

A produção do cuidado integral ao diabético insulino dependente por meio do projeto terapêutico.

Autores Mayra Moreira Sorrilha, Soraya Geha Gonçalves, Josiane Vivian Camargo de Lima, Celina Hokama

Instituição 1. UEL, Universidade Estadual de Londrina, Rodovia Celso Garcia Cid PR 445 km 380 Cx. Postal 6001

O Diabetes Mellitus (DM), no século XXI, é considerado uma epidemia mundial e um dos mais importantes problemas de saúde pública em muitos países. O diabetes cresce mais rapidamente naqueles países em desenvolvimento e/ou industrializado, atingindo pessoas produtivas o que impacta de forma significativa nos indicadores de saúde devido à precoce morbimortalidade, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) de 2006 trás que, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 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. Segundo o MS o Brasil possuía cerca de seis milhões de portadores em 2006 e que deveria alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. O cuidado integral ao usuário com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no que tange a mudança no estilo de vida, que está diretamente ligada ao apoio de familiares e amigos. Na atenção básica, o cuidado integral ao usuário, pode ser efetuado por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária), (BRASIL, 2006). A atenção ao usuário portador de diabetes é uma prioridade, por se tratar de uma doença metabólica de caráter crônica. A complexidade da doença somada aos constantes avanços tecnológicos e terapêuticos torna essencial um atendimento multidisciplinar e/ou interdisciplinar. Uma equipe estruturada e bem preparada para trabalhar com as adversidades de modo que possa atender o usuário de maneira integral, “mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação.” (MACHADO et al., 2007). A partir destas considerações, entendemos que o acompanhamento ao diabético deve ser uma das prioridades da Unidade de Saúde da Família (USF). Tendo em vista que sistemas de cadastramento e acompanhamento, anteriormente implantados na unidade, não conseguiram operacionalizar a continuidade do cuidado a estes usuários, buscou-se estruturar uma forma diferenciada de acompanhamento que fosse adequada a realidade da unidade em que atuamos. A organização do cuidado excluía atividades de prevenção e promoção, enquanto o acompanhamento destes usuários estava voltado para o diagnóstico, controle farmacológico da patologia e tratamento de co-morbidades pré existentes. Apesar da existência do aprazamento, este não era utilizado pelos

profissionais. Assim, quando o usuário procurava a unidade para buscar a medicação o prontuário era consultado e caso sua última consulta fosse muito antiga era solicitada nova avaliação médica, mas, poucos profissionais se atentavam para a data dos últimos exames. Porém, não havia na agenda vagas destinadas para esse público que acabava disputando as mesmas vagas com toda a demanda da unidade. Devido a não alimentação dos aprazamentos a unidade não possuía dados de fácil acesso com o número e caracterização dos diabéticos. Embora houvesse uma planilha na farmácia utilizada para a dispensação de insulina, esta excluía os diabéticos que não utilizassem a insulina da unidade. Essa não sistematização do atendimento ao usuário diabético limitava o desenvolvimento do cuidado integral. Considerando as possibilidades do momento da unidade e a vulnerabilidade dos usuários, foi definido que a reestruturação do cuidado se iniciaria pelo grupo dos usuários insulino dependentes. Para estruturar um acompanhamento que se adequasse a realidade da unidade e a esse grupo específico, foi realizado o levantamento dos usuários diabéticos em uso de insulina, partindo dos aprazamentos disponíveis e da planilha da farmácia. Os usuários com diabetes foram classificados como: acompanhados somente pela unidade, acompanhados pela unidade e outros serviços especializados e acompanhados por convênio privado. Em seguida os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atualizaram os endereços e excluíram os usuários que mudaram da área de abrangência da unidade ou foram a óbito. Assim, chegamos ao número de 80 usuários portadores de diabetes em uso de insulina, sendo que 19 eram acompanhados por outros serviços ligados ao SUS, 15 por convênios privados e 46 exclusivamente pela unidade. Nessa fase não houve a busca ativa e inserção de novos usuários. Por se tratar de um período de implantação do atendimento multiprofissional a esse público, optou-se no início trabalhar apenas com os de usuários insulino dependentes que eram acompanhados exclusivamente pela UBS. Estes usuários foram convocados gradativamente para avaliação multiprofissional. A princípio o processo de avaliação foi organizado de modo que a enfermeira e as internas de enfermagem eram fixas, e o educador físico e a fisioterapeuta transitavam entre as três salas de avaliação. Isso possibilitou o atendimento de um grande número de pessoas. Posteriormente ao avaliar o processo, observou-se que esse tipo de estruturação do processo de trabalho tornava o atendimento conturbado, pois muitas vezes os profissionais não estavam juntos na avaliação e não havia tempo hábil para troca de informações entre os profissionais para estruturação de um projeto terapêutico, devido ao grande número de usuários avaliados. Percebemos que apesar do envolvimento de diferentes profissionais o sistema de avaliação não era eficiente. Outra questão que limitou essa estrutura foi a presença pontual das internas de enfermagem, que passariam apenas três meses na unidade o que impossibilitava o sistema de rodízio. O profissional médico, apesar de integrar a equipe não participava no dia da avaliação, pois não tinha flexibilidade de agenda devido à estrutura do processo de trabalho na unidade. Assim, após a avaliação dos demais profissionais, eram solicitados exames e agendado consulta com o médico de referência. Devido o atendimento do médico ser realizado em momento diferente dos outros profissionais, posteriormente foi realizada a discussão dos casos entre o médico e os outros profissionais, para elaboração do projeto terapêutico. Os próximos retornos do paciente eram definidos no atendimento do médico de acordo com a avaliação

multiprofissional e nas orientações do protocolo. Com a saída de alguns profissionais da equipe devido ao término do vínculo enquanto residentes da residência multiprofissional em saúde da família, os únicos profissionais ligados a residência que permaneceram na equipe foram a enfermeira e a fisioterapeuta. Em virtude dessa mudança estrutural as profissionais que permaneceram à frente da organização da atenção ao cuidado integral ao diabético insulino dependente, reformularam o processo de atendimento a esses usuários. As avaliações continuaram a ocorrer na última quarta-feira de cada mês, porém, diferente do modelo anterior, fisioterapeuta e enfermeira passaram a avaliar juntas o usuário após a consulta médica. Essa avaliação buscava identificar as necessidades de saúde do usuário e prevenir possíveis complicações. O enfoque no pé diabético foi definido considerando-se que a amputação de membros inferiores é uma complicação limitante que afeta diretamente a qualidade de vida deste usuário. Segundo Nelson De Luccia, 40% a 45 % de todos os amputados de membro inferior são diabéticos. Pensando nisto, o Município realizou um convênio disponibilizando o serviço de podologia, sendo uma nova conquista para o trabalho de prevenção e atendimento diferenciado ao usuário do SUS. Essa nova especialidade tornou-se uma ajuda importante no cuidado personalizado desses pacientes. A estruturação de um projeto terapêutico singular procurou alcançar as expectativas do usuário, pois apesar de identificar os problemas que deveriam ser cuidados a partir da avaliação dos profissionais, buscou-se priorizar também as queixas e prioridades definidas pelo usuário, não deixando de dar atenção ao que é primordial no tratamento. Aos poucos, com a criação de vínculo, foi sendo realizado o processo de conscientização e educação em saúde. O projeto terapêutico singular comandará o processo de trabalho e está atrelado às relações, pois “não se faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões” (MALTA et al. 2004). Com a organização do cuidado está sendo possível a identificação e o acompanhamento dos usuários diabéticos em uso de insulina, bem como a realização de cuidado integral, permitindo a identificação das necessidades singulares. Após a inserção do projeto, conseguiu-se identificar os pacientes diabéticos insulino dependentes, caracterizar os já avaliados de acordo com suas necessidades e demandas. E aos poucos está sendo possível a alimentação e atualização dos apazamentos o que possibilita o controle do acompanhamento e busca de faltosos. Porém, este é um processo lento, pois, tudo que provoca mudança e interfere na rotina do processo de trabalho pode ser visto como aumento na carga de trabalho. Este projeto ainda está restrito aos residentes, coordenação e médico da unidade, pois, os demais membros da equipe da unidade participaram de forma pontual do cuidado não assumindo papel fixo no processo. Por se tratar de uma equipe pequena, o que limita o número de vagas mensais e pela complexidade da avaliação que gera uma demanda maior tempo, ainda não foi possível atender todos os usuários diabéticos insulino dependentes. Objetiva-se que o cuidado e a forma de acompanhamento possa ser expandido para todos os usuários diabéticos. Considerando a relevância deste acompanhamento e que a presença do residente na unidade de saúde é temporária, o desafio é trabalhar com educação permanente em saúde para que todos os profissionais da unidade se envolvam e se apropriem da proposta para dar continuidade a este trabalho. Conclui-se que para alcançar os objetivos propostos o profissional de saúde

deve se sentir motivado e tomar para si o papel de educador/aprendiz, tendo consciência de que a complexidade do cuidado, principalmente a este grupo de usuários, requer um trabalho multiprofissional.

Palavras-chaves: Cuidado, Diabetes Mellitus, Serviço de saúde

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde.** Brasília, 2006.

COSTA, A.G. **Manual de diabetes: educação, alimentação, medicamento, atividades físicas.** 4ª edição. São Paulo: SARVIER, 2004.

DE LUCCIA, N. **Doença Vascular e Diabetes.** Jornal Vascular Brasileiro, Brasil, v. 2, n. 1, p. 49-60, 2003.

LONDRINA. **Protocolo clínico de saúde do adulto.** Londrina, 2006.

MACHADO, M.F.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):335-342, 2007.

MALTA, D.C. et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):433-444, 2004.