

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

YORAM BALDERRAMA DA FROTA

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS CADASTRADOS NA EQUIPE DE SAÚDE URBANA III DA UBS
GERSON KETTLE**

URUCURITUBA-AM
2017

YORAM BALDERRAMA DA FROTA

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS CADASTRADOS NA EQUIPE DE SAÚDE URBANA III DA UBS
GERSON KETTLE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Rodolfo Souza da Silva, médico sanitário e médico de família e comunidade.

**URUCURITUBA-AM
2017**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO_____	03
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO_____	05
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS_____	07
4. VISITA DOMICILIAR_____	10
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA_____	14
REFERÊNCIAS_____	16
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO_____	18

1. INTRODUÇÃO

Me chamo Yoram Balderrama da Frota, médico formado pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no ano de 2014. No ano seguinte, começamos a exercer a profissão no setor de Urgência e Emergência do Hospital Prontocord em Manaus, Amazonas. Em 2016 foi possível aprimorar nosso conhecimento em Atenção Primária trabalhando na Unidade Básica de Saúde (UBS) “*Gerson Kettle*”, no município de Urucurituba e, recentemente, atuando também como militar temporário no Hospital Militar de Área de Manaus.

Urucurituba é uma cidade do interior do estado do Amazonas, pertencente a Mesorregião do centro amazonense e Microrregião do município de Itacoatiara. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) encontra-se baixo, apresentando problemas de saneamento básico e desigualdades econômicas, além de uma população com características variadas, boa parte oriunda da zona rural, de comunidades ribeirinhas e indígenas. A cobertura dos serviços de saúde ainda é pequena, atualmente, o município disponibiliza de 01 (uma) Unidade Hospitalar e 02 (duas) UBSs para atender a população estimada em 21.650 (vinte e um mil, seiscentos e cinquenta) habitantes (DATASUS, 2016; IBGE, 2016).

Uma dessas unidades, a “*UBS Gerson Kettle*”, foi recentemente inaugurada no Bairro de Aparecida, dentro dos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, porém ainda não conta com uma Farmácia Popular. Seu quadro técnico é formado por 01 (um) médico – autor deste estudo –, 01 (um) odontólogo, 01 (uma) enfermeira, 01 (um) técnico em enfermagem, 07 (sete) agentes comunitários de saúde (ACSs), 01 (um) nutricionista e 01 (um) fisioterapeuta que compõem a Equipe de Saúde Urbana III, abrangendo 2.084 (dois mil e oitenta e quatro) usuários, no total de 537 (quinhentas e trinta e sete) famílias cadastradas.

É válido ressaltar que a área de abrangência da UBS está localizada no terceiro maior bairro da cidade, com população estimada em 2.326 (dois mil trezentos e vinte e seis) moradores, sendo composta em sua maioria (50,26%) por homens na faixa etária de 15 a 64 anos (IBGE, 2016). A localidade possui 02 (duas) escolas, sendo uma municipal e outra estadual, 01 (um) Centro de Convivência do Idoso, 01 (um) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), 01 (uma) Quadra pública de esportes, 02 (duas) igrejas, e uma pequena área comercial.

No que se refere às doenças que apresentam maior prevalência nos atendimentos da “*UBS Gerson Kettle*”, podemos destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), além de infecções de vias aéreas superiores e problemas/queixas relacionados à saúde da mulher.

Durante nossa atuação na Unidade, enfrentamos dificuldades da equipe de saúde no monitoramento dos 129 (cento e vinte nove) hipertensos e 47 (quarenta e sete) diabéticos cadastrados no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes, no que se refere ao controle da medicação, controle do peso corporal, alimentação, prática de atividade física regular, frequência das consultas médicas e, conseqüentemente, o acompanhamento destes para prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade, entre outras.

Assim sendo, foi dentro deste contexto que consideramos oportuno desenvolver o projeto de intervenção organizacional (ANEXO 1), do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFSCPA, com o objetivo de contemplar atividades de capacitação para os 07 ACSs da Equipe de Saúde, como forma de prepará-los de maneira adequada e eficiente para orientar e acompanhar os pacientes do Programa, tanto à médio, como a longo prazo.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, os agentes comunitários de saúde são responsáveis em acompanhar de modo constante e preventivo as pessoas que usam a rede pública de atendimento. Na maioria dos casos, são residentes nas próprias localidades, tendo conhecimento da cultura e dinâmicas sociais locais (BRASIL, 2011). Portanto, a proximidade com os comunitários em seu contexto socioambiental faz do ACS um facilitador do processo de comunicação dos conteúdos e orientações que se pretendem disseminar para essa população.

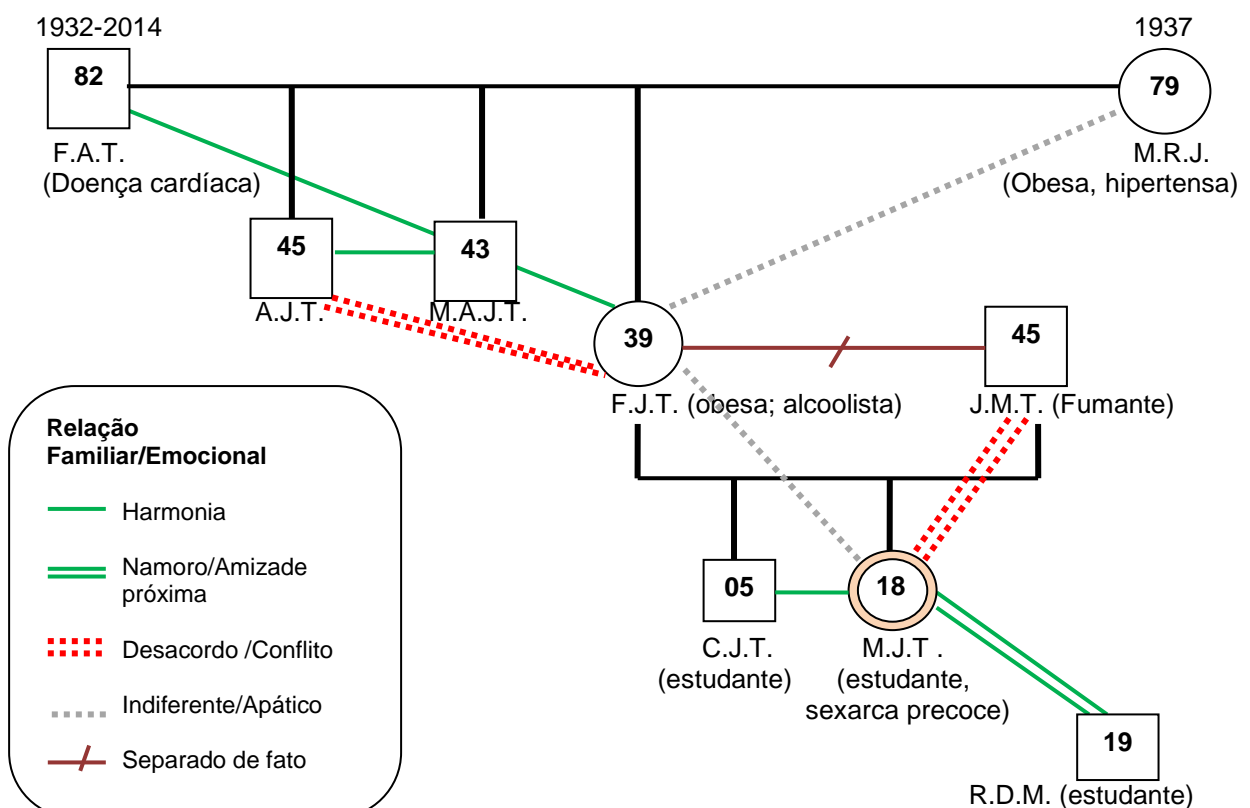
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No dia 27 de Abril de 2016, a paciente M.J.T, 18 anos, estudante, natural da cidade de Itacoatiara-AM, residente em Urucurituba há mais de sete anos, procurou atendimento na “*UBS Gerson Kettle*” com queixa de problema ginecológico.

Na ocasião, M.J.T referiu corrimento vaginal bolhoso e amarelado há 5 dias, notado durante atividade sexual com namorado de longa data (R.D.M, de 19 anos). Paciente relatou que nunca havia percebido nenhum sinal ou sintoma ginecológico desde que se tornou sexualmente ativa aos 14 anos, negando quaisquer outros sinais, sintomas, alergias, comorbidades e uso de medicações.

O exame físico da paciente não apresentou alterações dignas de nota. Assim, orientamos a paciente sobre necessidade de realizar exame ginecológico, e após permissão concedida, pedimos para Técnica de Enfermagem adentrar ao consultório e acompanhar o resto do exame. Após passar o espéculo no introito vaginal, notamos corrimento amarelo esverdeado, de odor fétido, bolhoso, em fundo de saco de vaginal e colo uterino com sinais inflamatórios difusos (aspecto de “colo em framboesa”).

Genograma da paciente:



A história clínica associada com achados no exame ginecológico da paciente apontaram a *Tricomoníase* como principal diagnóstico de uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Decidimos, então, como conduta terapêutica

- Orientar a paciente sobre a hipótese diagnóstica, ressaltando os cuidados necessários para se evitar ISTs como uso de preservativos e evitar múltiplos parceiros;
- Receitar *Metronidazol* 2g VO dose única para a paciente M.J.T e seu parceiro R.D.M, alertando para evitar manter relações sexuais e consumo de álcool por uma semana (devido efeito antabuse causado pela ingestão de álcool com derivados imidazólicos);
- Solicitar exames de rastreio para outras IST (teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B e C) ao casal;
- Orientar retorno após tratamento com os resultados dos exames, acompanhada do namorado R.D.M, afim de orientar o parceiro da paciente e reavaliá-los.

Após a leitura de consulta ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a) sobre o manejo das ISTs, aprendemos outras ferramentas para consolidar nossa hipótese diagnóstica neste caso.

Além do quadro clínico altamente sugestivo e típico de *Tricomoníase*, poderíamos ter realizado o *Teste de Schiller* (passar iodo no colo uterino), que em casos positivos, deixam o colo com aspecto “tigróide” ou em “pele de onça”. O pH vaginal > 5 e teste das *Aminas positivo* são outros critérios diagnósticos, porém há dificuldade em realizá-los no posto de saúde pela inexperiência do profissional e a falta de material. Acreditamos que algo possível de realizar na UBS seria a coleta da secreção endovaginal para microscopia, que apresentaria protozoários flagelados móveis (*T. vaginalis*).

A paciente retornou ao final do tratamento com melhora do quadro acompanhada de seu namorado, que também tomou a medicação. Os resultados da sorologia e teste rápido para todas as outras ISTs foram negativos para o casal. Na ocasião, orientamos os mesmos sobre a importância do uso preservativo e as doenças que ele evita.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Durante as atividades de capacitação dos ACSs para atuar na orientação e acompanhamento dos pacientes que são atendidos pelo Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes da “UBS Gerson Kettle”, consideramos de extrema importância dar ênfase às orientações sobre prevenção, educação e promoção da saúde durante prática do pré-natal realizada pela Equipe de Saúde Urbana III.

Conforme consta nos Protocolos de Atenção Básica à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS):

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante (BRASIL, 2016, p.64).

No que se refere ao **diabetes mellitus gestacional**, esta é tida como a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de diabetes propriamente dita e de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez. Segundo o MS (2005, p.103), entre as estratégias de promoção da saúde para gestantes diabéticas, “o profissional deve insistir nas vantagens da alimentação saudável e estimulação regular do controle da glicemia por meio de exercícios físicos”.

Em seu estudo de revisão, Weinert, Oppermann e colaboradores (2011, p. 436), também apontam que a terapia nutricional é a primeira opção de tratamento para a maioria das gestantes com diabetes gestacional, uma vez que “evita o ganho excessivo de peso pelas gestantes, além de gerar menor taxa de macrossomia fetal e de complicações perinatais”. Rowan, Hague & Battin (2008) apenas recomendam o tratamento medicamentoso quando os alvos glicêmicos não são atingidos ou na presença de crescimento fetal excessivo à ultrassonografia.

O tratamento tradicional do diabetes gestacional é a insulino-terapia, embora mais recentemente a *metformina* venha sendo considerada uma opção segura e eficaz. A monitorização do tratamento é realizada com aferição da glicemia capilar e com avaliação da circunferência abdominal fetal por meio de ultrassonografia

obstétrica a partir da 28a semana de gestação (WEINERT, OPPERMANN, *et. al.* 2011).

Quanto a **hipertensão arterial**(HA), o MS aponta que duas formas de hipertensão podem complicar a gestação: hipertensão preexistente (crônica) e hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada. A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (BRASIL, 2016).

Em seus achados, Freire e Tedoldi (2009, p. e165), revelam que:

Mulheres com pré-eclâmpsia (PE) têm 4 vezes mais chances de desenvolver HA crônica e quase duas vezes maior risco de doença arterial coronariana, AVC e tromboembolismo venoso num intervalo de tempo de até 14 anos após a gestação considerada. As pacientes que fazem PE precoce são as de maior risco. Tal relação reflete a possibilidade de uma causa comum ou um efeito a longo prazo do desenvolvimento da doença. Portanto, mulheres que desenvolvem PE devem ter seu perfil de risco cardiovascular avaliado depois de 6 meses do parto e iniciar com medidas preventivas eficazes com a maior precocidade possível.

Diante do exposto, nota-se que o cuidado a Hipertensão e ao Diabetes durante a gestação é tarefa importante da equipe de atenção no pré-natal. A gestante hipertensa ou diabética, especialmente pela gravidade do impacto na mortalidade e morbidade materna e fetal, deve ser direcionada para adesão ao tratamento e consequente controle da doença. Para o MS (BRASIL, 2005, p.97), “a educação em saúde é o primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver da gestante”.

Analisando o contexto da saúde do município de Urucurituba, entendemos que o conhecimento dessas doenças e de seus tratamentos, apesar de ser o primeiro passo, não implica necessariamente adesão, pois requer mudanças de comportamentos que muitas vezes só são conseguidas a médio ou longo prazo. Assim sendo, através de nosso trabalho, procuramos não só estimular as gestantes a praticar o autocuidado, favorecendo a troca de informações e o esclarecimento de dúvidas, mas fundamentalmente, orientar a equipe de ACSs a acompanhá-las nesse processo de mudanças de hábitos.

Associado as orientações sobre educação, promoção da saúde e prevenção da Hipertensão e Diabetes durante a prática do pré-natal, também foram inclusas informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Como observado no estudo de caso descrito na atividade 2, na região ainda é freqüente a sexarca precoce, principalmente entre as mulheres, o que torna esse público suscetível a contrair IST's quando não orientadas de forma correta à evitá-las.

Conforme os dados do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do MS (BRASIL, 2015a, p. 19):

A prevalência da infecção pelo vírus HPV no Brasil é bastante elevada e afeta fundamentalmente os adolescentes e jovens, sugerindo que a infecção produz-se em geral em idade mais precoce, no início das relações sexuais. As maiores taxas de infecção gonocócica e por clamídia também foram observadas nas pessoas mais jovens. Estudos de prevalência nacional apontam que um quarto da população brasileira iniciou a atividade sexual antes dos 15 anos, e outros 35%, entre 15-19 anos [...] em estudo realizado com jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos, conscritos do Exército Brasileiro, 12,9% relataram já ter tido algum problema relacionado às IST (corrimento uretral, bolhas, feridas ou verrugas no pênis), sendo as taxas mais altas nas regiões Norte e Nordeste.

O MS aponta ainda que nos últimos anos, houve aumento na detecção de sífilis em gestantes, com a melhoria da vigilância epidemiológica e com a ampliação da cobertura de testagem (tecnologia de teste rápido - TR) no pré-natal. Em 2013, foram registrados no Sinan 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 casos por 1.000 nascidos vivos. No entanto, houve aumento da incidência de casos de sífilis congênita, com 13.705 casos notificados em menores de um ano de idade, com taxa de incidência de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015a).

No estudo realizado por Araújo e colaboradores (2010), com 46 puérperas com antecedentes de sífilis e/ou com VDRL positivo atendidas na enfermaria de puerpério da Maternidade da Fundação Santa Casa do Pará concluiu-se que entre os principais fatores que estariam relacionados ao aumento dos casos de sífilis congênita seriam: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde; a precocidade e promiscuidade sexual; aumento de número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; desconhecimento por parte da população sobre a gravidade da doença e a falta ou inadequação da assistência pré-natal.

4. VISITA DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na “promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década” (SANTOS & KIRSCHBAUM, 2008, p. 220).

Para o MS (BRASIL, 2012, p.04), a atenção à saúde no domicílio é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social, por isso é estimulada pelo SUS no processo de trabalho das equipes de saúde. Na AD, “a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a auto-estima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde”. Para o Ministério, essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado.

Na Atenção Básica (AB), várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença destes tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a UBS, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2012).

Dentro desse contexto, em nosso trabalho desenvolvido na “*UBS Gerson Kettle*”, no município de Urucurituba-AM, sempre nos propomos a realizar um atendimento integral, eficiente e humanizado aos 2.084 usuários cadastrados na área de abrangência das 537 famílias assistidas pela Equipe de Saúde Urbana III.

a. OBJETIVOS

De acordo com Malagutti (2012, p. 336), “a visita domiciliar só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente **planejada e realizada de forma sistematizada**, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação”. Segundo o autor, nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada AD, pois para se

caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe multiprofissional.

Assim sendo, no que se refere aos objetivos de nossas visitas domiciliares, definimos como prioridade alguns objetivos já preconizados pelo MS (BRASIL, 2011), tendo em vista serem mais adequados à realidade do município de Urucurituba:

- **Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados**– (objetivo escolhido em razão das dificuldades de locomoção de pacientes com sequelas de AVC);
- **Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares** – (objetivo escolhido em virtude do número de pacientes idosos);
- **Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não** – (objetivo selecionado em relação as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe de saúde no monitoramento dos 176 usuários cadastrados no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes e da busca por casos ainda registrados);
- **Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária** – (objetivo selecionado em razão da ausência de cuidadores ou da adesão dos cuidadores ao correto tratamento dos pacientes; edas dificuldades de exames complementares necessários a avaliação e conduta médica, devido à precariedade socioeconômica da localidade).

b. ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

Nesta fase, procuramos junto a equipe de saúde identificar os pacientes elegíveis para as AD em nossa área de abrangência, discutindo e planejando as

atividades de acordo com os recursos disponíveis e nos objetivos pré-definidos. De pronto, optamos por visitas semanais, todas as quintas-feiras, pela parte da manhã, destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a “*UBS Gerson Kettle*”. Sendo que a última quinta-feira do mês, ficou destinada a execução de nosso Projeto-intervenção organizacional para cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde dos usuários do Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Segundo a literatura especializada:

Durante a fase de organização e o planejamento a equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita, levando em conta as observações e registros anteriores. Devem ser considerados também o relacionamento já estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário da UBS ou por seus familiares, além de das observações individuais de cada profissional com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática (BORBA, OLIVEIRA E SAMPAIO, 2007, p.134).

Diante dessas observações dos autores, é válido ressaltar a importância do trabalho dos ACSs que conhecem a dinâmica da comunidade local, as condições de vida e saúde das famílias, bem como as informações necessárias a operacionalização das visitas, como definição do itinerário por meio do mapeamento da área de abrangência, do transporte a ser utilizado e da rota de visitas pelos domicílios que demandam mais tempo ou são de difícil acesso.

c. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Para execução do atendimento domiciliar desenvolvido pela equipe de saúde da “*UBS Gerson Kettle*”, contamos com a colaboração de 01 (um) odontólogo, 01 (uma) enfermeira, 01 (um) técnico em enfermagem, 07 (sete) ACSs, 01 (um) nutricionista e 01 (um) fisioterapeuta.

Entre as inúmeras dificuldades enfrentadas, elencamos três principais entraves que comprometem a eficiência do processo de atendimento domiciliar. A primeira dificuldade, diz respeito às constantes faltas do nutricionista e fisioterapeuta durante as visitas ou o seu não retorno para posterior acompanhamento dos pacientes. De acordo com o MS (BRASIL, 2012, 06):

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos técnicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva.

A segunda dificuldade observada na execução das visitas domiciliares no município de Urucurituba é a ausência de cuidadores dos pacientes ou os cuidadores que não seguem as orientações repassadas pela equipe de saúde. Como se sabe, o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente ao paciente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família.

Segundo recomendação do Ministério da Saúde:

É importante que a Equipe de Atenção Básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família do mesmo. Na ausência da família, a equipe deverá localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo de cuidar. [...] A pessoa identificada para ser o cuidador deverá realizar tarefas básicas no domicílio, assistir às pessoas sob sua responsabilidade prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis auxiliando na recuperação da pessoa assistida. O cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que deve estar atenta para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição (BRASIL, 2012, 08).

A terceira dificuldade enfrentada está na precariedade do próprio município de Urucurituba que ainda não oferece a possibilidade de realizar exames complementares que são necessários para avaliação e conduta médica, bem como ausência de médicos especialistas. Sendo que só conseguiam marcar consultas e exames fora da cidade, aqueles pacientes cujos familiares tinham condições de pagar pelo transporte de barco e pelos custos das consultas e exames particulares.

Por este aspecto, é válido ressaltar que pelas gigantescas dimensões do Estado do Amazonas, a cobertura dos serviços de saúde encontra-se em patamares muito distintos em seus 62 municípios, especialmente nos municípios menores da Amazônia profunda, de acesso complexo, localizados à grandes distâncias de cidades de maior porte e oferta de serviços essenciais como água encanada, rede de esgoto e energia elétrica (KISIL & FABIANI, 2015).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Nas últimas décadas a Saúde Coletiva vem se configurando como um campo de produção de conhecimento e tecnologias em saúde pautada nas práticas sociais, no mundo. Diversos autores como Foucault (1979), Merhy & Onocko (1997), Stotz (1997); Berg (2004); Kemp & Edler (2004); Moretti-Pires (2009); Santos & Kirschbaum (2008); Malagutti (2012), entre outros, formam um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos que definem em síntese a Saúde Coletiva como uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos, entendendo a situação de saúde como uma processo social, coletivo, complexo e dinâmico, relacionado a estrutura da sociedade.

Nosso trabalho à frente da Equipe de Saúde Urbana III da “*UBS Gerson Kettle*” nos pôs a par dessas ‘necessidades sociais de saúde’ na prática. Particularmente, compreendemos que trabalhar no interior do estado do Amazonas, por si, já é uma experiência que exige, para qualquer profissional da área da saúde, empenho técnico e desprendimento pessoal, haja vista as dificuldades naturais de se trabalhar com populações que moram em localidades distantes dos grandes centros urbanos.

Sobre as características da saúde na região, Oliveira, Gonçalves & Pires (2011), fazem uma importante descrição:

O estado do Amazonas, o maior da Federação, com 1.577.820,2km² e 1,79 habitantes/km², conta com características geográficas desfavoráveis ao acesso fácil aos serviços de saúde. Apresenta problemas de saneamento básico e desigualdades econômicas, além de uma população com características variadas em áreas urbanas e rurais, sendo ribeirinhos ou indígenas. A população está em contato com doenças predominantes de clima tropical úmido, o que, somando-se às condições descritas, deixam-na vulnerável aos mais diversos problemas de saúde. [...] Em 2007, os serviços de atenção primária responderam pela cobertura de 62% da população do Estado, sendo que a ESF apresenta uma cobertura total de 41%, configurando-se como o principal modelo de atenção primária à saúde no estado.

Como se observa na descrição dos autores, para trabalhar a Saúde Coletiva na Amazônia é necessário, sobretudo, entender as peculiaridades dessa região. Ao estudar os Eixos de Saúde Coletiva e Casos Complexos, tivemos a oportunidade de não só adquirir novos conceitos, mas de inseri-los na nossa prática profissional.

Entendemos que a Saúde Coletiva não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção de que muito além deles, existem saberes e práticas sociais que precisam ser estimulados, compartilhados e multiplicados.

Como bem explicam Carvalho e Ceccim (2012, p. 03):

A Saúde Coletiva traz contribuições para a ressingularização da epidemiologia, do planejamento, da política e da gestão em saúde, mas também para a ressingularização da clínica (equipes multiprofissionais e saberes interdisciplinares, projetos terapêuticos singulares, articulações em redes sociais e de serviços de saúde, práticas cuidadoras em saúde e ações intersetoriais). A saúde coletiva é, sobretudo, um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada e interdisciplinar, onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde, uma vez que todas as suas práticas de saúde são orientadas para melhorar as condições de existência das pessoas e suas comunidades.

Em linhas gerais, podemos afirmar, sem dúvidas, que essa consciência de que a prática da saúde coletiva deve ser direcionada a melhoria das condições de existência das pessoas e suas comunidades é o que impulsionou nosso trabalho no município de Urucurituba. Acreditamos que durante a trajetória no Curso de Especialização conseguimos absorver os conteúdos a contento, sendo que o uso da ferramenta do portfólio foi de fundamental importância para realizar as atividades do curso, principalmente devido nossas limitações pessoais e profissionais de tempo.

REFERÊNCIAS

BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences**. Long Beach – Califórnia, Ed. Pearson, 2004.

BORBA, P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y. P. C. C. **O PSF na prática: organizando o serviço**. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Editora MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Domiciliar: Cuidados em terapia nutricional**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Domiciliar – Diretrizes para a atenção domiciliar na atenção básica**. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB>>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

CARVALHO, Y. M. DE.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2012.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: _____ Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia: Hipertensão arterial na gestação. **Arq Bras Cardiol**, (6 supl.1): e110-e178, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA – IBGE. **População do município de Urucurituba** – Amazonas. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **Hist Cienc Saude**. Manguinhos, 2004.

KISIL, M.; FABIANI, P. J. **Primeira infância amazonense - PIA**: panorama, análise e prática. São Paulo: IDIS, 2015.

MALAGUTTI, W (org.). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Rev. Bras. de Ed. Médica**, 2009.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F.; MORETTI-PIRES, R. O. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):35-45, jan, 2011.

ROWAN, J. A.; HAGUE, W. M, BATTIN M, R. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. **N Engl J Med**. 2008.

SANTOS E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008; 10(1):220-7.

STOTZ, E. N. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: CANESQUI, A.M. **Ciêncsoc e saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997; p. 273-284.

WEINERT, L. S; OPPERMANN, M. L.; SILVEIRO, S. P.; SALAZAR, C. C.; SIMIONATO, B.; SIEBENEICHLER, M. A.; REICHELT, A. J. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2011; 55/7.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Yoram Balderrama da Frota

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA ORIENTAÇÃO
E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS
CADASTRADOS NA EQUIPE DE SAÚDE URBANA III DA UBS GERSON KETTLE

RESUMO

O presente trabalho compõe-se em um projeto-intervenção organizacional, que incluirá o médico e todos os 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da Equipe de Saúde Urbana III da Unidade Básica de Saúde “Gerson Kettle” pertencente ao município de Urucurituba-AM. Com o intuito de capacitar a equipe de ACSs, o projeto beneficiará os 176 usuários que estão cadastrados no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes, sendo estes o público-alvo da intervenção. Segundo o Ministério da Saúde um dos desafios para as equipes da Atenção Básica, em todo o país, é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim sendo, consideramos oportuno desenvolver atividades de capacitação para os ACSs como forma de prepará-los de maneira adequada e eficiente para orientar e acompanhar os pacientes. Na primeira etapa do projeto será elaborado um mapa para georreferenciar os pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos nos últimos três meses. Na segunda etapa será realizado um ciclo de palestras com os ACSs abordando os princípios/diretrizes do Programa e a importância do correto tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) para prevenção de doenças cardiovasculares. Nessa ocasião serão distribuídos o material didático (cartilha) com o resumo das orientações recebidas durante o ciclo de palestras e uma Ficha de Acompanhamento para controle e avaliação do tratamento dos pacientes. Na terceira e última etapa os ACSs utilizarão o mapa e a ficha para subsidiá-los nas visitas domiciliares para o monitoramento dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes; Hipertensão; Georreferenciamento; ACSs;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 PROBLEMA	04
3 JUSTIFICATIVA	04
4 OBJETIVOS	05
4.1 Objetivo Geral	05
4.2 Objetivos Específicos	05
5 REVISÃO DE LITERATURA	06
5.1 Cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus.....	06
5.2 Cuidado a pessoa com Hipertensão Arterial.....	07
6 MATERIAIS E MÉTODOS	08
6.1 Pactuação das ações	08
6.2 Organização e gestão do serviço	08
6.3 Execução das ações	10
6.4 Monitoramento e avaliação	10
7 CRONOGRAMA	11
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	12
9 RESULTADOS ESPERADOS	12
10 REFERÊNCIAS	13
11 ANEXOS	15

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos todo o progresso observado no acesso a serviços básicos de saúde no Brasil se deve, em grande parte, à expansão do Programa Saúde da Família (PSF). Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, como o objetivo de: “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (KISIL, FABIANI, 2015, p.76).

O PSF tem como prioridade atender populações de baixa renda, realizando um trabalho de prevenção e identificação rápida de doenças, sendo sua assistência prestada tanto em domicílio quanto em unidades básicas de saúde (UBS) (BRASIL, 2011). Levando em consideração a importância de se prestar um atendimento de qualidade aos usuários do PSF, o presente Projeto de Intervenção será realizado na UBS Gerson Kettle do município de Urucurituba, no interior estado do Amazonas, tendo como proposta capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuação no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Urucurituba disponibiliza, atualmente, de uma Unidade Hospitalar e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atender a população estimada em 21.650 (vinte e um mil, seiscentos e cinquenta) habitantes (DATASUS, 2016; IBGE, 2016). A UBS Gerson Kettle está localizada na zona urbana do município, com o médico autor deste projeto compondo a equipe de saúde Urbana III, que abrange 2.084 usuários (537 famílias), dentre os quais, 129 são hipertensos e 47 são diabéticos.

É válido ressaltar que no Estado do Amazonas, a cobertura dos serviços de saúde encontra-se em patamares muito distintos em seus 62 municípios, especialmente nos municípios menores da Amazônia profunda, localizados à grandes distâncias de cidades de maior porte e oferta de serviços. Kisil e Fabiani (2015, p.155), destacam que “em meio às gigantescas dimensões da Amazônia há populações que sobrevivem em lugares em que o acesso a serviços essenciais de saúde é naturalmente complexo”.

Assim sendo, compreendendo o desafio que representa o atendimento dos direitos e necessidades da população na região Amazônica, seja por razões geográficas, culturais ou sociais, realizaremos atividades com a equipe de agentes comunitários com a finalidade de prepará-los para o trabalho de orientação e

acompanhamento do tratamento dos usuários diabéticos e hipertensos de maneira global e eficaz.

2 PROBLEMA

Dificuldade no acompanhamento do tratamento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Gerson Kettle.

3 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Urbana III da UBS Gerson Kettle atende a um total de 2.084 usuários, sendo que destes, 176 estão cadastrados no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes. Atualmente, os profissionais da equipe de saúde enfrentam dificuldades no monitoramento destes pacientes, no que se refere ao controle da medicação, controle do peso corporal, alimentação, prática de atividade física regular, frequência das consultas médicas e, conseqüentemente, o acompanhamento destes para prevenção de doenças cardiovasculares.

De acordo com Castro *et al.* (2004, p.370), “a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem-se como fatores de risco para doenças cardiovasculares (morte súbita, infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, acidente vascular encefálico e insuficiência renal)”. Segundo os pesquisadores, essas doenças contribuem consideravelmente como grupo causal de mortalidade em todas as regiões brasileiras, atingindo a população adulta – na faixa etária de 30 a 69 anos – que está em plena fase produtiva.

Assim sendo, consideramos oportuno desenvolver atividades de capacitação para os 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) como forma de prepará-los de maneira adequada e eficiente para orientar e acompanhar os pacientes que são atendidos pela equipe de saúde Urbana III na UBS Gerson Kettle. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) os ACSs são considerados como a ‘ponta de lança’ das equipes de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), pois são responsáveis em acompanhar de modo constante e preventivo as pessoas que usam a rede pública de atendimento.

No interior do estado do Amazonas, o PSF possui grande capilaridade, uma vez que os ACSs são, na maioria dos casos, residentes nas próprias comunidades, tendo

conhecimento da cultura e dinâmicas sociais locais. Portanto, a proximidade com os comunitários em seu contexto socioambiental faz do ACS um facilitador do processo de comunicação dos conteúdos e orientações que se pretendem disseminar para essa população (PORTAL BRASIL, 2012; SUSAM, 2016).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuação no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Gerson Kettle.

4.2 Objetivos Específicos

- Georreferenciar os pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos na UBS Gerson Kettle nos últimos três meses;
- Realizar um ciclo de palestras com os ACSs abordando os princípios/diretrizes do Programa e a importância do correto tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) para prevenção de doenças cardiovasculares;
- Elaborar e distribuir material didático (cartilha) aos ACSs com o resumo das orientações recebidas durante o ciclo de palestras;
- Fornecer aos ACSs uma Ficha de Acompanhamento para controle e avaliação do tratamento dos pacientes;
- Avaliar os resultados das visitas domiciliares dos pacientes identificados pela equipe de referência.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Cuidado a Pessoa com Diabetes Mellitus

De acordo com o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999 *apud* BRASIL, 2006a, p.09):

O diabetes mellitus 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, podendo ser classificada em Tipo I e Tipo II. 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.

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É considerada uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Segundo as estimativas da 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 (BRASIL, 2006a). No Brasil, a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. É estimado que o país passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), o cuidado integral ao paciente com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. Neste contexto, o Ministério indica que “a equipe deve manter papel de coordenador do cuidado dentro do sistema, assegurando o vínculo paciente-equipe de saúde e implementando atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente e efetividade das ações propostas às intervenções propostas” (BRASIL, 2006a, p.10).

5.2 Cuidado a Pessoa com Hipertensão Arterial

Na avaliação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e da Sociedade Europeia de Estudos da Hipertensão (2005), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40anos e mais. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade devida à doença é muito alta e por isso a HAS é tida como um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

No que se refere ao cuidado e controle da doença, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010), acredita que por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado e com baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.73), recomenda:

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados deverá realizar consulta médica para reavaliação mensalmente até atingirem a meta pressórica. Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão consultar com a enfermeira e/ou o médico para avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para auxílio à equipe no manejo desses casos.

Neste sentido, compreende-se a importância da equipe de saúde da Atenção Básica reconhecer e utilizar todos os recursos disponíveis para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde com vistas a incentivar um estilo de vida mais ativo e saudável para a população atendida.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho compõe-se em um projeto-intervenção organizacional, que incluirá o médico e todos os 07 ACSs da Equipe de Saúde Urbana III da UBS Gerson Kettle. Com o intuito de capacitar a equipe de ACSs, o projeto beneficiará os 176 usuários que estão cadastrados no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes, sendo estes o público-alvo da intervenção.

Para atingir os objetivos propostos serão realizadas as seguintes etapas:

6.1 Pactuação das ações

O projeto-intervenção organizacional será apresentado pelo médico da Equipe de Saúde Urbana III a todos os ACSs durante a reunião semanal da unidade que ocorrerá na terceira semana do mês de agosto. Na ocasião será explanada como ocorrerá às etapas de trabalho e os benefícios que se pretendem alcançar, bem como será aberto ao esclarecimento de dúvidas e sugestões dos participantes para organização das atividades.

6.2 Organização e gestão do serviço

No mês de setembro serão realizadas reuniões com os ACSs para elaboração de um mapa para georreferenciar os pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos no Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Gerson Kettle nos últimos três meses. Para esta primeira etapa será utilizado o *software GPS Visualizer* (Figura 1), que é disponibilizado gratuitamente na *internet*.

O mapa tem o objetivo de melhorar a atuação dos ACSs, subsidiando-os no trabalho das visitas domiciliares, como já preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.23) nas Estratégias de Cuidado da Pessoa com Doença Crônica:

- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de **informação**), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual.
- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais.

- Identificar a população estimada de pessoas com HAS e DM e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essas doenças.

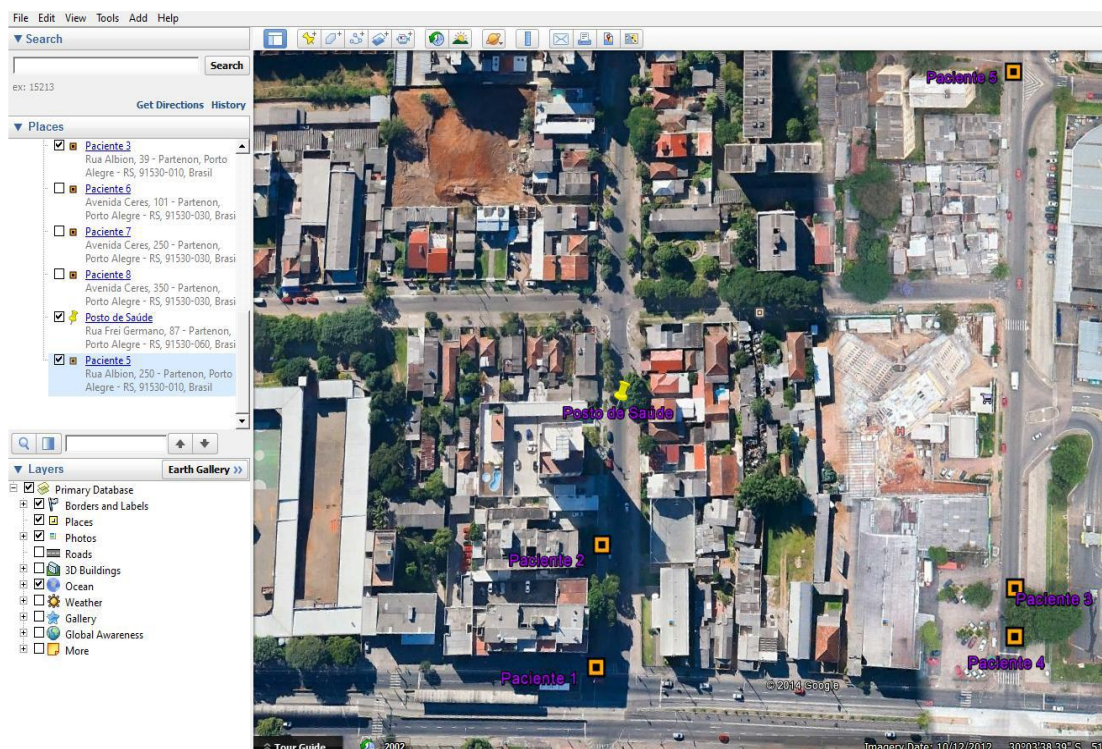


Figura 1: Modelo de Georefenciamento (Mapa por endereço/paciente)

Fonte: www.gpsvisualizer.com

Na primeira quinzena do mês de outubro acontecerá a segunda etapa da Intervenção com a apresentação do ciclo de palestras para os ACSs – com duração de dois dias – abordando os princípios/diretrizes do Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes e a importância do correto tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes *mellitus* (DM).

Na ocasião será distribuído o material didático (cartilhas) aos ACSs com o resumo das orientações recebidas durante as palestras e um modelo da Ficha de Acompanhamento para Controle e Avaliação do Tratamento dos pacientes que irá ser utilizada nas visitas. Ao término da atividade, será aberto o debate para retirar as principais dúvidas e receber as sugestões dos ACSs.

6.3 Execução das ações

A terceira e última etapa do projeto-intervenção organizacional ocorrerá nos meses de novembro e dezembro. Durante a etapa os ACSs utilizarão o mapa elaborado para subsidiá-los nas visitas domiciliares, bem como a Ficha Acompanhamento para Controle e Avaliação do Tratamento dos pacientes.

6.4 Monitoramento e avaliação

Todos os ACSs serão orientados a utilizar o mapa e preencher a ficha como instrumento de monitoramento da saúde dos pacientes da sua área de atuação. Na Ficha serão informados:

- ✓ Quais usuários foram visitados;
- ✓ Qual a situação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (adesões ou não adesão);
- ✓ Principais dúvidas sobre os tratamentos;

A capacitação dos agentes comunitários permite a compreensão dos mesmos sobre os conceitos de adesão e não adesão ao tratamento, definindo-se então como adesão ao tratamento o grau em que o comportamento de uma pessoa, isto é, as mudanças significativas de estilo de vida (MEV) diretamente associadas ao cumprimento de hábitos saudáveis e ao uso contínuo da terapia medicamentosa, corresponde às recomendações do profissional que lhe prestou atendimento. Em contrapartida, a não adesão está relacionada não somente ao ato de ingerir o medicamento prescrito, mas na forma como o paciente conduz o tratamento e utiliza todas as orientações no seu dia a dia (GUSMÃO, 2006). Deve-se sempre levar em consideração os fatores que influenciam o indivíduo em cooperar no tratamento, a sua relação com os membros da equipe multiprofissional de saúde e efeitos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e conviver com a doença (COELHO, 2006).

Como fatores de risco para não adesão, pode-se citar a complexidade dos esquemas terapêuticos, a falta de entendimento da doença, o esquecimento quanto aos horários ou quanto frequência, a polifarmácia, os efeitos adversos, idade, contexto socioeconômico, tabagismo, alcoolismo, falta de controle do peso. (BRASIL, 2013).

Portanto desenvolveu-se uma ficha de monitoramento e avaliação de forma que os ACSs pudessem julgar a situação do usuário, levando em consideração os critérios discorridos acima. Nesse contexto, a ficha possui identificação do agente e sua

respectiva área de atuação; identificações do usuário tais como: nome, idade, diagnósticos, data do ingresso no Programa, cartão SUS, data de nascimento, telefones/Contato, endereço, bairro, zona e comunidade. Abaixo criou-se um campo para marcar de forma objetiva as seguintes informações sobre: Tratamento não medicamentoso (diminuição do álcool, diminuição do cigarro, prática de atividade física regular, alimentação saudável, controle do peso e frequência nas consultas); tratamento medicamentoso (uso de anti-hipertensivo ou antidiabéticos) e, por fim, o julgamento da situação do usuário de adesão ou não adesão. Nos casos de não aplicação de MEV, o agente poderá discorrer sobre as dificuldades relatadas pelo cliente, bem como observações quanto ao uso do medicamento e os motivos para não adesão.

Os resultados obtidos através da coleta de dados dos ACSs terá o propósito de auxiliar a melhoria e a não desistência do tratamento. Para o Ministério da Saúde um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso: “apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas” (BRASIL, 2013, p.75).

O Ministério indica ainda que o objetivo do tratamento dessas doenças é a manutenção de níveis pressóricos e glicêmicos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbi-mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Portanto, acredita-se que equipe necessita estar atenta as vulnerabilidades, ao potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato.

7 CRONOGRAMA

PROCEDIMENTOS		2016				
		Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
01	Levantamento Bibliográfico	X				
02	Elaboração do Projeto	X				
03	Reunião com os ACSs p/ apresentação do Projeto	X				
04	Georreferenciamento das consultas dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos atendidos na UBS Gerson Kettle		X			
05	Ciclo de Palestras e distribuição de material de apoio			X		
06	Visitas domiciliares p/ Acompanhamento, Controle e Avaliação do Tratamento dos pacientes.				X	X
07	Organização e Análise dos resultados				X	X
08	Apresentação dos resultados do Projeto de Intervenção					X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

TIPO DE RECURSO	DESCRIÇÃO
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ (01) Médico ✓ (07) Agente Comunitário de Saúde
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material Permanente: (01) Computador (01) Impressora (01) Equipamento multimídia (Apresentação da Palestra) (01) <i>Software</i> para georreferenciamento
Recursos Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ (01) Sala de Reunião da UBS ✓ (01) Auditório disponibilizado pela SEMSA ✓
Recursos Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material de consumo: (180) Fotocópias (02) Resmas de papel A4; (01) Caixa de caneta esferográfica; (02) Pastas de arquivos

9 RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Estimular a equipe de ACSs ao trabalho multidisciplinar firmando um compromisso para melhorar a situação de saúde do paciente;
- ✓ Prestar um serviço especializado ao grupo de diabéticos e hipertensos assistidos na UBS Gerson Kettle, diminuindo o risco médio para eventos cardiovasculares com a finalidade de diminuir a morbi-mortalidade por eventos fatais e não fatais;
- ✓ Estimular a responsabilidade de cada paciente de forma participativa/coletiva com relação ao seu próprio tratamento a fim de desenvolver a melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida da população de Urucurituba.

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Editora MS, 2011.

Coelho EB, Nobre F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo**. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):51-4

Gusmão JL, Mion Júnior D. **Adesão ao tratamento: conceitos**. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):23-5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. **Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados**, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2008;42(5):724-32.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Renome 2010**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB>>. Acesso em 22 de outubro de 2016.

CASTRO, L. C. V., FRANCESCHINI, S. do C. C., PRIORE, S. E., PELÚZIO, M. do C. G. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr.**, Campinas, jul./set., 2004, 17 (3): 369-377.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION WORKING GROUP ON BLOOD PRESSURE MONITORING. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. **J Hypertens**, 2005; 23: 697-701.

KISIL, M.; FABIANI, P. J. **Primeira infância amazonense - PIA: panorama, análise e prática**. São Paulo: IDIS, 2015.

PORTAL BRASIL. **Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; BENEVIDES, K. M. M. (org.) **Simpósio: O Papel da Estratégia Saúde da Família no Estímulo ao Desenvolvimento da Primeira Infância – DPI**. Manaus: SUSAM, 2016.

11 ANEXOS

ANEXO 1: Ficha Acompanhamento para Controle e Avaliação do Tratamento dos pacientes utilizada durante a execução do projeto de intervenção.

Estado do Amazonas Prefeitura Municipal de Urucurituba Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA Unidade Básica de Saúde Gerson Kettle		
Ficha Acompanhamento para Controle e Avaliação do Tratamento de Paciente do Programa de Atenção as Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes		
Área: _____ Micro: _____ ACS: _____		
Nome: _____ Idade: _____ ()Diabético () Hipertenso Data do ingresso no Programa: ___/___/___ Cartão SUS: _____ Data de Nasc.: ___/___/___ Telefones/Contato: _____/_____ Endereço: _____ Bairro: _____ Zona: _____ Comunidade: _____		
Situação Geral do Tratamento		
Tratamento não medicamentoso <input type="checkbox"/> Diminuição do álcool <input type="checkbox"/> Diminuição do cigarro <input type="checkbox"/> Prática de atividade física regular <input type="checkbox"/> Alimentação saudável <input type="checkbox"/> Controle do peso <input type="checkbox"/> Frequência nas consultas	Tratamento Medicamentoso <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos <input type="checkbox"/> Antidiabéticos orais ou Insulina	Situação <input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Não adesão
Dificuldades relatadas para não adoção das medidas MEV:	Observações:	Motivos relatados para não adesão: