

Atenção Básica

EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, HIPERTENSÃO E DIABETES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE A PARTIR DO ENVOLVIMENTO DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA.

Marcia Rondina Rodrigues De Carvalho 1

1 Prefeitura Municipal De Poloni - Prefeitura Municipal De Poloni

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Poloni é um município brasileiro do estado de São Paulo, com uma população de 5.395 habitantes (IBGE/2010). Conta um serviço de saúde misto, Unidade Básica de Saúde que realiza os atendimentos ambulatoriais, vacina, dispensa de medicamentos entre outros, e também um serviço de Urgência e Emergência com atendimento até as 19h00 durante a semana. A Estratégia de Saúde da Família não está implantada no município, sendo os atendimentos agendados por demanda espontânea. Os portadores de doenças crônicas, hipertensão e diabetes, possuem atendimento médico, dispensa de medicamentos e oferta do serviço da nutricionista. Porém esses serviços não estão sendo ofertados a partir da lógica da integralidade do cuidado técnico-teórico deva ser o atendimento organizado pelas prioridades, riscos e vulnerabilidades; na prática, a “força” cultural, política mostra-se presente, exigindo um movimento de mudança nesse processo, buscando o objetivo final que é o atendimento qualificado da população local.

A organização do atendimento de portadores de doenças crônicas, hipertensão e diabetes, em município de pequeno porte, na Atenção Básica, sem a Estratégia de Saúde da Família é um desafio quando o processo cultural predominante é o atendimento a partir da demanda espontânea e com o serviço misto, atenção básica e atendimento de urgência e emergência. Ainda que para os gestores e profissionais de saúde, a percepção e o conhecimento técnico-teórico deva ser o atendimento organizado pelas prioridades, riscos e vulnerabilidades; na prática, a “força” cultural, política mostra-se presente, exigindo um movimento de mudança nesse processo, buscando o objetivo final que é o atendimento qualificado da população local. A presença dos alunos de graduação de Medicina no serviço trouxe a possibilidade, da mudança de alguns processos, buscando qualificar o atendimento. Este trabalho evidencia a construção inicial do atendimento aos pacientes crônicos, a partir da organização dos prontuários (que seguem a lógica do prontuário individualizado) e a oferta de um atendimento em grupo, com começo, meio e fim, onde o objetivo era a oferta do auto cuidado responsável ao usuário.

OBJETIVOS

- Organizar os prontuários individuais, diferenciando os prontuários por etiquetas das patologias (hipertensos, diabéticos, cardiopatas, gestantes e menores de 1 ano);
- Propor um protocolo clínico para o atendimento dos Hipertensos;
- Propor atendimento em grupo aos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Criar independência do usuário, conhecimento e esclarecimento sobre como cuidar e viver com Doenças Crônicas, evitando a agudização dos casos e suas consequências.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada reunião o gestor, profissionais de saúde da UBS e os docentes da faculdade que tiveram interesse direto no projeto. Posteriormente foi pactuado com a docente da Cardiologia e a Liga de Cardiologia fariam a protocolo clínico para o atendimento dos Hipertensos e a docente do MISC (modulo integração saúde comunidade) em conjunto com um grupo de alunos, fariam o planejamento e organização do grupo de Hipertensos e Diabeticos. Importante destacar que a participação do medico clinico que é cardiologista e do diretor clinico foi fundamental nesse processo de organização das atividades e plano terapeutico. A Liga de Cardiologia fez alguns encontros e discussão teorico para a produção do protocolo clinico em conjunto com o medico cardiologista da UBS e o grupo foi produzido a partir da logica de Rodas de Conversa, com no máximo 40 minutos, intercalando semana de Roda em grupo, semana de Visita Domiciliar, conforme programação abaixo: Para o primeiro Encontro utilizamos esses critérios: - convidar os usuários ja referenciados pelo Cardio e Endocrino (pacientes com descontrole no tratamento) - separar os prontuários destes para avaliação das medicações e intervenções ja feitas (nutri, psico, fisio, . . .) - preparar ja as fichas de avaliação e acompanhamento (IMC, PA, Destro, . . .) Calendario do Grupo Semana 1: Encontro 1: Ação com foco no Medicamento Responsável direto pela atividade: Equipe da Farmacia Apresentação das pessoas (quem, qual a doença cronica existente. . .) Apresentação para os usuarios dos objetivos do trabalho (roda de conversa para compartilhar experiencias) Abrir para a roda de conversa, puxando o tema do medicamento (o que usam e como armazenam os medicamentos) Identificar usuarios com maiores dificuldades para realizar VD posteriormente Avaliar a atividade do dia Semana 2: Visita Domiciliar (VD) Semana 3: Encontro 2 Ação com foco na Alimentação Responsável direto pela atividade: Equipe da Nutri/Psico Resgatar a atividade trabalhada no encontro anterior para reforçar conceitos e tirar possíveis duvidas que possam ter surgido em 15 dias. Abrir para a roda de conversa, puxando o tema da alimentação (como acontece, horários, o que, regularidade. . .) Identificar usuários com maiores dificuldades para realizar VD posteriormente Avaliar a atividade do dia Semana 4: Visita Domiciliar (VD) Semana 5: Encontro 3 Ação com foco nos cuidados do corpo Responsável direto pela atividade: Equipe da Fisio/Enfermagem Resgatar a atividade trabalhada no encontro anterior para reforçar conceitos e tirar possíveis duvidas que possam ter surgido em 15 dias. Abrir para a roda de conversa, puxando o tema dos cuidados do corpo (existe pratica de exercícios, alongamento, onde, como, quem acompanha. . .) Convidar para os 03 encontros orientados com o trabalho da fisio Nas 03 semanas seguintes, (semanas corridas) a Fisioterapeuta se dispoe a fazer um trabalho orientado com os pacientes, tanto dentro da UBS como na area externa e uma atividade de caminhada orientada)

RESULTADOS

O serviço de saúde de Poloni, no final de 2016, conseguiu organizar seus prontuários a partir do risco de patologias, e a partir dai poder organizar o atendimento aos pacientes Hipertensos e Diabéticos, foco inicial desse trabalho. Atualmente dentre os 5000 prontuários, xxx são de Hipertensos, xx Diabéticos e xxx A Liga de Cardiologia produziu o protocolo clinico em conjunto com o medico cardiologista da UBS, que esta em uso pelo serviço. O grupo, no modelo que foi proposto aconteceu com dois grupos diferentes, em conjunto com a docente do MISC e os alunos e posteriormente, os profissionais da UBS fizeram algumas adequações para a continuidade do Trabalho. Quanto a independência do usuário, não podemos aferir

assertivamente sobre isso, pois este não foi estudado atendendo os pressupostos metodológicos exigidos, mas podemos afirmar que aos pacientes que participaram desse processo, a forma de abordagem foi aprovada por eles. Cabe aqui dar continuidade ao processo, e o acompanhamento desses usuários a médio e longo período, e posteriormente identificar mudança nos índices de agudização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença dos alunos do curso de graduação de Medicina no UBS local esta trazendo, mesmo que aos poucos, uma nova dinâmica para os profissionais e refletindo no atendimento da população. O trabalho da organização dos prontuários, buscando organizar o atendimento de um grupo de portadores de patologia; a criação de um protocolo de atendimento; a organização do cuidado a partir do atendimento multidisciplinar; vai evidenciando o papel da Atenção básica como ordenadora do cuidado e a necessidade de integrar os diversos profissionais no cuidado integral do usuário. A Integração Ensino Serviço tem o papel de formar alunos na perspectiva de um novo profissional de saúde, mas também garante aos serviços a necessidade de rever seus processos de trabalho.