



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DOS DISTRITOS DE PRIMAVERA E RIO
VERDE DO MUNICÍPIO DE JURANDA-PR: UMA PROPOSTA DE
REORGANIZAÇÃO DA AGENDA E SISTEMATIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO AO DIABÉTICO**

BRUNO RIBAS DA SILVA

NATAL/RN
2020

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DOS DISTRITOS DE PRIMAVERA E RIO VERDE DO
MUNICÍPIO DE JURANDA-PR: UMA PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA
AGENDA E SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO DIABÉTICO

BRUNO RIBAS DA SILVA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2020

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	1
2-RELATO DAS MICROINTERVENÇÕES.....	2
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	3
REFERÊNCIAS.....	13

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Juranda, município situado no interior do estado do Paraná, com população estimada em 7340 habitantes sendo classificada geograficamente como Rural Adjacente, segundo IBGE. Em divisão territorial datada de 1995, o município é constituído de três distritos: Juranda, Primavera e Rio Verde (IBGE, 2019). O desafio, como médico integrante do Programa Mais Médico (PMM) foi atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) nos dois distritos, Rio Verde e Primavera. Duas áreas rurais onde possuem características distintas em termos socioeconômicos, educacionais com diferentes necessidades de atenção e cuidado. Rio Verde com 935 habitantes e Primavera com 1056. Segundo o sistema de informatização da atenção básica (e-SUS AB), ambos os distritos possuem 100% da população do território adscrito cadastrado.

No primeiro ano de atuação como médico da família o objetivo maior foi reorganizar um modelo de atendimento que por muitos anos era voltado para a doença e não para o doente. E isso influenciava inclusive na formação da equipe o qual funcionários eram remanejados constantemente, médicos não se fixavam e o modelo de atenção primária e construção da saúde da família ficava sempre em segundo plano. No sentido de iniciar as mudanças foi decidido que o mesmo médico e enfermeiro iriam trabalhar juntos nos dois distritos. Os atendimentos foram distribuídos em períodos: Primavera (Matutino) e Rio Verde (Vespertino). A equipe de Primavera conta com técnico de enfermagem, recepcionista, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um motorista. Rio verde conta com um técnico de enfermagem, dois ACS, um motorista e uma estagiária de farmácia.

A partir da formação da equipe foi necessária a desconstrução do modelo de atendimento centrado no médico, centrado somente em consultas e organizar o planejamento e estruturação da primeira intervenção que consistiu na organização do acolhimento, organização dos atendimentos e controle das demandas. Nessa direção, desafios foram propostos e foi essencial o papel de cada integrante para avançar nas mudanças e estruturação da equipe de saúde da família de acordo com modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência o caderno de atenção básica.

Ao longo dos meses, foram observados os resultados da primeira intervenção com diminuição dos atendimentos médicos e distribuição dos atendimentos para os outros profissionais. Esses resultados possibilitaram o planejamento em conjunto de outras intervenções, realização de programas para a população e capacitação dos profissionais das unidades de saúde. Destaca-se agora novamente o desempenho de todos integrantes das equipes de saúde para realização da segunda intervenção cuja população alvo foi os diabéticos. Foi feito o levantamento de dados da população diabética dos distritos atuantes bem como exames de controle de Hemoglobina Glicada (HbA1c,) e consultas com médico, enfermeira e

nutricionista visando o manejo correto, ajuste de prescrição e identificação dos diabéticos de difícil controle para posterior encaminhamento para o centro de referência em Campo Mourão-Pr.

É de fundamental importância estruturar um modelo de atendimento onde cada integrante da equipe saiba de sua importância para funcionamento da APS. O objetivo da primeira intervenção foi de atuar na transformação permanente do processo de trabalho da equipe, garantindo maior qualidade no acolhimento e seguimento dos pacientes. A segunda intervenção se deu com base no planejamento de acordo o levantamento de dados da população adscrita, visando o controle e diminuição das complicações micro a macro vascular de umas das mais prevalentes e principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Diabetes Mellitus (DM).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização em saúde da família promovido pelo Programa de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) foi realizado com base na realidade vivenciada pelo aluno atuando como médico da família em um município do interior, na zona rural. O campo de atuação foi nas UBS dos Distritos de Primavera e Rio Verde, pertencentes à Juranda-Pr. A Seguir, será apresentado as microintervenções realizadas e seus resultados. Serão apresentados dados através de gráficos e cruzamento de dados entre os distritos, compreendendo a necessidade de enxergar que cada território possui sua singularidade e realidade e essas características devem ser norteadoras para que se alcancem os resultados de melhoria na qualidade de atenção e cuidado a população.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

2. RELATO DAS MICROINTERVENÇÕES

A APS nos últimos anos vem sendo cada vez mais valorizada e entendida como a viga-mestra para a saúde. E por ser à base de sustentação, principalmente dos serviços de saúde público, se ela funcionar mal os outros níveis de atenção também sofrerá impacto negativo. É de extrema importância que as UBS sejam estruturadas e capacitadas para fazer com que a população de seu território seja acolhida, atendida com qualidade e garantindo a continuidade da atenção.

O desafio como médico da família, atuando em dois distritos, é garantir a implantação de uma atenção primária bem feita, a começar pelo acolhimento e controle das demandas. Para isso foi necessário quebrar um círculo vicioso que tanto os funcionários quanto os pacientes estavam presos, no que tange à UBS, vale destacar que esse serviço de saúde não deve se comportar como um pronto atendimento. Por mais de 20 anos o paciente era atendido focado em sua doença, seu sintoma momentâneo, ou seja, não era centrado na pessoa e em seus aspectos biopsicossociais. Números de atendimentos se tornavam mais importantes do que a qualidade e continuidade do cuidado. Os dois distritos de atuação, Primavera e Rio Verde, tinham uma demanda que às vezes chegavam de 25 a 30 pacientes por período para uma população de menos de 1000 a 1500 habitantes.

Primeiramente, foi necessário compreender que toda mudança gera um impacto e eventos estressores no início e que é preciso vencer essa barreira para garantir sua implantação. Visando estruturar o acolhimento dos pacientes e organizar a demanda de acordo com a necessidade de cada território foi necessário um diálogo e aval do secretário de saúde, entendendo os impactos positivos para a população e município a curtos e longo prazo no processo de mudança a ser implantada.

O processo de intervenção como já descrito, foi realizado dentro das UBS dos distritos de Juranda-Pr, UBS Primavera e Rio Verde. As equipes foram reunidas e instruídas com capacitação semanal visando diálogo, organização e garantia da implementação do acolhimento e organização das demandas. O planejamento foi feito em dezembro de 2019 com início após o retorno das atividades da UBS, bem como no retorno completo da equipe de saúde em fevereiro de 2020, pois alguns profissionais da equipe se encontravam de férias e os mesmos foram substituídos por outros profissionais que não faziam parte da equipe do PSF, para não interromper completamente o atendimento. Em nossas reuniões de equipe, contamos com a participação da recepcionista, enfermeira, técnica de enfermagem, ACSs, dentista, médico e motorista da saúde.

O acolhimento foi inserido desde a chegada do paciente à recepção, onde é

direcionado de acordo com sua necessidade. Na recepção pode ser agendado atendimento, Visita Domiciliar (VD), avisos de reuniões de grupos e atividades da UBS ou o próprio direcionamento para atendimento médico, atendimento da enfermagem e atendimento odontológico. No início o atendimento médico foi separado em cinco pacientes agendados, sete pacientes por demanda espontânea e dois atendimentos para urgência/emergência. Aderimos ao Protocolo de Manchester, classificação de origem Britânica que permite o estadiamento do grau de risco do paciente perante o seu quadro clínico que é identificado através de cores e tempo máximo para atendimento médico. A identificação do risco do paciente é determinando por um profissional da equipe de enfermagem o qual é treinado e capacitado para garantir a maior efetividade e agilidade no atendimento do paciente que necessita de atendimento. Em nossas UBS, fizemos adaptações no Protocolo (Figura 1) com descrições dos casos e sua correspondente classificação de maneira a educar a população e os profissionais de saúde que visualizam e possibilita o entendimento dos critérios. A nova configuração de atendimento possibilitou resultados positivos como diminuição no tempo de atendimento aos casos de maior gravidade, maior organização da equipe e resolutividade do problema crônico da alta demanda.

FIGURA 1 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, MANCHESTER

Classificação de Risco	
EMERGÊNCIA (atendimento imediato)	EMERGÊNCIA - Caso gravíssimo com risco iminente de morte. Ex: Parada Cardiorrespiratória, Insuficiência Respiratória Grave, Traumatismo Grave.
MUITO URGENTE (atendimento em até 10 minutos)	MUITO URGENTE - Caso com risco significativo de evoluir para morte. Ex: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Grande Queimadura, Hemorragia Incontrolável.
URGENTE (atendimento em até 30 minutos)	Urgente - Casos que necessitam ser avaliados no Pronto Atendimento, porém sem risco imediato de morte. Ex: Trauma de crânio, emergência hipertensiva, hipo e hiperglicemia, dor de forte intensidade, acidente com animais peçonhentos.
POUCO URGENTE (atendimento em até 2 horas)	POUCO URGENTE - Caso de menor gravidade, que podem ser atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Ex: Vômito, diarreia, dor de garganta, dor de ouvido, estado gripal com febre menor de 39°C, dor moderada.
NÃO URGENTE (atendimento em até 4 horas ou mais)	NÃO URGENTE - Caso de menor gravidade, Crônico, que preferencialmente deve ser atendido na UBS. Dor Crônica, tosse, dor de garganta, de ouvido e estado gripal sem febre.

Fonte: (Próprio Autor)

Caso não houvesse atendimento de urgência ou emergência o tempo seria destinado para reuniões de equipe, educação permanente ou ao atendimento das demandas que surgirem. Os espaços destinados ao desenvolvimento do projeto na UBS foram organizados da seguinte maneira: as salas de triagem o qual é feita pelo técnico de enfermagem capacitado, sala de atendimento médico e sala própria para o atendimento da enfermagem de modo a organizar o acesso do usuário no serviço. Os ACS ficaram responsáveis por divulgarem o novo modelo de

atendimento e diariamente era explicado por um profissional da equipe na sala de espera.

Diante do exposto os resultados começaram a ser percebidos e essas transformações nas práticas deram um novo ânimo para a equipe de saúde. O trabalho passou a ser organizado, estruturado, diminuindo a sensação de desorganização e improvisado. Cada integrante da equipe passou a reconhecer sua responsabilidade e saber que é sujeito essencial para o correto funcionamento da atenção primária. Houve diminuição das filas, os pacientes passaram a não mais madrugar na porta da unidade para conseguir um atendimento. De 30 pacientes atendidos pelo médico em cada período, tiveram dias de 10, 12 atendimentos. O acolhimento possibilitou a redistribuir os atendimentos com os demais profissionais da equipe e não focar na ideia de que o paciente que chega à unidade deve passar necessariamente, por atendimento médico. As dificuldades encontradas pela equipe, como medo de represália de paciente, vereadores, prefeito, foram sendo superadas durante as reuniões semanais através do fortalecimento dos vínculos entre os profissionais. Alguns pacientes que questionavam e por vezes, não entendiam o processo, agindo com ofensas verbais a recepcionista, foram notificados por escrito de modo, a saber, de suas responsabilidades como usuário.

O intuito foi gerar uma permanente transformação no modelo de atendimento, fazendo com que a equipe participasse do processo e o usuário fosse inserido junto ao modelo organizacional através das constantes explicações das ACS nas VD e orientações e atividades educativas realizadas na sala de espera. Hoje a comunidade assistida está começando a entender que o médico não é figura principal da UBS e desse modo, todos da equipe de Saúde da Família (eSF) são capazes de prestarem atendimento, dentro de sua capacidade e função. Os elogios começaram a surgir, inclusive da prefeitura e regional de saúde. Hoje há tempo para reuniões, organização dos grupos e demais atividades da UBS. Hoje de fato trabalha-se seguindo as diretrizes de uma verdadeira eSF.

O envelhecimento populacional é um desafio para a realidade do Brasil que aliado à transição epidemiológica implica no *risco* de vulneração dos idosos, na medida em provoca o aumento da prevalência das DCNT, como o DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Essas doenças são responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular, aumento das doenças cerebrovasculares, aumento nas taxas de hospitalização e mortalidade prematura. Segundo a Organização mundial da Saúde (OMS), a pressão arterial elevada, tabaco e glicemia aumentada são as três maiores causas de morte prematura. Existem estimativas de que até 50% dos adultos diabéticos não estão sendo diagnosticados. De acordo com dados do Atlas da International Diabetes Federation (IDF, 2017), o Brasil ocupa a 4ª posição em números absolutos de diabéticos. São 12,5 milhões (7%) de Brasileiros afetados. É de fundamental importância à atuação da APS na prevenção, diagnóstico, tratamento adequado, minimizando os impactos negativos da descompensação das doenças crônicas, em especial o DM.

Para realização da segunda microintervenção foi delimitada uma população alvo do

território, a saber, os diabéticos. Em reunião com a enfermeira da equipe foi decidido tomar como base para os pacientes descompensados o protocolo de encaminhamento desses usuários ao ambulatório de diabéticos de difícil controle em Campo Mourão - Pr, atual referência. Com essa deliberação da equipe seria possível garantir que os pacientes que necessitassem de abordagem especializada estariam sendo corretamente acompanhados. No entanto, em março do corrente foi necessário reorganizar o processo de trabalho da equipe na perspectiva de planejar a melhor abordagem para o enfrentamento da pandemia da COVID 19.

A microintervenção foi iniciada no período de maio de 2020 e ainda está sendo realizada até o presente momento nas duas UBS já descritas. Um dos intuitos da abordagem também foi que os profissionais de saúde aprendessem a investigar a fundo a população de seu território e nessa lógica conhecer em números as famílias cadastradas, traçar um perfil demográfico da população adscrita, aprender a analisar os dados coletados na sua totalidade e no caso relativo aos diabéticos saber se os pacientes cadastrados estão com os controles glicêmicos corretos, identificar as fragilidades e construir formas de intervenções efetivas para cada paciente, para cada território, sabendo que cada população tem suas peculiaridades. Em reunião de equipe, foi ressaltada a importância para o município da análise dos dados como subsídio para o planejamento das ações, tomada de decisões, monitoramento e avaliação dos resultados.

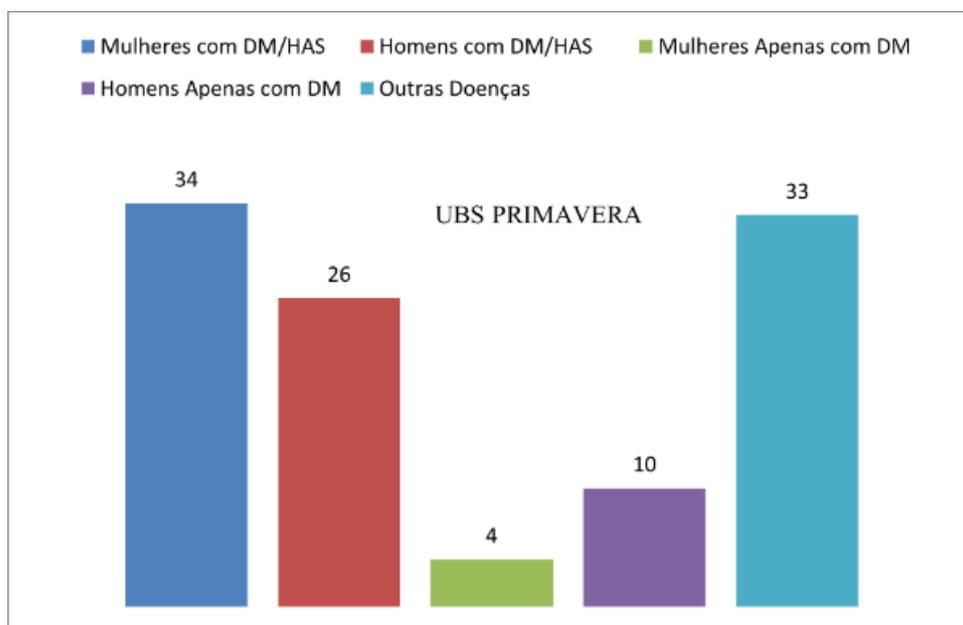
A População do distrito de Primavera em termos absolutos é de 1056 habitantes. Desses, 74 são diabéticos. Em gênero há uma discreta predominância do sexo feminino, com 51,3%. A maior prevalência foi da população diabética acima dos 50 anos, com 90%. Apenas seis pacientes dos 74 fazem uso de insulina. 90% da população diabética da UBS Primavera também possui HAS. No que diz respeito ao nível de instrução, quase 20% da população diabética não são alfabetizados. Os ACS foram reunidos para planejar a coleta de HB1AC dos pacientes diabéticos seriam realizadas por microárea. Até o momento já foi realizado a coleta de 85% da população diabética da UBS Primavera. Alguns pacientes já fazem o acompanhamento em rede particular e outros optaram pela não realização do exame.

O Distrito de Rio verde possui 935 habitantes e conta com 56 pacientes diabéticos cadastrados. 64% dos Diabéticos são mulheres e mais de 90% dos diabéticos possuem mais de 50 anos e possui a HAS associada. Do total de diabéticos, sete são dependentes de insulina. Mais de 30% da população diabética do distrito em análise, também não é alfabetizada. Até o momento, foi feito a coleta do exame da hemoglobina glicada de 86% da população diabética da UBS Rio verde.

A partir da análise e avaliação dos dados coletados estão sendo desenvolvidas estratégias que possam promover a integração de pacientes, eSF, Núcleo Ampliado em Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB) e rede especializada. Nessa perspectiva estão sendo realizadas consultas médicas, atendimento com nutricionista e enfermagem visando à

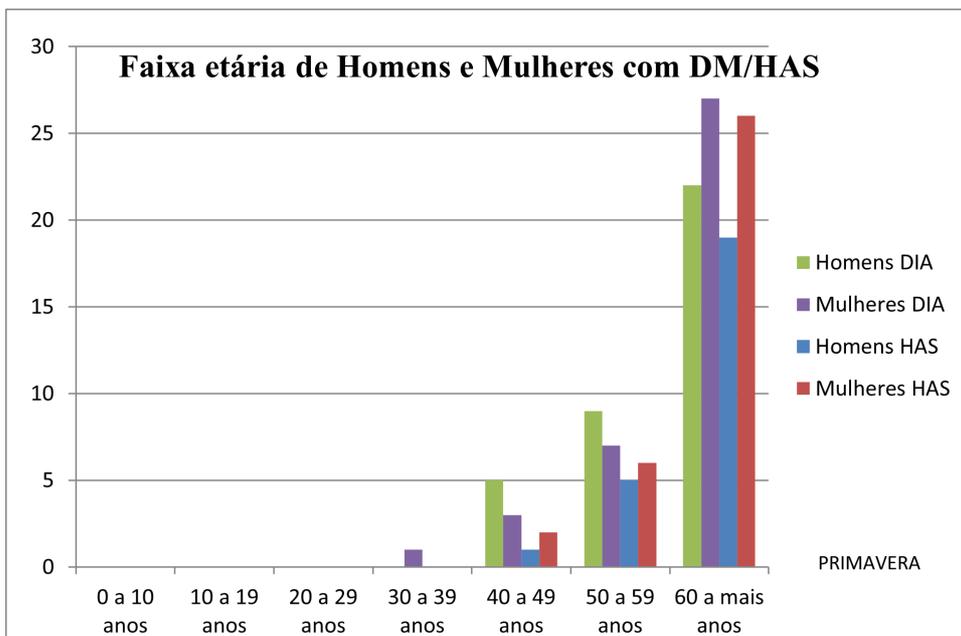
elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada paciente em estudo. Haverá o encaminhamento dos diabéticos de difícil controle identificados no levantamento para ambulatório de referência da rede, como citado anteriormente, atuando em conjunto com a APS. Estão sendo solicitados exames específicos e de rastreio para os pacientes descompensados, visando investigação e controle dos danos agudos e crônicos de suas comorbidades. O planejamento dessas ações visa a constante mudança no modo de atuação da equipe de saúde, não somente para com os diabéticos, mas a partir da experiência vivenciada, pretende-se realizar esse levantamento epidemiológico em outros campos de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como os hipertensos, as gestantes e os pacientes com transtornos Mentais. Os gráficos que se seguem trazem a apresentação visual dos resultados coletados:

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO DE PACIENTES COM HISTÓRICO DE DM/HAS E OUTRAS DOENÇAS NA UBS PRIMAVERA



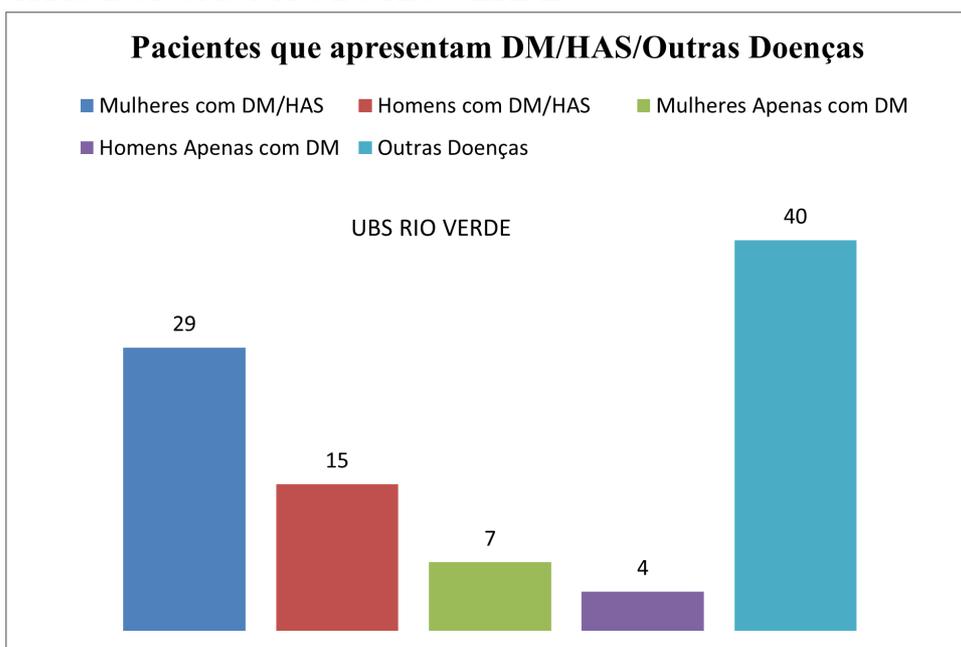
Fonte: (Próprio autor)

GRÁFICO 2 – RELAÇÃO DE DM/HAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA NA UBS PRIMAVERA



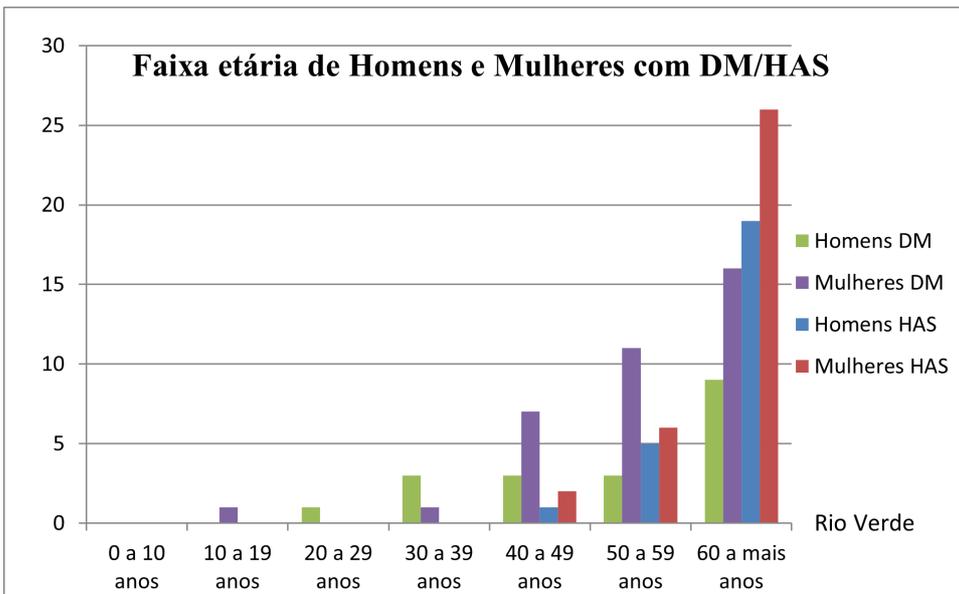
Fonte: (Próprio Autor)

GRÁFICO 3 -REPRESENTAÇÃO DE PACIENTES COM HISTÓRICO DE DM/HAS E OUTRAS DONCAS NA UBS RIO VERDE



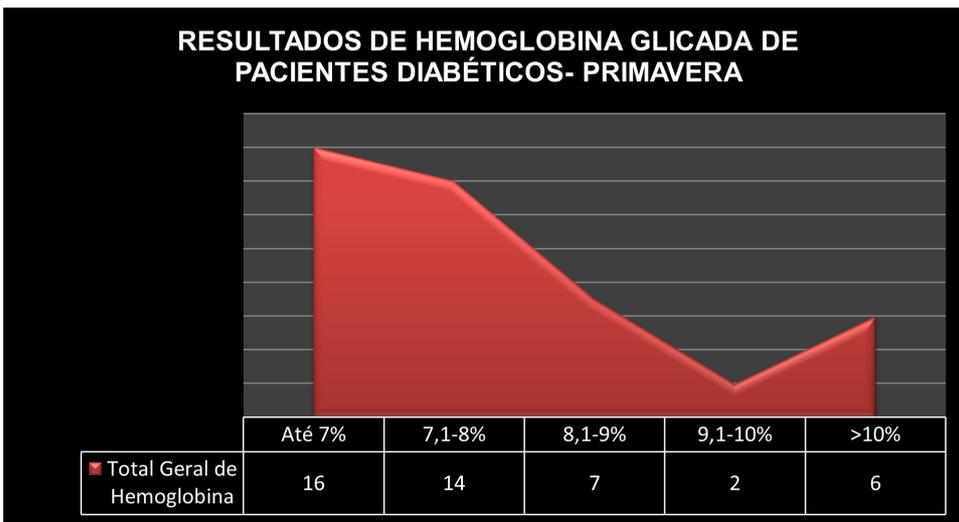
Fonte: (Próprio Autor)

GRÁFICO 4 - RELAÇÃO DE DM/HAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA NA UBS RIO VERDE



Fonte: (Próprio Autor)

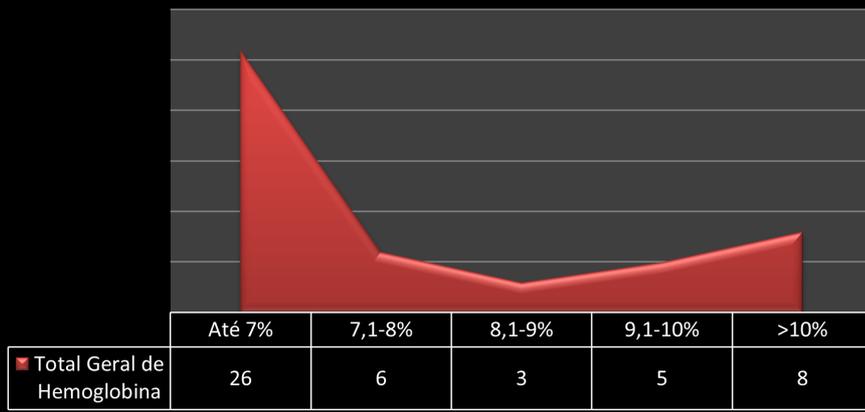
GRÁFICO 5 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE RESULTADOS DA HEMOGLOBINA GLICADA DE DIABÉTICOS CADASTRADOS NA UBS PRIMAVERA



Fonte: (Próprio Autor)

GRÁFICO 6 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE RESULTADOS DA HEMOGLOBINA GLICADA DE DIABÉTICOS CADASTRADOS NA UBS RIO VERDE

RESULTADOS DE HEMOGLOBINA GLICADA DE PACIENTES DIABÉTICOS- RIO VERDE



Fonte: (Próprio Autor)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar na APS é um enorme desafio quando se quer fazer um trabalho bem feito. Ser um médico atuante fundamentado nos princípios do SUS, nas diretrizes do MS não é uma tarefa fácil quando você sai da realidade dos livros e entra na vivência do trabalho diário. São várias as barreiras que precisam ser quebradas e isso demanda tempo e persistência. A começar pela barreira política, onde já está instalado um modelo em que a saúde é vista como garantia de voto, muitas vezes, o interesse político se sobressai e a autonomia do coordenador da equipe, médico ou enfermeira, acaba cedendo às interferências diretas ou indiretas. Existe ainda a falta de conhecimento por parte de alguns funcionários da saúde que são resistentes a qualquer mudança, muitos vivem presos no modelo centralizado no médico, centralizado na doença.

Trabalhando em uma cidade do interior e conhecendo os serviços aos redores, nota-se um rodízio enorme de funcionários, médicos que entram e ficam 3,4 meses e já saem do serviço, mudanças de funcionários por força políticas, ou seja, não tem como construir uma equipe qualificada devido a essa alta rotatividade de profissionais e quem perde é a população. Ao iniciar a formação da equipe e os trabalhos de intervenção, foi dialogado com o secretário de saúde, a autoridade sanitária do município em análise, deixando claro que todos os esforços seriam realizados para superar as dificuldades e fazer um trabalho que gerasse uma mudança permanente nas UBSs, cenário de práticas das ações. Desse modo, aproveitar a oportunidade de aplicar estrategicamente o conhecimento adquirido no curso de especialização em saúde da família através das microintervensões contribuiu significativamente para desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que foi possível problematizar a realidade e desenvolver habilidades e competências para a identificação de situações problemas passíveis de enfrentamento no contexto local.

Foi gratificante perceber a dedicação dos integrantes das UBS que corroboraram para realização das intervenções. Vale destacar e parabenizar a atuação dos colaboradores no esforço em coletar os dados, preparar a logística para a solicitação e realização dos exames. E através da enfermeira e coordenadora da unidade que não mediu esforços na condução das atividades, registra-se o sincero agradecimento a todos os atores implicados nesse projeto. Não se pode deixar de ressaltar o apoio e aval do secretário de saúde que abraçou e entendeu que é necessária a construção de uma nova realidade de atendimento e trabalho na atenção primária.

A potencialidade desse trabalho a partir dos resultados já obtidos consiste em estender as ações para outras linhas de cuidado como a saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde mental. Para isso é fundamental conhecer as particularidades de cada território, pois ainda que do ponto de vista geográfico estejam próximos, como no caso da UBS Primavera e Rio verde, cada realidade tem a sua singularidade. Esse esclarecimento só adquirido ao imergir no cotidiano das práticas e problematizar o fazer saúde criando espaços de diálogo e

aprendizagem em serviço por meio das reuniões de equipe, do planejamento das ações, dos momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS), entre outros.

Por fim, a satisfação da equipe gera ânimo e disposição para a continuidade do trabalho. Trabalhar na APS é reconhecer que o primeiro contato, o acolhimento com dedicação e amor fará a diferença no processo saúde-doença de cada paciente, promovendo saúde e qualidade de vida.

4. REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes-2019, Diabetes Care. 2019; 42(1). Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC> Acesso em: 05 Agost. 2020
- COURI, C.E., FOSS. M.C., VOLTARELLI, J.C. Secondary prevention of type 1 diabetes mellitus: stopping immune destruction and promoting beta-cell regeneration. **Braz J Med Biol Res**, v. 39 n.10, pp. 1271-80, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados dos Dados Preliminares do Censo – 2019**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/juranda/panorama>> Acesso em: 18 Agost. 2020.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: Acesso em 03 agost. 2020.
- MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Emergency Triage: Manchester Triage Group. 2. ed. [S.l.]: Paperback, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. 2019-2020. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>> Acesso em: 04 de Agost. 2020.