

Contribuições do “Programa Mais Médicos” no Cuidado à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes

Yeril Chana Benitez¹, Elitiele Ortiz dos Santos², Ernande Valentin do Prado³

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de experiência de um médico cubano vinculado ao Programa “Mais Médicos” sobre a realização de uma intervenção feita em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Boa Vista/RR. A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência. As ações foram realizadas de março a junho de 2015, e tiveram a participação de todos os profissionais da equipe. Desenvolveram-se ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão, qualificação da prática clínica e engajamento público. Houve uma melhor organização do serviço, integração e capacitação dos profissionais para atuação na atenção básica. Também foi possível uma melhoria no cuidado ao grupo-alvo com ampliação da cobertura, acesso e adesão às ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Saúde pública.

CONTRIBUTIONS FROM THE “MORE DOCTORS PROGRAM” IN THE CARE OF INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION AND /OR DIABETES

ABSTRACT

This article presents an experience report of a Cuban doctor linked to the “More Doctors” Program, on the implementation of an intervention made in a Family Health Strategy in the municipality of Boa Vista/RR. The intervention aimed to improve care for adults with Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus in the coverage area. The actions were carried out from March to June 2015, and had the participation of all the professionals of the team. Were developed monitoring and evaluation actions, organization and management, qualification of clinical practice and public engagement. There was better organization of the service, integration and capacitation of professionals to work in primary care. It was also possible to improve the care of the target group with increased coverage, access and adherence to the actions of health promotion.

Keywords: Family Health. Primary Health Care. Public Health.

Recebido em: 15/11/2016

Aceito em: 30/10/2017

¹ Médico vinculado ao Programa Mais Médicos para o Brasil/Ministério da Saúde. Especialista em Estratégia de Saúde da Família. yerilchana@yahoo.es

² Enfermeira. Especialista em Estratégia de Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). elitiele_ortiz@hotmail.com

³ Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Educação pela Universidade Federal da Paraíba. ernande.prado@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi desenvolvida no Brasil com a finalidade de reorientar o modelo de assistência à saúde a partir da atenção básica, considerada a principal porta de entrada dos usuários na rede de serviços do Sistema Único de Saúde. O trabalho na ESF é realizado por uma equipe multiprofissional responsável por um determinado número de famílias em áreas geograficamente delimitadas. Essas equipes atuam com o objetivo de garantir a integralidade da assistência por meio da articulação entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (MORAIS et al., 2012).

Após a criação da ESF, em 2004, ocorreram avanços importantes na Atenção Básica, como a melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança, a adesão aos programas de hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose e DST/Aids e a diminuição das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária à saúde, como as doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes (MORAIS et al., 2012; PAIM et al., 2011; MACINKO et al., 2011).

Apesar dos avanços, entretanto, muitas pessoas ainda não recebem atendimento na Atenção Básica. Além disso, muitas vezes o atendimento não é de qualidade e fica restrito à demanda espontânea, voltado somente para a resolutividade da queixa, sem planejamento para as necessidades sociais e de saúde das pessoas e famílias. Nos últimos sete anos a cobertura da ESF apresentou um aumento de apenas 1,5% da população a cada ano (BRASIL, 2015; GIRARDI et al., 2011; PINTO, 2014; OLIVEIRA et al., 2012)

Um dos fatores que interferiram nessa pouca expansão foi a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar profissionais da saúde, especialmente médicos, em regiões geográficas mais isoladas, com precárias condições sociais, econômicas e sanitárias. Associado a isso, é importante considerar a insuficiência de médicos que são formados a cada ano. De 2002 a 2012 o total de médicos formados no Brasil atendeu somente 65% da demanda do mercado de trabalho (BRASIL, 2015; GIRARDI et al., 2011; PINTO, 2014; OLIVEIRA et al., 2012; CARVALHO, SOUZA, 2013). Assim sendo, a falta de médicos e a sua má distribuição dificultaram a consolidação da proposta da atenção primária e do direito à saúde.

Em janeiro de 2013 ocorreu em Brasília um movimento denominado “Cadê o Médico?”, quando os prefeitos reivindicaram providências para enfrentar esse problema. Anteriormente, em 2011, uma

pesquisa do Ipea realizada com a população apontou que a medida mais importante a ser tomada no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços (INSTITUTO..., 2011). Assim, após discussões dos gestores e sociedade foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), regulamentado pela Lei 12.871 de 2013, como parte das medidas para enfrentar os desafios que vinham interferindo no desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no país (OLIVEIRA et al., 2015).

São três eixos que estruturam o PMM: o primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas Unidades Básicas de Saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de Graduação em Medicina e Residência Médica. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Antes do PMMB, houve iniciativas de atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas. O mais recente foi Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, ocorrido em 2011, entretanto a participação dos profissionais médicos nesses programas sempre esteve aquém das necessidades locais ou regionais (CARVALHO; SOUZA, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Em menos de um ano, o PMM alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. Foram 1.846 médicos brasileiros e 12.616 estrangeiros, dos quais 11.429 são cubanos. Esses profissionais participam de atividades de educação e supervisão para que atuassem conforme o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica e de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

O desafio é aumentar a proporção de médicos, que em 2012 era de 1,8 por mil habitantes, considerado menor do que a necessidade da população, e chegar ao patamar desejado de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026 (BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO..., 2011), mas sobretudo, poder visualizar resultados positivos na qualidade de vida da população, melhoria na cobertura, no acesso e na adesão às estratégias da Atenção Básica.

Após três anos de instituição do PMM, é necessário que a divulgação dos seus resultados e avaliações seja realizada a fim de contribuir com informações mais fidedignas a respeito do Programa e subsidiar mudanças necessárias para sua melhoria. Nesse sentido, o artigo tem por objetivo apresentar um relato de experiência de um médico cubano vinculado ao PMM sobre a execução de uma intervenção realizada em uma ESF em Boa Vista/RR.

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), moradores da área de abrangência da equipe de ESF. A equipe optou por esse objetivo devido às dificuldades identificadas durante a análise situacional do serviço, quando foi realizada uma avaliação de todos os Programas. Observou-se um grande número de faltosos às consultas clínicas, situação que interferia na realização de exames complementares, nas avaliações periódicas e na adesão às estratégias de promoção à saúde. Além disso, a articulação com a equipe odontológica era muito deficiente. Nem todos os usuários eram cadastrados na farmácia popular e também havia a necessidade de promover atividades educativas.

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis, das quais fazem parte a HAS e DM, são a causa de aproximadamente 74% das mortes (WORLD..., 2014). O número de pessoas com HAS no Estado de Roraima, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) no ano 2013 perfazia um total de 19.025 usuários, com uma incidência de 1.440 casos novos em comparação com 2012. Com relação às pessoas com DM, em Roraima havia um total de 5.428 pessoas em 2013, com uma incidência de 477 casos novos em comparação a 2012. Isso demonstra que a incidência para as duas doenças está aumentando, necessitando de ações qualificadas e urgentes para atender à população, melhorar a qualidade de vida, evitar complicações e prevenir o desenvolvimento dessas doenças crônicas.

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A intervenção fez parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família. Esse curso é parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para oferecer suporte aos profissionais vinculados ao Programa. Teve por objetivo promover a capacidade de gestão e organização de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, o exercício da cidadania e a participação social.

O curso aconteceu na modalidade a distância com duração de um ano. A filosofia do projeto pedagógico é baseada em duas diretrizes: a formação problematizadora e a busca ativa e autônoma do conhecimento, superando a tradicional transmissão de informação e dando ênfase aos campos da saúde cole-

tiva e da prática clínica com foco sistêmico e holístico da APS. Trata-se de um curso associado ao cotidiano do profissional e o prepara para intervir na realidade.

No ambiente virtual havia dois fóruns, um de saúde coletiva e outro de prática clínica a fim de promover um diálogo e compartilhamento de experiência entre especializandos e professores inseridos em diferentes realidades do Brasil. O especializando teve um orientador, responsável pela mediação da aprendizagem. A avaliação do estudante envolveu postagens de tarefas de casos clínicos e sobre a intervenção. Também foi avaliada a participação nos fóruns, diálogos com o orientador e aprovação em três Testes de Qualificação Cognitiva.

O curso, que é organizado em quatro Unidades – Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção e Avaliação da Intervenção – todas voltadas ao suporte para realização do TCC, prevê o desenvolvimento de uma intervenção, organizada para atender aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O plano de intervenção faz parte do projeto “Qualificação das Ações Programáticas na Atenção Básica à Saúde”, aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina da UFPel sob ofício nº 15/2012.

Desenvolvimento da Intervenção

O Centro de Saúde em estudo conta com três Equipes de Saúde da Família e atende uma população total de 10.079 usuários. A área de abrangência da equipe na qual foi realizada a intervenção é de 3.287 habitantes e tem cinco microáreas. Há um total de 511 pessoas com hipertensão e 130 com diabetes, de acordo com as informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), o que corresponde à estimativa populacional.

A intervenção foi desenvolvida de março a junho de 2015 e contou com a participação de todos os profissionais da equipe ESF, o médico vinculado ao PMM, a enfermeira, a técnica de enfermagem, cinco ACSs, além da equipe odontológica e o apoio do gestor da unidade e equipe do Nasf. O grupo-alvo foram os usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos moradores da área de abrangência da equipe.

A intervenção teve por objetivo geral melhorar a atenção às pessoas com HAS e DM na área de abrangência da equipe ESF em Boa Vista/RR. Os objetivos específicos foram: ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes; melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde; estimular a adesão da pessoa com hipertensão e/ou

com diabetes ao programa; aperfeiçoar o registro das informações referentes aos usuários atendidos; mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se incluem no grupo de risco para doença cardiovascular e promover saúde.

Para cada objetivo específico foram estabelecidas as respectivas metas para alcançá-lo. As metas estabelecidas para a intervenção eram divididas entre: meta de cobertura e meta de qualidade. A meta de cobertura foi estimada para alcançar 511 (100%) hipertensos e 130 (100%) diabéticos residentes na área de abrangência da equipe. As metas de qualidade foram estipuladas para alcançar todas as pessoas com HAS e DM cadastradas no Programa.

A equipe utilizou o protocolo do Ministério da Saúde do ano de 2013 sobre o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2013a, 2013b). A seguir é possível visualizar como foi realizado o desenvolvimento das ações nos quatro eixos pedagógicos.

Organização e Gestão do Serviço

Organização das atividades coletivas de promoção à saúde; cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM no Programa; realização de acolhimento; organização de material adequado para o exame clínico de qualidade; definição das atribuições de cada membro da equipe; organização de capacitação dos profissionais; pactuação com o gestor municipal para obter agilidade dos exames complementares; realização do controle de estoque de medicamento; organização da agenda de saúde bucal; organização de visitas domiciliares para os faltosos; criação da ficha espelho de acompanhamento; priorização de atendimento aos usuários avaliados como de alto risco.

Qualificação da prática clínica

Capacitação dos ACS para o cadastramento de todos os usuários na área de abrangência com HAS e/ou DM; capacitação da equipe para realização do exame físico apropriado de acordo com o protocolo; qualificação da equipe para realizar estratificação de risco de Framingham e avaliação dos pés; capacitação da equipe para o desenvolvimento de atividades de prevenção em saúde; habilitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico; capacitar os ACS para a orientação quanto à realização das consultas e sua periodicidade; preparação da equipe para o preenchimento de registros.

Engajamento Público

Orientação aos usuários e comunidade sobre o Programa; orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM; informação sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos; orientação sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas quando não realizado o tratamento adequadamente; instruir sobre a importância de comparecer às consultas clínicas e atividades educativas; orientação quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade; orientação sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão do tratamento; orientar sobre a importância de manter hábitos saudáveis.

Monitoramento e Avaliação

Monitoramento e avaliação das atividades educativas em saúde; monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa; monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; monitoramento e avaliação dos usuários que necessitam de atendimento odontológico; monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas; monitoramento e avaliação dos registros; monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM com pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Equipes de Saúde da Família têm a responsabilidade na prevenção e acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como a hipertensão, a Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, dislipidemias, obesidade, as quais geralmente estão associadas e constituem um grave problema de saúde pública (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

No contexto do estudo há um total de 511 hipertensos e 130 diabéticos. Com relação aos hipertensos, a equipe cadastrou um total de 351 (68,7%) nos três meses. Quanto aos usuários diabéticos foram cadastrados 130 (100%), destacando-se que 60 usuários cadastrados têm as duas doenças associadas. O cadastro significa atendimento clínico e acompanhamento conforme o preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde para esse grupo-alvo.

O trabalho de busca ativa desenvolvido pelos ACSs foi essencial para o cadastramento dos usuários no programa, além das estratégias de educação em saúde que se mostraram eficientes por mobilizar a população.

O estabelecimento do vínculo entre usuários com hipertensão e/ou diabetes e as UBSs é imprescindível para o controle do agravamento dessas patologias, bem como evitar o aparecimento de complicações clínicas, como doenças cardiovasculares, internações hospitalares e mortalidade, que advêm principalmente da falta do diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011; BRASIL, 2001).

Nesse período de intervenção não houve usuários faltosos às consultas. O trabalho de engajamento público desenvolvido pelos ACSs durante as visitas domiciliares, e as atividades educativas foram essenciais para conscientizar a população sobre a importância de comparecer à consulta, tanto pela necessidade de avaliação periódica quanto por facilitar a organização da equipe, sem prejudicar outros atendimentos.

No que diz respeito à prática clínica, todos os usuários com HAS e DM cadastrados no programa tiveram preenchida a ficha espelho com registros adequados, verificação e atualização do Siab. Também realizou-se o monitoramento e avaliação semanal dos registros da ficha espelho a fim de acompanhar sua atualização e identificar falhas que pudessem ser corrigidas. Tais estratégias contribuíram para auxiliar o trabalho da equipe, como a possibilidade de identificação dos faltosos e subsidiar o desenvolvimento de temáticas nas atividades coletivas.

Falhas no preenchimento dos registros interferem no trabalho da equipe ESF, considerando que essas equipes e os gestores devem se preparar, organizar e planejar suas atividades a partir do registro de informações (AURÉLIO; FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Uma situação comum de acontecer é a ineficiência no repasse de informações da ficha de cadastro do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao Siab, principalmente pelas dificuldades da equipe em trabalhar com análise, monitoramento e avaliação de dados para realizar a programação local (FREITAS; PINTO, 2005). Diante disso, registros inadequados e ineficientes poderão ofuscar a real situação de determinado território adstrito, distanciando as ações ofertadas das reais necessidades dos usuários.

O direcionamento das ações de saúde na Atenção Básica requer o uso de três informações: distribuição geográfica dos usuários, características da população que influenciam a incidência e prevalência de diferentes doenças e características que deveriam ser levadas em consideração na decisão sobre as estratégias de manejo adequadas e os dados da prescrição (STARFIELD, 2002). Registros atualizados, fidedignos e com correto preenchimento otimizam o trabalho da equipe e proporcionam tomadas de decisão contextualizadas e mais resolutivas.

Foi realizado em todos os usuários cadastrados o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. As capacitações efetivadas com a equipe permitiram a realização com qualidade, pois foi possível retomar dúvidas da equipe e reforçar elementos próprios do exame físico.

Com relação aos exames complementares, das 351 pessoas com hipertensão atendidas, 348 (99,1%) tiveram seus exames atualizados, segundo o protocolo. Três usuários com hipertensão optaram por não fazê-los, justificando se sentirem saudáveis, situação que revelou à equipe a necessidade de fortalecer estratégias que busquem problematizar questões sobre saúde, entendendo que este conceito vai além da ausência de doenças, mas envolve um modo de viver que inclui condições e possibilidades de escolhas saudáveis.

Dos usuários com diabetes, 129 (99,2%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Apenas um deles optou por não realizar tais exames, o mesmo que também apresentava hipertensão. As atividades educativas e o atendimento clínico com sensibilização sobre a necessidade dos exames e informações a respeito desses procedimentos contribuíram para o alcance de tais resultados.

A realização dos exames complementares muitas vezes é um desafio para as Equipes de Saúde da Família, as quais enfrentam situações como insuficiência de vagas para os exames no município, a demora no recebimento dos resultados e a qualidade dos exames. Por isso, destaca-se a necessária conexão entre instâncias gestoras para planejar formas de articular a rede e os recursos, garantindo aos usuários possibilidade de acesso e integralidade na atenção (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Durante as 12 semanas de intervenção todos os usuários cadastrados no programa receberam a prescrição priorizada dos medicamentos da Farmácia Popular, bem como orientações sobre a sua adequada utilização. Foi essencial a presença de farmácia no Centro de Saúde com medicação disponível, e tam-

bém o comprometimento do farmacêutico em solicitar medicações em quantidade suficiente nos dias adequados.

A obtenção dos medicamentos de forma gratuita nos serviços de saúde traz implicações na qualidade e resolutividade do atendimento, possibilitado acesso àquelas pessoas que não teriam condições econômicas de arcar com a compra, evitando também que o usuário procure outro serviço por considerar que seu problema não foi resolvido, além de aumentar a probabilidade de retorno para as avaliações de rotina (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

É importante que o usuário tenha conhecimento sobre seu tratamento medicamentoso, com informações adequadas, e compreensão sobre a forma de utilização e armazenamento, sentindo-se seguro para utilizá-lo no domicílio (MENDES; LUIZA; CAMPOS, 2014).

Em todos os usuários cadastrados foi realizada a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de risco de Framingham, que consiste em escala capaz de estimar o risco de um indivíduo desenvolver doença cardiovascular clinicamente manifesta em 10 anos, em ambos os sexos, a partir de variáveis simples, clínicas e laboratoriais, utilizadas rotineiramente na prática clínica. Trata-se de uma abordagem preventiva, representando uma ferramenta de baixo custo e fácil manuseio, importante no campo da prevenção primária (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010).

Os usuários identificados com alto risco foram motivados à terapêutica específica e a modular os esforços de redução de risco. Sabe-se que essa avaliação não é uma prática incorporada à rotina de muitas equipes, o que pode inviabilizar o estabelecimento de metas e propostas em plano individual e populacional a fim de reduzir o impacto de agravos à saúde (SAMPAIO; MELO; WANDERLEY, 2010; BRASIL, 2006).

Todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam a recomendação da necessidade de atendimento odontológico durante as consultas clínicas pelo médico e a enfermeira, e quando necessário eram feitos agendamentos para a consulta odontológica. Foram identificados casos de usuários que compareceram com gengivites e periodontites, os quais realizaram acompanhamento para intervenções odontológicas.

Indivíduos com diabetes apresentam maior prevalência de doenças gengivais e periodontais quando comparados à população geral. Medidas simples

como a orientação e a motivação a estes indivíduos já representariam melhorias das condições gengivais (SILVA et al., 2010).

Na Atenção Básica, as ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da Unidade Básica e os profissionais capacitados para atuar de forma interdisciplinar. A prevenção e a promoção da saúde bucal pelas Equipes de Saúde da Família são fatores essenciais para a melhoria do atendimento à saúde bucal, entendendo-se que esse cuidado é fundamental para uma assistência mais resolutiva pautada na promoção da saúde (SILVA et al., 2010)

Para as estratégias de educação em saúde a equipe estabeleceu a comunicação com líderes da comunidade, que ajudaram a organizar as ações, a divulgar as ações da intervenção. Assim, foram importantes aliados nas atividades da unidade.

Todos os usuários cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, benefícios da prática regular de atividade física e saúde bucal. Para isso, foram realizadas atividades educativas na unidade de saúde antes de cada atendimento clínico e na comunidade. As atividades educativas tinham por objetivo informar a população sobre hábitos de vida saudáveis e também garantir-lhes espaços de fala, troca de ideias e experiências a fim de compreendê-los em seus hábitos, cultura e condições, mobilizar o autocuidado e a participação nas diversas ações realizadas pela equipe.

Também foram realizadas atividades educativas em cada uma das cinco microáreas. A equipe organizou estas atividades juntamente com os líderes da comunidade e ACSs, os quais foram encarregados de encontrar um local adequado e convidar usuários e familiares. A gestão do município apoiou com recursos materiais necessários. Cada atividade começava com uma palestra com os integrantes da equipe, e na sequência eram realizadas dinâmicas participativas com envolvimento dos usuários.

A equipe de Odontologia também incorporou as atividades educativas nas suas ações, com palestras e conversas sobre a correta escovação como parte essencial da higiene bucal, além de orientações sobre a importância do comparecimento regular às consultas odontológicas.

A educação em saúde é um instrumento fundamental para as Equipes de Saúde da Família, tanto para prevenir doenças como para apoiar os usuários no gerenciamento das doenças crônicas (MENDES, 2012). Tais intervenções educativas estimulam o indi-

víduo a refletir sobre o adoecimento e optar por um caminho terapêutico adaptado ao seu cotidiano, considerando riscos e benefícios (TORRES, 2011).

A possibilidade de gerar transformações na realidade com o desenvolvimento de atividades educativas relaciona-se ao modo como os profissionais as realizam. Torna-se interessante conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários, suas crenças, reflexões acerca da doença, buscando construir um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode proporcionar-lhe autonomia e capacidade de cuidar de si (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Para Alves (2005), a abordagem educativa deve fundamentar-se em uma compreensão do indivíduo como ser biopsicossocial, para que se possa ir além da patologia, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes.

Dessa forma, a incorporação da educação em saúde às práticas da Estratégia de Saúde da Família mostra-se cada vez mais atual e necessária, especialmente quando ocorre pelo compartilhamento de informações, possibilitando ir além do ensino e de uma aprendizagem, mas um ato de criar e transformar (FERNANDES; BACKES, 2010). Nessa perspectiva, são estratégias que reafirmam o compromisso da atenção básica com a promoção da saúde e integralidade da assistência, com potencial de transformação quando é garantida a participação interdisciplinar da equipe e possibilidades de diálogos mais horizontais com comunidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda há 160 usuários com hipertensão que não foram cadastrados no programa, no entanto é importante frisar que as ações continuam sendo desenvolvidas, apesar do fim do curso, pois se tornaram permanentes.

Com relação às dificuldades enfrentadas na intervenção, destaca-se a organização da agenda odontológica, pois os profissionais da saúde bucal preocuparam-se com o fato de que poderia ocorrer aumento da demanda de atendimentos, gerando mais trabalho, entretanto após encontros com a coordenadora do serviço e a equipe de saúde bucal foi possível organizar uma agenda reservando atendimento para esse grupo.

CONCLUSÃO

Com a intervenção foi possível uma melhoria do cuidado aos usuários com hipertensão e diabetes do território de abrangência da equipe. Observou-se

uma ampliação da cobertura, do acesso e qualidade da assistência. Houve uma maior adesão dos usuários às ações de educação em saúde.

A intervenção proporcionou que a equipe ficasse mais integrada e capacitada para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com HAS e/ou DM na comunidade. Os profissionais sentiram-se mais seguros e preparados para desenvolver suas atribuições como integrantes da Atenção Básica, viabilizando uma melhoria na qualidade de vida da população.

A intervenção possibilitou uma melhor organização do serviço para a atenção à comunidade de modo geral, com otimização dos espaços da unidade, dos recursos humanos e tempo de atendimento. Foi possível uma melhoria no acesso aos registros, o fluxo facilitado do usuário no serviço e identificação de usuários com hipertensão e diabetes no território. Ações de planejamento, monitoramento e avaliação foram incorporadas ao trabalho da equipe e a qualificação de outras ações programáticas passaram a ser discutidas e planejadas.

Os aspectos que facilitaram o desenvolvimento da intervenção foram o envolvimento de todos os integrantes da equipe, que desenvolveram com seriedade e responsabilidade as atividades, além do apoio dos gestores para disponibilizar os materiais logísticos, como medicações e materiais odontológicos. O apoio da população e lideranças comunitárias também mostrou-se fundamental para facilitar as atividades.

Como experiência de participação no PMM, destaca-se o crescimento pessoal e profissional, muito válido. Desenvolver o trabalho em uma realidade diferente, com idioma e cultura distintos, contribuiu para a formação de um profissional mais humano e sensível às necessidades sociais. A articulação entre a prática e a pesquisa, na constante atualização dos conhecimentos médicos, foi uma experiência significativa para a vida profissional, pois impulsionou a refletir, problematizar e melhorar a prática.

Trabalhar na saúde pública do Brasil, na posição de médico, atendendo uma população carente, fez com que despertasse o interesse e aprendizados quanto à pluralidade dos fatores que envolvem o processo saúde/doença de grupos vulneráveis no Brasil. Uma realidade que abrange a pluralidade de causas e efeitos e que fizeram refletir sobre a necessidade de manter um atendimento de qualidade e empatia pela valorização da saúde do outro. Partindo dessa perspectiva, buscou-se direcionar o trabalho para uma saúde mais integral da população com hipertensão e diabetes. A alta prevalência e incidência destas doen-

ças crônicas e a falta de conhecimentos das pessoas sobre o assunto constituíram-se as principais motivações para começar a luta pelo trabalho em saúde na atenção primária.

O curso de Especialização possibilitou a troca de ideias com colegas de outras partes do Brasil, pessoas com perspectivas e vivências em realidades diferentes, mas que de alguma forma convergem para um mesmo eixo de cuidado: atenção integral e de qualidade para o indivíduo e famílias.

Os aprendizados também foram relevantes no que se refere ao modo de organização de trabalho na atenção primária e gestão do cuidado em saúde no território. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde com seus seis princípios básicos de cidadania, constitui uma fortaleza de cada cidadão, pois assegura o direito ao ingresso digno no sistema de saúde. Ações programáticas com especificidades para cada grupo de atuação na APS possibilitaram uma avaliação do trabalho, permitindo traçar ações para a melhora de cada indicador. O acolhimento e atenção à demanda espontânea contribuíram para a humanização, atenção e o estabelecimento de vínculos.

A experiência com a intervenção permitiu compreender que pessoas realmente mudam suas atitudes com a saúde quando os serviços se propõem a inovar, estando mais preparados em suas ações de promoção de saúde e atuando na perspectiva da integralidade. Ainda temos muito que avançar, no sentido de pesquisar e aprender mais, ampliando nossas atividades cada vez mais para fora dos consultórios e dos serviços. Aproveitar cada espaço junto com os usuários para desenvolver práticas humanizadas, valorizando a pessoa em sua dimensão biopsicossocial mostrou-se um caminho promissor.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*, v. 38, n. 101, p. 328-37, 2014.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AURÉLIO, M.; FONSECA, V.; MENDONÇA, D. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica acompanhados por um programa saúde da família de São Sebastião-DF, Brasil. *Revista APS*, v. 17, n. 3, p. 373-81, 2014.

BRASIL. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Brazilian national strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus: the experience of diabetes mass screening. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. 490-93, 2001.

_____. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-26, 2013.

COSTA, J. M. B.; SILVA, M. J. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas Equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – Siab. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 171-186.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips)*: Saúde. Brasília: Ipea; Sips, 2011.

MACINKO, J. et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, v. 101, n. 10, p. 1.963-1.970, 2011.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, Supl. 1, p. 1.383-1.388, 2011.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: OPA, 2012.

MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1.673-1.684, 2014.

MORAIS, I. F. et al. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. *Revista Rede de Enfermagem Nordeste*, v. 13, n. 2, p. 291-99, 2012.

OLIVEIRA, A. G. et al. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. *Revista Rene*, v. 13, n. 2, p. 291-99, 2012.

OLIVEIRA, F. P. et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Health Statistics*. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_%20Full.pdf?ua=1>. Acesso em: 13 nov. 2016.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, 2011.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Revista Divulga Saúde Para Debate*, v. 51, p. 104-120, 2014.

SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B. O.; WANDERLEY, M. S. A. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 1, n. 1, p. 51-60, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: MS, 2002.

SILVA, A. M. et al. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2.197-2.206, 2010.

TORRES, H. C. et al. Intervenção educativa para o auto-cuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 4, p. 514-19, 2011.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Caderno Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Geneva: Switzerland, 2014.