



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LUCAS TAVEIRA FOLLIS

INTERVENÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA UNIDADE DE
FRANCA-SP.

SÃO PAULO
2020

LUCAS TAVEIRA FOLLIS

INTERVENÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA UNIDADE DE
FRANCA-SP.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VERA LUCIA DORIGÃO GUIMARÃES

SÃO PAULO
2020

Resumo

O Diabetes configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo e atividades educacionais possibilitam o conhecimento na condução e orientação da doença, transformando o seu percurso durante o enfrentamento da doença. O presente trabalho objetiva-se formas de entendimento sobre os problemas que circundam a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Jardim Luiza, no município de Franca-SP. Desse modo, tendo por base um referencial teórico, apresentou-se uma justificativa e metodologia que visam realizar à promoção, manutenção e prevenção da saúde dos pacientes diabéticos no bairro Jardim Luiza, de modo a estimular o autocuidado, adesão ao tratamento de qualidade junto com a melhoria da abordagem familiar e resolução de lacunas administrativas que afetam a Equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Palavra-chave

Promoção da Saúde. Equipe de Saúde. Educação em Saúde. Doença Crônica. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O município de Franca, é a décima quarta região administrativa do Estado de São Paulo, possui cerca de 390.400 habitantes sendo 315.355, população urbana. Apresenta índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,800, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Jardim Luiza é um dos 253 bairros pertencentes ao município de Franca, a qual encontra-se a Unidade de Saúde, também chamada de Jardim Luiza. Nela, possui duas equipes da Estratégia de Saúde da família, que são compostas por 2 médicos, 1 enfermeira generalistas, 4 agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e equipe complementar composta por pediatra, ginecologista e obstetra.

Dadas essas informações e levando em consideração que a população do bairro é de 4.200 e apenas cerca de 2.800 pessoas são cadastradas no e-SUS, desse número, 1.400 pessoas pertencem a Equipe que propõe o presente projeto de Intervenção. Ainda nesse contexto tem-se déficit na territorialização, como consequência da lacuna de 2 agentes comunitários na equipe e a constante transição de enfermeira generalista que dificulta a realização de um cadastramento efetivo dos pacientes.

Atrelado à esse cenário, por meio dos prontuários foram identificados 588 usuários portadores de Diabetes Mellitus, o que corresponde a 41% da população que demandam cuidados e responsabilidades da Equipe.

O Diabetes Mellitus é uma comorbidade que ocorre em larga escala e frequência na unidade Jardim Luiza e que demanda conhecimento de autocuidado, abordagem familiar adequada, autonomia de cuidados e conhecimento sobre a doença e suas complicações, além de adesão ao tratamento.

Foram identificados entraves para o tratamento, como aplicação errônea da insulina ou não aceitação da doença, falta de apoio familiar aos diabéticos e inadequado estilo de vida.

Diabetes Mellitus se entrelaça em uma convergência de mudança de hábitos de vida e medicação. Desse modo, define-se como problema a Diabetes Mellitus e suas deficiências quanto à adesão e qualificação do tratamento, que por sua vez dependem de fatores e instrumentos inerentes à UBS que se encontram defasados e precisam de adequações quanto ao processo de trabalho.

Com isso, pretende-se realizar à promoção, manutenção e prevenção da saúde dos pacientes diabéticos no bairro Jardim Luiza, de modo a estimular o autocuidado, adesão ao tratamento de qualidade junto com a melhoria da abordagem familiar e resolução de lacunas administrativas que afetam a Equipe de Estratégia de Saúde da Família.

ESTUDO DA LITERATURA

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser muito resolutiva para pessoas que necessitam de acesso a cuidados continuados durante toda a vida, realizando intervenções básicas envolvendo medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento longitudinal (Mendes, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) optou pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que estrutura as ações no nível primário com implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. Nesse modelo é possível desenvolver intervenções com enfoque coletivo e individual, considerando-se o contexto do usuário e a atenção à saúde integral. A ESF aposta na aproximação da equipe com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde, visando transformar o enfoque tradicional embasado no modelo biomédico. As equipes realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos mais prevalentes, como é o caso das DCNT. O trabalho no território é muito valorizado, principalmente pela participação do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2012)

A principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica de Saúde, possui como objetivo o ato de acolher, escutar e oferecer resolutividade para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Para isso, o conjunto da equipe é necessário, de maneira que os conhecimentos se somem e possam resultar em princípios importantes direcionados a populações de territórios definidos, pelos quais toda a equipe assume a responsabilidade sanitária.

Provavelmente vivencia no seu dia a dia a dificuldade de se trabalhar de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais em um trabalho conjunto que busque a integralidade da Atenção à Saúde (PEDUZZI, 1998).

O processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisão que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Essas transformações só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (CECCIM, 2005).

Outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não

apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006).

Essa comorbidade configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica que vêm ocorrendo no mundo, sobretudo após a segunda metade do século XX, são responsáveis pelo aumento da prevalência e incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Elas são um grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizadas por uma diversidade de fatores de risco e interação de fatores etiológicos desconhecidos, período de latência longo e assintomático, manifestações clínicas com características crônicas oscilando entre a remissão e exacerbação dos sintomas e evolução para incapacidades (Lessa, 1994; Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008; Mendes, 2011).

Esses fatos nos levam a considerar o Diabetes Mellitus como um problema de saúde pública, já que suas complicações levam a um aumento nos índices de morbimortalidade, diminuem os anos de contribuição ativa e aumentam os gastos com tratamento e internações hospitalares (OLIVEIRA; MILECH, 2008).

Entre os diversos fatores envolvidos na baixa adesão ao tratamento destaca-se a relação estabelecida entre a pessoa com diabetes e os profissionais de saúde. O tipo de formação e as concepções dos profissionais a respeito da doença, do doente e do tratamento têm grande influência nas taxas de adesão e os estudos apontam diversos problemas relacionados às dificuldades dos profissionais para estabelecer uma boa relação terapêutica, tais como: comunicação inadequada e insuficiente; falta de confiança; falta de vínculo; abordagem de forma imprópria (desatenção e indelicadeza); hierarquização das relações; comportamentos

de pressão e ameaça; comportamentos paternalistas, entre outros (Reiners *et al.*, 2008; Graffigna, Barelo, Libreri & Bosio, 2014; Vest *et al.*, 2013; Ritholz, *et al.*, 2011).

AÇÕES

considerando os desafios da UBS Jardim Luiza, no qual tem por meta solucionar os problemas de saúde mediante seus princípios e diretrizes relacionadas com a Estratégia de Saúde de Família, mediante 3 etapas: Exposição dos problemas, Classificação dos Problemas e Plano de intervenção.

Exposição dos problemas:

Os nós críticos, caracterizados pelos problemas são definidos por:

- * Grande número de pacientes diabéticos
- * Pacientes diabéticos em tratamento irregular
- * Desorganização da agenda com alta demanda livre

Classificação dos problemas:

Tendo como referência teores de baixo, médio e alto valor e critérios como: Resolução viável, capacidade de seguimento da equipe e importância do problema, foi a análise e classificação dos problemas, etapa necessária para o melhor atendimento na unidade.

Plano de Intervenção:

O plano de intervenção para os problemas identificados pretende estabelecer meios viáveis e reais de solucionar os problemas de acordo com a classificação feita, envolvendo toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família.

1-Grande número de pacientes diabéticos

- * Proposta: Criação de grupos de apoio com nutricionista e educador físico mensais e a cada 3 encontros fazer exames e monitorar a evolução da doença e do tratamento. Foi ainda proposto, que para o comparecimento dos pacientes ao grupo, as receitas dos mesmos só fossem renovadas com a presença em pelo menos 75% dos encontros.

2- Pacientes diabéticos em tratamento irregular

- * Proposta: Identificar os pacientes em tratamento irregular e os fatores de saúde-doença por meio das visitas dos agentes comunitários que podem visualizar a realidade desses pacientes a fundo, posteriormente levado para discussão em reuniões semanais, feito a priorização dos problemas identificados e projetar planos baseados na integralidade e individualidade em cada caso. Também foi proposto, em conjunto com a criação dos grupos de apoio aos diabéticos, exposições dialogadas e ações educativas sobre a doença, suas complicações e esclarecer dúvidas quanto as dificuldades do tratamento e seu efeito a longo prazo.

3- Desorganização da agenda com alta demanda livre

- ♦ Proposta: Reuniões semanais com a equipe com metas e planejamentos, além da abordagem da necessidade de uma agenda organizada com agendamentos de pessoas cadastradas da área de abrangência para que a resolutividade seja mais eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

Diante dos problemas identificados e das ações propostas em conjunto com os diversos dispositivos comuns a todos profissionais da Atenção Básica de Saúde como exercer uma boa comunicação, empática, escutar o usuário e acolhimento humano, espera-se que os resultados sejam positivos e possam proporcionar benefícios aos serviços de saúde que são oferecidos a comunidade.

Sobre a grande quantidade de pacientes diabéticos e que estão em tratamento irregular espera-se que os resultados sejam satisfatórios pois os grupos de apoio aos diabéticos que visam ser implantados mensalmente associado ao acompanhamento de nutricionista e educador físico podem melhorar o autoconhecimento dos pacientes propiciando uma cascata de eventos que incluem adesão ao tratamento regularmente, maior procura por profissionais de saúde, melhor alimentação e qualidade de vida. No entanto, vale salientar que redes de apoio como Núcleo Ampliado Saúde da Família- Atenção Básica (NASF-AB) também se fazem ausente na unidade e não possuem previsão para obter esse suporte, por isso as medidas de acompanhamento com uma equipe multiprofissional seja uma opção remota. A adesão aos grupos, proposta pela renovação de receitas somente com 75% de presença aos encontros visa atingir todos os diabéticos da comunidade afim de que eles compareçam as reuniões e os benefícios mútuos sejam significantes e visualizados, destacando-se maior autocuidado com desenvolvimento de autonomia.

Especificamente sobre os pacientes em tratamento irregular que se encontram descompensados, espera-se que compareçam regularmente as consultas e que consigam controlar a glicemia por meio de uso consciente e correto das medicações, a partir de orientações e atividades de promoção em saúde que poderão ser realizadas durante as reuniões.

A UBS possui altas taxas de demandas livre, devido à falta de organização da agenda, que foi em partes melhorada com o início de reuniões de equipe quinzenais. Essas reuniões, melhoraram o conhecimento da equipe sobre vulnerabilidades do território para que pudessem demandar mais tempo para essas famílias.

Com a proposta de elaboração do Projeto de Intervenção, percebeu-se que estipular metas e traçar planos com propostas de intervenções, promovem uma equipe multiprofissionais mais organizada e empenhada em construir uma Unidade de Atenção Básica de Saúde mais resolutiva, eficiente e acolhedora que possibilidade grande qualidade dos serviços que são oferecidos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

CECCIM, R. B. Réplica. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, fev. 2005.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BMC Public Health*, 14, 648.

Lessa, I. (1994). Doenças não-transmissíveis. In M. Z. Rouquayrol *Epidemiologia e saúde*. (p. 269-279). São Paulo: Medsi.

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado em 20 outubro, 2015, de <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MILECH, Adolpho. (editores) Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar. editores- São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, p. 271-276. 1998

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), pp. 2299-2306.

Ritholz, M. D., Beverky, E. A., Abrahamson, M. J., Brooks, K. M., Hultgren, B. A., & Weinger, K.

(2011). Physicians Perceptions of the Type 2 Diabetes Multidisciplinary Treatment Team: a Qualitative Study. *Diabetes Educ.*, 37(6), pp. 794-800.

Vest, B. M., Kahn, L. S., Danzo, A., Tumiel-Berhalter, L., Schuster, R. C., Karl, R., & Fox, C. H. (2013). Diabetes self-management in a low-income population: impacts of social support and relationships with the health care system. *Chronic Illn.*, 9(2), 145-155.