequado registro em prontuário;

8. Resultados encontrados

- Número de pessoas no território da equipe 3 -> 2.560
- Número de pessoas com 15 anos ou mais -> 1856
- Número estimado de pacientes com doenças crônicas que mantêm acompanhamento na unidade, na equipe 3 -> 950
- Número total de prontuários organizados no PEC ao longo de um ano -> 823
- Porcentagem alcançada: 86,6%

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Instalação e Utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Domiciliar**. Brasília – DF, 2015
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014
3. Brasil. Ministério da Saúde. E-SUS. Atenção Básica. **Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Manual do Digitador**. Brasília – DF, 2013
4. Silva F G, Neto J T. **Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil**. Revista Brasileira de Educação Médica. 31 (2) : 113 – 126; 2007
5. Queiroz M J. **SOAP Revisitado**. Rev Port Clin Geral 2009;25:221-7
6. Pinto D. **O que classificar nos registros clínicos com a Classificação de Cuidados Primários?** Rev Port Med Geral Fam 2014;30:328-34
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília – DF, 2014