

Das causas às consequências: estratégias de fomento ao trabalho em equipe na linha de cuidado do diabetes mellitus

Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn¹, Aislan da Silva Santos Costa², Ana Cecília Cardoso Firmo³, Andréa Batista de Oliveira⁴, Érika Priscila Braz Ribeiro⁵, Fabianna Vilela Alves⁶, Karina de Oliveira Bonafe⁷, Lilian Leme de Jesus Bassanello⁸, Luciana Motta do Nascimento⁹, Neuza Pedro¹⁰, Pedro Henrique Cunha Ibarra Ferreira¹¹, Suiana Alves Martins¹², Thalyta Oliveira de Souza¹³

1. Facilitador. Psicólogo. Mestre em Psicologia e Sociedade.
2. Especialista em Saúde Pública. Enfermeira de Saúde da Família, Guaratinguetá- SP.
3. Especialista em saúde da Família. Enfermeira, secretaria de saúde de Cruzeiro-SP
4. Psicóloga. Assessora de Saúde mental na Secretaria de Saúde de Jacareí.
5. Enfermeira da Atenção Básica de Cruzeiro-SP.
6. Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira de Saúde da Família, Bananal-SP.
7. Pós graduação em Saúde Pública e Saúde da Família. Enfermeira de Saúde da Família, Pindamonhangaba-SP.
8. Bióloga. Especialista em Análises Clínicas. Gerente de Unidade, Pindamonhangaba-SP.
9. Especialista em Saúde Pública. Responsável técnico pela UBS Vila Nunes, Lorena-SP.
10. Enfermeira .SAE/CTA, Caçapava-SP.
11. Especialista em Saúde Pública. Enfermeiro de Saúde da Família, Guaratinguetá- SP.
12. Enfermeira de Saúde da Família , Guaratinguetá-SP.
13. Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. NASF de Cruzeiro-SP.

Introdução

Este trabalho é produto do curso de aperfeiçoamento ‘Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde’ e tem por objeto se debruçar sobre a Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus (DM). O documento foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar, composto por profissionais de diferentes áreas e serviços da Rede Regional de Atenção à Saúde de Taubaté (RRAS 17). A RRAS 17 está localizada a leste do estado de São Paulo, com uma área de abrangência de 39 municípios e é dividida em quatro regiões: Alto Vale do Paraíba, Litoral Norte, Vale do Paraíba e Região Serrana, Circuito da Fé e Vale Histórico.

A escolha por esta linha de cuidado justifica-se porque o DM é um problema de saúde com maior prevalência no mundo e se constitui em um dos maiores desafios de saúde pública, uma vez que

a doença perpassa por todos os ciclos de vida e está diretamente ligada a qualidade de vida das pessoas¹. O diabetes pode ocasionar alterações em diversas partes do corpo e contribuir para a ocorrência de complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, perda de visão e amputação de membros e está associada a um maior risco de morte precoce. A elevação da sua prevalência associa-se ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, ao aumento da prevalência de obesidade e do sedentarismo, aos maus hábitos alimentares e a maior sobrevida de pessoas com diabetes².

A Atenção Básica (AB) desempenha um papel central nessa linha de cuidado, pois é o ponto de atenção com maior capilaridade dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e coordenadora do cuidado³. Além do mais, o cuidado em tempo oportuno (incluindo rastreamento, diagnóstico e acesso ao tratamento) e longitudinal evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares⁴.

A concretização dos princípios e diretrizes da AB no cotidiano dos serviços convoca a uma organização do processo de trabalho mais articulado e coletivo. Porém, o que se observa é que o processo de trabalho na AB ainda se organiza de forma fragmentada, centrada na consulta médica individualizada e em procedimento medicamentoso. Este projeto visa intervir na organização do trabalho desenvolvido na AB, a fim de produzir um trabalho em equipe que possa responder de forma mais resolutiva às necessidades da população, cuja carga epidemiológica é predominantemente marcada pelas doenças crônicas como o DM.

Objetivo

Reorganizar o processo de trabalho no âmbito da AB, centrado na equipe multiprofissional.

Atividades & Resultados esperados

Para atingir tal objetivo identificou-se e delimitou-se duas estratégias:

- 1) Instituir a figura do profissional gestor da LC da DM para apoiar a equipe na implantação e monitoramento desta LC.
- 2) Instituir e/ou fortalecer a consulta clínica da enfermagem.

A estratégia 01 parte do princípio de que muitas demandas de gestão ficam centralizadas na figura do gestor da Unidade que na maioria das vezes é o profissional enfermeiro que acumula a função administrativa e assistencial. O gestor da LC DM pode ser ocupado por qualquer pessoa da equipe. É

função dele de levantar dados epidemiológicos e apoiar a equipe na formulação de atividades pertinentes ao cuidado à DM.

A estratégia 02 visa a Sistematização do Processo de Enfermagem (SAE), abrangendo todas suas etapas para melhor organização do processo de trabalho, instituindo ação importante e privativa do enfermeiro que é a consulta de enfermagem (CE).

Estratégia 01: Instituir a figura do profissional gestor/referencia da LC da DM para apoiar a equipe na implantação e monitoramento desta LC.

Atividades:

- ✓ Identificar profissional da equipe para ser gestor/referencia da LC DM;
- ✓ Instituir carga horária de 2 horas semanais para exercer esta função de gestor/referencia da LC DM;
- ✓ Identificar, sistematizar e pactuar com a gestão municipal e as equipes de AB as atribuições do gestor/referencia da LC DM;
- ✓ Realizar curso introdutório de 20 horas sobre a LC DM;
- ✓ Instituir nas equipes de Atenção Básica espaço de Educação Permanente de 2 horas mensais com o tema LC DM;
- ✓ Instituir na gestão municipal o grupo condutor da LC DM composta pelos gestores/referencias da LC DM das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades de Saúde da Família (USF) e gestores da LC DM da Secretaria Municipal de Saúde.

Estratégia 02: Instituir e/ou fortalecer a consulta clínica da enfermagem

Atividades

- ✓ Pesquisar, identificar e estabelecer atribuições da enfermagem na LC DM;
- ✓ Pesquisar, identificar e estabelecer protocolo de intervenções da enfermagem em relação à LC DM;
- ✓ Desenhar fluxograma de cuidado a DM incluindo a CE como estratégia;
- ✓ Pactuar fluxograma e protocolos entre Secretaria Municipal e Equipes da AB;
- ✓ Executar processos educativos sensibilizando a população para a importância da CE.

Resultados (E1- E 2)

- ✓ Remodelar o processo de trabalho médico centrado para equipe centrada envolvendo toda a equipe em relação à LC DM;

- ✓ Fomentar educação permanente para formação, planejamento, monitoramento das ações de cuidado da DM;
- ✓ Repactuar protocolos e fluxogramas da LC DM;
- ✓ Instituir a CE e o gestor da LC DM nas UBS e ESF.

Considerações Finais

São muitos os desafios e intervenções a se pensar no enfrentamento deste grave problema de saúde pública que é a Diabetes Mellitus. A construção da árvore de problema evidenciou a necessidade de reorganização do processo de trabalho na AB para uma melhor abordagem da DM. Nesse sentido, a intervenção propôs o enfrentamento da organização do processo de trabalho médico-centrado para uma organização do trabalho equipe centrada e articulada em rede. Para tanto escolhemos como estratégia a criação da referência da LC da DM, por unidade de atenção básica, para fomentar in loco processos de educação permanente para a implantação e monitoramento da LC da DM. Esta estratégia busca impactar positivamente as condições de saúde da população.

Referencias bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas. Brasília, 2013. 162p.
2. Franco LJ. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: Lessa I, editor. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 123-37.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.
4. Rosa RS, Schmidt MI, Duncan MI, Souza MFM, Lima AK, Moura L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, 1999-2001. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):465-78.