

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MONIQUE WALICHEKI MARIA ANDRADE

ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA COM HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS DURANTE O
PERÍODO DA PANDEMIA POR COVID-19

IBIPORÃ

2020

MONIQUE WALICHEKI MARIA ANDRADE

ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA COM HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS DURANTE O
PERÍODO DA PANDEMIA POR COVID-19

Trabalho de Conclusão do Curso apresentada para
obtenção parcial do título de Especialista, ao Curso
de Especialização em Atenção Básica, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

IBIPORÃ
2020

RESUMO

O Plano de Intervenção sobre atendimento seguro aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus durante a pandemia é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Este problema foi escolhido devido à alta prevalência destas comorbidades na comunidade estudada e que são vinculadas na unidade de saúde José Silva Sá, do município de Ibiporã, Paraná, e por estas fazerem parte do grupo de risco para COVID-19. Optou-se por criar um plano de ação a partir do objetivo geral: Estabelecer um plano de ação para garantir a manutenção de atendimento seguro aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellito durante o período da pandemia por COVID-19. Trata-se de uma abordagem de pesquisa ação, qual foi realizada em etapas, entre os meses de Setembro e Novembro de 2020, como o levantamento do número de pacientes pela base de dados já existente na unidade associado a reavaliação de prontuário; realização da estratificação de risco conforme protocolos existentes brasileiros, busca ativa destes pacientes, adequação do local conforme as orientações da OMS, OPAS e CONASS sobre como realizar o atendimento em situação pandêmica e segura para a realização de consultas e continuidade do atendimento neste período. A partir desta ação foi possível atender 41,9% do total dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos até o momento, sem relato de pacientes contaminados por COVID-19 após atendimento. O trabalho atendeu as expectativas, e foi muito importante para a comunidade em que foi aplicada pois possibilitou a continuidade do cuidado durante esse período de incertezas da pandemia por infecção por SARS-CoV-2.

Palavras-chaves: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Infecções por coronavírus. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Intervention Plan on safe care for Hypertension and / or Diabetes Mellitus' patients during the pandemic is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. This problem was chosen due to the high prevalence of these comorbidities in the studied community which is linked to primary care unit José Silva Sá, at the city of Ibiporã, Paraná, and because they are part of the risk group for COVID-19. We opted to create an action plan from the general objective: To establish an action plan to ensure the maintenance of safe service to Hypertension and Diabetes Mellitus' users of the unit during the COVID-19 pandemic. This is an action research approach, which was carried out in stages, between the months of September and November 2020, like the survey of the number of patients that was carried out using the pre-existing database associated with the reevaluation of medical records; realization of risk stratification according to existing Brazilian protocols, active search for these patients, adaptation of the site following WHO, PAHO and CONASS guidelines on how to provide safe care and maintenance of attendance during this period. We were able to attend 41.9% of all hypertensive and / or diabetic patients until the present date by this action, with no reports of patients contaminated by COVID-19 after appointments. The work met expectations and was very important for the community in which it was applied during this period of SARS-CoV-2 pandemic.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Coronavirus Infections; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	06
1.1- JUSTIFICATIVA.....	07
2- OBJETIVOS.....	08
2.1- OBJETIVO GERAL.....	08
2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	08
3- REVISÃO DE LITERATURA	08
3.1- DOENÇAS CRÔNICAS EM GERAL E ACOMPANHAMENTO EM UBS.....	08
3.2- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	09
3.3 – DIABETES MELLITUS.....	09
3.4 – PANDEMIA COVID-19 E O IMPACTO NO SERVIÇO DE SAÚDE	09
4- METODOLOGIA.....	10
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
7- REFERÊNCIAS.....	18

1- INTRODUÇÃO

A procura por atendimento na Atenção Primária a Saúde (APS) tem motivos diversos, o mais comum é para consulta de rotina de pacientes crônicos, seguidos de emissão de prescrição de repetição, dor em membros, infecções respiratórias e de trato gastrointestinal. No grupo de doenças crônicas, temos como destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). (CRIVELLI, 2019)

A Hipertensão Arterial é uma condição multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) iguais ou acima de 140 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) iguais ou acima de 90. Atinge aproximadamente 32,5% dos adultos e 60% dos idosos no Brasil (SBC, 2016), no Paraná a prevalência estimada varia com o método de pesquisa e a idade, entre 20 a 30% da população adulta possui este diagnóstico e mais da metade da população de 65 a 74 anos constam nesta lista (IBGE, 2013).

Já a Diabetes mellitus ocorre por uma deficiência na produção ou na ação da insulina, o que leva a altos níveis glicêmicos no sangue. Estima-se que 12,5 milhões de brasileiros sejam diabéticos (SBD, 2019). Na Unidade de Saúde José Silva Sá, uma das 9 unidades do município de Ibiporã, no estado do Paraná, acompanhamos aproximadamente 778 pacientes com HAS e/ou DM.

Essas duas doenças são de relevância mundial, visto que suas complicações estão na lista das dez causas de mortes mais comuns (OMS, 2018). Trata-se de tema que preocupa toda a equipe e a comunidade. A qualidade de vida dos pacientes é muito importante e, nesta situação, há risco de complicações severas se não receberem a atenção necessária, tais como infarto agudo miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, entre outros. (ISH, 2020).

No início da pandemia por COVID-19 os pacientes com doenças crônicas ficaram desassistidos, sem avaliação das descompensações e ações de prevenção e promoção à saúde. Como estes pacientes compõem o grupo de risco para infecção por SARS-CoV-2 (MS, 2020), ao mesmo tempo em que havia preocupação com a falta de cuidado, havia preocupação com uma possível contaminação na UBS.

Segundo a SBD, os indivíduos diabéticos possuem maior risco de desenvolver a forma grave do coronavírus, principalmente aqueles que possuem doença descompensada, associada a outras comorbidades, com complicações e idosos. O isolamento social, medida utilizada no enfrentamento da pandemia, também pode

trazer prejuízos ao portador de DM devido o risco de piora da saúde mental e tentativas de controlar os níveis glicêmicos, esses dois fatores associados podem levar a uma descompensação metabólica (PCDS, 2020). A SBC também afirma que HAS aumenta o risco da forma grave da doença, principalmente aqueles já possuem complicações cardiovasculares. Pacientes hipertensos e/ou com doenças cardiovasculares também possuem maior risco de sofrer lesões cardíacas por infecção por SARS-CoV-2. Alguns estudos apontam como explicação a alta expressão da enzima conversora da angiotensina II (ECA2) por estes indivíduos, esta enzima seria uma possível porta de entrada para o COVID-19 (SBC, 2020).

Diante disto, criar fluxos de atendimento a este grupo que gere menor risco e exposição possível é algo que interessa todos os profissionais de saúde atualmente, principalmente os que atuam em unidades de saúde. Além disso, cria-se uma oportunidade de criar protocolos de atendimento para quando surgirem situações semelhantes a gerada pela pandemia de COVID-19, qual exigiu reestruturação de atendimentos nos serviços de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

A unidade de saúde José Silva Sá, local de intervenção, já tinha como problema o elevado número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos e a demanda por consultas regulares para este grupo. Durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2, espécie de coronavírus descoberto na China em 2019 – o COVID-19 - e com início do surto no Brasil em 2020, surgiu um novo problema em relação ao atendimento a este público.

No início da pandemia, todos os atendimentos eletivos foram suspensos e surgiu uma preocupação com a prevenção e promoção de saúde destes pacientes crônicos. Assim, o problema escolhido para o projeto de intervenção neste território foi como realizar um atendimento seguro a esta população durante a pandemia. Este problema foi escolhido por ser atual e de baixo controle em relação ao atendimento seguro, os dados estarem disponíveis nas planilhas de cadastros dos pacientes, realizada em conjunto pelos Agentes Comunitários de Saúde e Enfermagem. Envolve estratificação de risco, busca ativa e planejamento de atendimento, englobando toda a equipe.

1. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer um plano de ação para garantir a manutenção de atendimento seguro aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellito durante o período da pandemia por COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos e verificar data do último atendimento;
- Realizar estratificação de risco baseada na linha guia de hipertensão e diabetes (SESA-PR, 2018);
- Fazer busca ativa dos usuários, priorizando os de alto risco, seguido pelos de risco moderado e baixo risco;
- Estabelecer medidas de diminuição do risco de contágio de COVID-19;
- Elaborar plano de ação para o atendimento dessa população na unidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS EM GERAL E ACOMPANHAMENTO NA UBS

As doenças crônicas no Brasil são acompanhadas por um modelo que envolve a rede de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade. Dessa maneira, há atendimento de maneira segura e de qualidade para os usuários e, como apoio, maior envolvimento da comunidade nas decisões e promoção do autocuidado apoiado. (OPAS, 2012)

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada para os pacientes com doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes no Brasil e representam um desafio devido serem de alta complexidade em sua maioria. Além de cuidar dos aspectos biológicos das doenças, deve-se levar em consideração os aspectos sociais do processo saúde-doença. O indivíduo deve receber cuidado continuado e acolhimentos de suas demandas espontâneas, sempre com foco de suas particularidades. Os

usuários também são estratificados de acordo com o risco para aprimorar o cuidado e trabalhar as intervenções necessárias sejam elas de prevenção, promoção ou manejo da comorbidade. (MS, 2014)

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Doença multifatorial que tem como fatores de risco (FR) a dislipidemia, obesidade abdominal, diabetes melito, dieta rica em sódio, raça negra, envelhecimento, fatores genéticos, ingestão de álcool e sedentarismo. Possui relação com eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Devido a alta prevalência no país, possui grande impacto social e econômico. O diagnóstico é dado por duas aferições da pressão arterial (PA) em condições ideais acima ou igual a PAS 140 e/ou PAD 90, se necessário, deve ser confirmado com medidas residenciais. O diagnóstico deve ser precoce e receber tratamento contínuo assim como controle da PA e controle dos FR (SBC, 2017).

3.3 DIABETES MELLITUS

O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente. Pode estar relacionado a destruição das células beta-pancreáticas (diabetes *mellitus* tipo 1) o que leva a uma deficiência de insulina ou, ainda, a insuficiência progressiva de insulina por resistência à ação da insulina de origem multifatorial (diabetes *mellitus* tipo 2), o tipo mais comum. Possui como fator de risco história familiar, idade avançada, obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional, síndrome do ovário policístico, hipertensão arterial, dislipidemia, entre outros. O diagnóstico é dado por glicemia de jejum acima de 126 e confirmado por um segundo teste (hemoglobina glicada, teste de tolerância oral a glicose). Devem receber tratamento contínuo e avaliação frequente para lesões de órgão-alvo (SBD, 2019).

3.4 PANDEMIA COVID-19 E IMPACTO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Em dezembro de 2019 foi detectado uma nova espécie de coronavírus: SARS-CoV-19, o COVID-19, na cidade de Wuhan na China. Em pouco tempo, o surto local ganhou proporções de epidemia e em seguida pandemia, acometendo todos os

cinco continentes. Pouco se sabia a respeito dessa nova infecção. Embora mais comumente assintomática, foi identificado que a grande maioria dos pacientes sintomáticos apresentava uma forma de Síndrome Gripal que evoluía em alguns casos para uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (MS, 2020).

A doença causa grande impacto em indivíduos com doenças crônicas, idosos e a letalidade possui forte relação com a capacidade de resposta da rede de assistência à saúde (OPAS, 2020). A capacidade de manter a prestação de serviços está intimamente ligada com a capacidade inicial.

Esta pandemia causou forte impacto na saúde, na economia, comércio, transporte, entre outros. Em relação à saúde, as fragilidades já conhecidas ficaram escancaradas. Um serviço que em muitas áreas já estava saturado foi obrigado a ampliar o atendimento ao número em constante crescimento de pacientes com covid, enquanto garantia manutenção dos serviços já prestados. E foi necessário ser feito algo e rápido, pois quando a população não tem acesso ao sistema de saúde, aumenta-se a mortalidade tanto devido ao evento relacionado quanto as doenças preveníveis e tratáveis (OMS, 2020).

No início, quase todos os atendimentos eletivos foram suspensos, eram atendidas apenas situações de agudização de doenças crônicas e urgências não hospitalizáveis. As medidas de isolamento e distanciamento também dificultavam o acesso a saúde. Todo esse cenário atípico começou a gerar ansiedade, medo, tristeza nos pacientes de doença crônica, o que ajuda a descondensá-las, somado às tentativas de autocuidado. Assim, estratégias devem ser desenvolvidas para garantir o atendimento e a monitorização deste grupo (ESTRELA et al, 2020).

4- METODOLOGIA

O projeto aqui proposto enquadra-se em pesquisa-ação. Esta surgiu por volta dos anos 60 como uma maneira de diminuir a lacuna entre a teoria e a prática. Como o nome já diz, ela consiste em uma pesquisa que está unida a ação, ou seja, desenvolve conhecimento durante a prática. Tem como característica intervir com ações inovadoras durante a pesquisa. Ela é situacional e auto-avaliativa, deve ser um processo de aprendizagem e será validada de resultado for útil aos envolvidos. (ENGEL, 2000)

O local de realização da intervenção é a Unidade Básica de Saúde (UBS) José Silva Sá, qual é uma das 9 unidades que compõem a rede de saúde do município de Ibiporã (PREFEITURA DE IBIPORÃ, 2020). Este município conta com uma população de aproximadamente 53.356 habitantes, a maior parte em zona urbana (95,22%) e mais de um terço da população com mais de 60 anos de idade (37,73%) (IBGE apud PREFEITURA DE IBIPORÃ, 2020).

A UBS da intervenção possui uma população de aproximadamente 5.746 pessoas, sendo 3.047 mulheres (53%) e 2.699 homens (47%). Este grupo é bastante heterogêneo, composto por pessoas de idades variadas, poder econômico muito divergente e com grau de escolaridade diverso. Possui um grupo grande de idosos (13,78% da população), muitos destes com múltiplas comorbidades e com problemas no cuidado. Muitos adultos que não fixam residência por muito tempo e buscam atendimento apenas por queixas agudas, dificultando o aspecto de prevenção e promoção em saúde. A população rural consiste em 228 indivíduos que possuem dificuldades em conseguir atendimento. Possui um número expressivo de pacientes que necessitam de atendimento domiciliar (aproximadamente 90 pessoas domiciliadas ou acamadas com comorbidades variadas incluindo DM, HAS, Alzheimer, câncer, entre outras). Também está presente no território uma instituição de longa permanência para idosos com aproximadamente 90 internos. Dentro do território temos uma prevalência de 830 usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Para realizar esta pesquisa-ação, foi realizada a fase exploratória na partir do diagnóstico da realidade. Para tanto, teve-se acesso as planilhas já disponíveis no serviço a respeito do número total de pacientes, divisões por sexo, faixa etária, planilha de hipertensos e diabéticos, gestantes, pacientes domiciliados ou acamados. Também foi utilizado alguns dados disponíveis no site da prefeitura do município e com o setor de epidemiologia. Foi, então, observada uma prevalência importante de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O interesse no tema sempre esteve presente tanto na equipe quanto na comunidade, porém, durante a pandemia, criou-se uma preocupação maior com este grupo que apresenta doenças crônicas. Deste modo, a definição do problema foi guiada por novas necessidades que surgiram nesse contexto, e o atendimento à população hipertensa e diabética passou a ser uma questão prioritária a outras que contemplávamos nos meses anteriores.

Como base teórica, foi utilizado as recomendações do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde sobre atendimento durante a pandemia, além de buscar experiências semelhantes e revisão da literatura em base de dados, como PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde.

Assim, teve-se como proposta um plano de ação de atendimento dos indivíduos já mencionados de maneira segura e com a possibilidade de criar um guia que possa orientar as demais unidades deste município ou mesmo de outras cidades e que sirva de base para enfrentamento de situações semelhantes a esta.

O plano de ação proposto baseia-se na alta prevalência de hipertensos e diabéticos que já havia sido identificada no início dos estudos associado a dificuldades encontradas no atendimento à população durante a pandemia do coronavírus e ao fato desta população fazer parte do grupo de risco para esta doença.

Teve como ações o levantamento da população com estas comorbidades, assim como sua estratificação de risco, seguido de busca ativa para agendamento de consulta, respeitando a decisão do paciente de ir à UBS ou não, agendamento de consulta em intervalos maiores, uso das medidas de prevenção de contágio e transmissão de SARS-CoV-2. As atividades para efetivação destas ações tiveram início em Setembro e seu final em Novembro de 2020.

O plano de ação visa garantir o atendimento dos usuários com HAS e DM durante a pandemia, tendo como público-alvo toda a população com estas comorbidades pertence ao território da UBS José Silva Sá. Envolveu, além do atendimento médico, o auxílio da equipe de enfermagem e administrativo para entrar em contato por telefone com os pacientes, além dos agentes comunitários de saúde para entregar bilhetes com datas de consulta quando o paciente não for encontrado por telefone. O plano de ação será divulgado para a Unidade.

A tabela a seguir (Tabela 1) especifica cada ação para este plano de ação.

Tabela 1 – Descrição do Plano de Intervenção

Objetivo	Ação	Duração	Envolvidos	População-alvo	Data	Recursos Educacionais Utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Realizar levantamento dos usuários	Por meio de planilhas de cadastro de	2-3 dias	Médica, ACS	Usuários com Hipertensão Arterial	Imediato (primeira semana)	Nenhum	Nenhum

hipertensos e diabéticos e verificar data do último atendimento	pacientes fomentadas pelos ACS, levantar o número de pacientes com HAS e DM e analisar os prontuários.			Sistêmica e Diabetes Mellitus			
Realizar estratificação de risco baseada na linha guia de hipertensão e diabetes (SESA-PR, 2018);	Por meio da linha guia disponibilizada pela SESA-PR, estratificar e reestratificar toda a população-alvo	2-3 dias	Médica		Imediato (primeira semana)	Nenhum	Nenhum
Fazer busca ativa dos usuários, priorizando os de alto risco, seguido pelos de risco moderado e baixo risco	Pedir para que auxiliar administrativa, estagiarias e ACSs entrem em contato com os pacientes preferencialmente por telefone	Uma semana	Auxiliar administrativo, recepcionista, auxiliar de enfermagem, ACS		Segunda semana	Nenhum	Nenhum
Estabelecer medidas de diminuição do risco de contágio de COVID-19	Através de revisão de literatura ver quais cuidados devem ser tomados para o atendimento seguro do paciente e definir guia de atendimento	Uma semana	Médica e enfermagem		Terceira semana	Nenhum	Nenhum
Elaborar plano de ação para o atendimento dessa população na unidade	Plano de ação em forma de texto para nortear o atendimento e colocá-lo em prática	2-4 semanas	Médica, equipe de enfermagem, ACS, recepção		Após término parte teórica	Material técnico educativo	UBS/ Município

Fonte: o autor (2020).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em meados de março de 2020 as unidades de saúde foram orientadas a suspender o atendimento de rotina e focar o atendimento em sintomáticos respiratórios e urgências da atenção primária. Assim, os pacientes com doenças crônicas só eram atendidos caso apresentassem alguma descompensação. Pelo final de abril, foi verificado que a Unidade José Silva Sá não tinha uma infraestrutura que permitia o atendimento simultâneo a pacientes com e sem suspeita de COVID-19. Então, no começo de maio foi determinado pela Secretaria de Saúde do município que aquela unidade retomaria atendimento aos pacientes crônicos, restringindo a agenda a 50% do habitual (quatro pacientes por hora).

Surgiu então a necessidade de criar um fluxograma de atendimento que propiciasse segurança aos pacientes e profissionais, além de dúvidas sobre como selecionar quais pacientes seriam convocados primeiro. No primeiro momento foi determinado como o atendimento ocorreria, observamos que a maior procura espontânea pelo serviço de saúde era sempre no início dos períodos – logo que a unidade de saúde abria e logo após o retorno do intervalo do almoço, assim decidimos que nesse horário de pico não haveria agendamento de pacientes com doenças crônicas. Os agendamentos se iniciavam duas horas após a abertura do local e uma hora e meia após o almoço e cada paciente era agendado com um intervalo de meia hora entre cada atendimento.

Segundo orientação da OMS, em seu guia operacional para manutenção de serviços essenciais no contexto da pandemia por COVID-19, para restabelecer o atendimento deve ser realizada triagem para diferenciar os pacientes respiratórios dos demais e encaminhá-los conforme o fluxo do serviço de saúde. Além disso, orientar os pacientes a manter medidas básicas de prevenção como uso de máscara, distanciamento social, higiene respiratória, higiene das mãos. Foi iniciado então, a triagem do lado de fora da unidade e os pacientes eram encaminhados conforme suas necessidades. Esta triagem era feita por um funcionário específico (auxiliar de enfermagem) paramentado com uniforme privativo, gorro, luvas, máscara, *face shield* que colhia a história do paciente e os sinais vitais. Os pacientes que adentravam as instalações da unidade também seguiam as orientações da OPAS e aguardavam em locais demarcados com distância de dois metros, também foi restringido a presença

de acompanhantes apenas para situações previstas por lei (menores de 18 anos, gestantes e idosos).

Nos consultórios, o assento do paciente foi colocado a dois metros de distância, com orientação de reforço de higienização de superfícies, além de atendimento com janelas e portas abertas para aumentar a ventilação sempre que possível. Após estabelecer o fluxo de atendimento, decidimos convocar no primeiro momento os pacientes de alto risco que necessitavam de consulta.

A equipe de saúde já possuía uma planilha que registrava os pacientes hipertensos e diabéticos, coube a equipe médica fazer o levantamento de quais pacientes eram de alto risco e quais necessitavam de consulta. Constava na lista 220 pacientes de alto risco com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de 840 pacientes na lista.

Esta lista foi passada para a Coordenadora da unidade que solicitou às estagiárias que fizessem busca por telefone, os pacientes que não foram encontrados, receberam busca ativa por meio de bilhetes entregues pelos agentes comunitários de saúde do território. Assim, entre 11 de maio a 12 de junho foram agendadas 110 consultas, 16 visitas domiciliares e 10 atendimentos a pacientes de instituição de longa permanência. As consultas na UBS tiveram uma abstenção de aproximadamente 10%.

Ainda no mês de junho, houve uma nova mudança no município e a Unidade Básica José Silva Sá passou a ser um centro de atendimento a pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 e toda a equipe de Estratégia de Saúde da Família passou a atender no Centro de Saúde Dr. Eugênio Dal Molin. Logo após a mudança, ainda foi oferecido atendimento aos pacientes de alto risco.

Aproximadamente na segunda quinzena de julho foi liberado que não apenas pacientes com doenças crônicas consultassem, mas também pacientes com outras queixas eletivas. Após essa mudança não houve busca ativa de pacientes devido à alta procura espontânea por atendimento e poucas vagas disponíveis, afinal, neste prédio estavam reunidas três unidades de saúde contabilizando um total aproximado de 20 mil usuários para serem atendidos por duas médicas de 32 horas/semanais, dois médicos de 20 horas/semanais e uma médica de 40 horas/semanais. Neste período a busca foi pelos pacientes das outras unidades, pois estes estavam recebendo menor atenção.

Em setembro, com um cenário diferente (apenas duas unidades reunidas, aproximadamente 15 mil pacientes), foram liberados atendimentos ao equivalente a 75% do normal, ou seja, três pacientes por hora. Mas ainda assim os atendimentos referentes a nossa unidade eram por livre demanda. Em setembro e outubro, resolvemos fazer nova busca ativa, guiados pela necessidade de realizar um plano de ação nesta comunidade. O primeiro passo, novamente por equipe médica, foi avaliar novamente a planilha de HiperDia. Nessa segunda avaliação, foi verificado que alguns pacientes não estavam estratificados corretamente ou sequer havia informação sobre a doença em prontuário. Os pacientes foram reestratificados seguindo a linha guia da Secretaria de Saúde do Paraná e os pacientes que não tinham informações disponíveis foram passados para as estagiárias para fazer busca por telefone e quando não encontrados, solicitamos aos ACS para trazer informações sobre o paciente. Assim, foi verificado que existiam 778 pacientes deste grupo: 293 de alto risco, 158 de risco moderado, 170 de baixo risco, 81 em acompanhamento particular, 1 em acompanhamento pelo SUS mas outro local e 75 ainda sem estratificação. As estagiárias junto a auxiliar administrativa ligaram para todos os pacientes que estavam necessitando de consulta.

No total, foram atendidos durante o período de pandemia até o momento 326 pacientes, houveram pelo menos 6 recusas nessa segunda busca, até agora 37 pacientes não encontrados e 30 pacientes já estão agendados para as próximas semanas. O planejamento inicial era atender um número maior, porém, surgiram novas situações que não estavam previstas inicialmente. Além disso, o medo de uma doença ainda desconhecida fizeram alguns pacientes recusar o atendimento, o que também diminuiu a abrangência. Não consideramos aqui os pacientes das outras unidades que também foram atendidos por nossa equipe.

Os pacientes que receberam atendimento ficaram contentes com a atenção recebida. Muitos destes pacientes tiveram as doenças de bases descompensadas durante este período e apenas a longo prazo seria verificado os prejuízos casos não tivesse recebido atendimento. A curto prazo, não houve relato de contaminação por nenhum dos pacientes atendidos na atenção primária.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta intervenção apresentou resultados positivos para a população, pois muitos dos pacientes atendidos necessitaram de ajustes de medicações ou tratamento comportamental. Entretanto, ainda são necessários alguns ajustes para que o fluxo ocorra com maior facilidade. Em relação aos objetivos, alcançamos o objetivo geral de criar um plano de ação, mas atingimos apenas parcialmente os específicos, não foi possível estratificar 100% da população e nem contatar a todos.

Como pontos positivos, podemos destacar o trabalho em equipe multiprofissional, a disponibilização de vagas para pacientes com doença crônica, a manutenção do cuidado de pacientes de alto risco, estímulo a promoção e prevenção em saúde, reestratificação dos usuários por risco, ausência de contaminação de funcionários ou pacientes no período. Já os pontos negativos foram a inconstância do atendimento, a falta de estratificação e planilha organizadas previamente, falta de informações corretas de contato nos cadastros dos usuários.

Para a unidade de saúde foi importante garantir estes atendimentos, pois este grupo faz parte da maioria dos atendimentos rotineiros. Fazer isso com segurança era uma preocupação e por não haver relato de paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 após atendimento na unidade, acreditamos que atingimos o objetivo. Além disso, a atualização da planilha foi benéfica para todos, esta é fundamental para organização da UBS, município e gestores, com um número real de usuários e suas necessidades e demanda.

Para a população foi mais importante ainda, pois assim não se sentiram desassistidos e tiveram suas queixas e dúvidas sanadas. A maioria ficou muito preocupada com o período em que aguardava atendimento, além das preocupações com a nova doença descoberta.

Teve-se como limitação a imprevisibilidade da pandemia do coronavírus e como isto afetava o atendimento, além das mudanças na rede que a Secretária de Saúde criava para solucionar problemas que surgiram durante este tempo (insuficiência de profissionais por afastamento, necessidade de um local para atendimento específico de pacientes com sintomas respiratórios, local específico para atendimento de gestantes, restrições no atendimento, entre outros).

Assim, segue-se fazendo busca ativa dos pacientes que faltam ser agendados, ao conseguimos contato ou não foram estratificados e adequando o

atendimento conforme novas orientações do Ministério da Saúde surgirem e a pandemia evoluir. Se for mantido a parte organizacional da unidade em dia, em uma situação semelhante, será mais fácil realizar o fluxo de atendimento.

REFERÊNCIAS

- 1- CRIVELLI, M. V. L. **Arquivo de informações próprio da UBS José Silva Sá.** Iporã, 25 de nov. 2019. Informação verbal.
- 2- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Setembro, 2016. Acesso em 27 de Outubro de 2020. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIA_L.pdf
- 3- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Acesso em 27 de Out. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9161&t=resultados>
- 4- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** 2019. Acesso em 27 de Out. de 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
- 5- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Top Ten Causes of Death.** Maio, 2018. Acesso em: 25 de Set. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 6- INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION (ISH). **Global Hypertension Practice Guidelines.** Maio, 2020. Acesso em 26 de Set. 2020. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/diretrizes/HYPERTENSION-GUIDELINES-2020_.pdf
- 7- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota Técnica – Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas na APS Diante da Situação de Pandemia de Covid-19 (Coronavírus).** Brasília, 2020. Acesso em 26 de Set. 2020. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/04091032-nt-atencao-as-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps.pdf>

- 8- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Nota de Esclarecimento da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o coronavírus (COVID-19)**. Março, 2020. Acesso em 27 de Out. 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/covid-19/notas-de-esclarecimentos-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-sobre-o-coronavirus-covid-19/>

- 9- PRIMARY CARE DIABETES SOCIETY. **COVID-19 and Diabetes**. 2020. Acesso em 27 de Out. 2020. Disponível em: <https://www.diabetesonthenet.com/download/resource/8421>

- 10- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Coronavírus e o Coração**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 114, n. 5, p. 62-65, Maio, 2020. Acesso em 27 de Out. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11405/pdf/edicao/66/>

- 11- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA-PR). **Linha Guia de Hipertensão Arterial**. Curitiba, 2018. Acesso em 26 de Set. 2020. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@38dab7e2-7a49-410e-aea4-de87d76ece09&emPg=true>

- 12- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (SESA-PR). **Linha Guia de Diabetes Mellitus**. Curitiba, 2018. Acesso em 26 de Set. 2020. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@4ee68bf2-3e1e-45ec-ac63-1aa54abce73c&emPg=true>

- 13- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) – Representação Brasil. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, 2012. Acesso em 29 de Out. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

- 14- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, 2014. Acesso em 29 de Out. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf

- 15- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a Doença**. Acesso em 30 de Out. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>

- 16- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reorganização e expansão progressiva dos serviços de saúde.** Acesso em 31 de Out. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52068/OPASBRACOV1920030_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 17- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance.** 1 June 2020. World Health Organization. Acesso em 30 de Out. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>
- 18- ESTRELA FM, CRUZ MA, GOMES NP, OLIVEIRA MAS, SANTOS RS, MAGALHÃES JRF, et al. **Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia.** Rev baiana enferm. 2020. Acesso em 31 de Out. 2020. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/36559/21205>
- 19- ENGEL, G. I. **Pesquisa-ação.** Educar, Curitiba, n. 16, p. 181-191. 2000. Editora da UFPR. Acesso em 20 de Out. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2045/1697>
- 20- PREFEITURA DE IBIPORÃ. **Unidades Básicas de Saúde.** 2020. Acesso em: 30 de Set. 2020. Disponível em: <https://www.ibipora.pr.gov.br/pagina/1106/saude>
- 21- ANDRADE M W M. **Descrição do Plano de Intervenção.** Ibiporã, 2020.
- 22- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA apud PREFEITURA DE IBIPORÃ. **DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS.** Acesso em: 30 de Set. 2020. Disponível em: <https://www.ibipora.pr.gov.br/pagina/1230/dados-socio-economicos>
- 23- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/OMS). **Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context.** Acesso em: 16 de Nov. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332240/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 24- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **COVID 19: Recomendações técnicas para configuração de uma área de triagem de pacientes com sintomas respiratórios.** Acesso em: 16 de Nov. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52061/OPASBRACOV1920049_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y