

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 6**



**Melhoria da qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI**

**Ana Patrícia Monteiro Silva**

**Pelotas, 2015**

**ANA PATRÍCIA MONTEIRO SILVA**

**Melhoria da qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UNASUS/UFPel, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Seiko Nomiya

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S586m Silva, Ana Patrícia Monteiro

Melhoria da qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI / Ana Patrícia Monteiro Silva ; Seiko Nomiyama, orientadora. — Pelotas, 2015.

80 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Diabetes. 5. Hipertensão. I. Nomiyama, Seiko, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Ana Patrícia Monteiro Silva

Melhoria da qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS.

Data da Defesa: 07 de fevereiro de 2015.

Banca examinadora:

Profª Esp. Seiko Nomiyama (Orientadora)

Especialista em Vigilância Sanitária pelas Faculdades Albert Einstein

Profª Esp. Mônica Bergmann Correia Vohlbrecht

Especialista em Atenção à Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Pelotas

Profª Me. Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho aos meus pais, alicerces da minha vida, que me fizeram crescer com dignidade, humildade e caráter e ao meu filho, que veio completar a alegria na minha vida.

## **Agradecimentos**

A Deus, pela vida a mim concedida e por infinitas bênçãos e graças, em especial a possibilidade de estudar, aprender e conseguir mais uma conquista ao concluir este trabalho.

A Prof<sup>a</sup> Seiko Nomiyama, pela orientação, dedicação e contribuição com seus conhecimentos e discernimento para a realização desse trabalho.

Aos colegas de equipe (Agentes comunitários de saúde, Enfermeira, Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem) e ao motorista e recepcionista que sempre acreditaram e confiaram na minha determinação para realizar este trabalho.

Aos pacientes, por terem me recebido de forma carinhosa, e por terem um papel fundamental para a construção deste trabalho, pois sem eles isso não existiria.

Ao meu pai, Ivo José Monteiro da Silva; à minha mãe, Maria do Socorro Silva Chaves e ao meu irmão Cássio Monteiro da Silva, pelo esforço contínuo para que tudo fosse possível e pela confiança depositada em mim.

Ao meu filho, Cauã Monteiro dos Santos, pelo amor, paciência, sentimentos que foram essenciais para que o caminho fosse percorrido até o fim com êxito.

As meus colegas de profissão e amigos, Andrea Nunes, Rossana Casimiro e Antônio Luís pelo companheirismo, amizade e por estarmos juntos compartilhando conhecimentos dia-a-dia.

Ao supervisor e prof. Francisco Passos pela disponibilidade, ajuda e confiança.

Ao Gestor municipal de Cabeceiras do Piauí - PI pelo apoio e incentivo para que o trabalho fosse realizado com êxito e que obtivéssemos bons resultados.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o alcance da conclusão de mais uma etapa de minha vida.

## Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014. ....	55
Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	56
Figura 3. Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014. ....	57
Figura 4. Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014. ....	57
Figura 5. Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	58
Figura 6. Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	59
Figura 7. Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	60
Figura 8. Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	61
Figura 9. Proporção de usuários com hipertensão que realizaram avaliação odontológica com equipe de saúde bucal na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	62
Figura 10. Proporção de usuários com diabetes que realizaram avaliação odontológica com equipe de saúde bucal na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	62
Figura 11. Proporção de usuários com hipertensão considerados faltosos e que receberam busca ativa, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014. ....	63
Figura 12. Proporção de usuários com diabetes considerados faltosos e que receberam busca ativa, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014. ....	64

Figura 13. Proporção de usuários com registros atualizados, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	64
Figura 14. Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	65
Figura 15. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	66
Figura 16. Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	68
Figura 17. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.....	69



## **Lista de Abreviaturas e Sigla**

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

DM: Diabetes Mellitus

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA: Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS: Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Texto Comparativo .....	21
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e Metas.....	24
2.2.1 Objetivo Geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos.....	24
2.3 Metas.....	24
2.4 Metodologia.....	26
2.4.1 Ações .....	26
2.4.2 Indicadores.....	35
2.4.3 Logística .....	39
2.4.4 Cronograma .....	41
3 Relatório de intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e realizadas.....	43
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	52
3.3 Dificuldades em relação à coleta e sistematização de dados .....	52
3.4 Análise da incorporação das ações à rotina do serviço.....	52
4 Avaliação da intervenção .....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	69
4.3 Relatório da intervenção para os gestores .....	71
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	72
5 Reflexão Crítica sobre o Processo de Aprendizagem .....	75
Referências .....	77
Anexos .....	78

## Resumo

SILVA, Ana Patrícia Monteiro. **Melhoria da qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão assumiram ônus crescente e preocupante. A quantidade de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus encontradas no município de Cabeceiras do Piauí, PI, assim como no Brasil, é bastante alta, levando a um maior número de internações desnecessárias, tratamentos onerosos etc. O trabalho apresentado relata uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Edimar Medeiros de Sousa no município de Cabeceiras do Piauí, PI; no qual a população alvo foram os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus de toda a área de abrangência do Programa de Saúde da família da referida Unidade de Saúde. A intervenção teve como objetivos: Melhorar o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes; ampliar a cobertura de atendimento; melhorar a qualidade da atenção; melhorar a adesão de pessoas; melhorar o registro das informações; mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular e promover a saúde da comunidade. As ferramentas utilizadas para coleta dos dados na intervenção foram as fichas espelho fornecidas pelo curso e os prontuários dos usuários, sendo os cadastros dos usuários refeitos e atualizados individualmente na ocasião do atendimento. Os resultados da intervenção na Unidade Básica de Saúde foram uma cobertura satisfatória da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Além disso, são perceptíveis as melhorias na qualidade da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético por meio da realização de cadastros adequados, do exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da prescrição de medicamentos da farmácia popular, da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e, especialmente, da oferta de orientações em ações educativas coletivas e individuais. Algumas dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção, como a falta de recursos humanos e materiais, distância entre as localidades, falta de estrutura da unidade, falta de medicação, dentre outros, desafiaram a equipe e gestão. O enfrentamento desses impasses resultou em melhorias dos registros, bem como mais adesão destes usuários ao Programa. Conclui-se que estas ações foram de grande relevância para a comunidade, para a equipe e para a gestão, desta forma, espera-se que sejam realmente incorporadas à rotina do serviço, pois melhoram o atendimento e acompanhamento dos usuários.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doenças crônicas; diabetes; hipertensão.

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EAD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Edimar Medeiros de Sousa, no município de Cabeceiras Piauí.

Este volume engloba a **análise situacional**, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e dos principais problemas detectados na localidade; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas e foi desenvolvido ao longo de doze semanas durante a unidade 3 do curso; a **avaliação dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos, construída ao longo da unidade 4, e os relatórios para a comunidade e gestor; e as considerações finais com a **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem e análise do processo de aprendizagem ao longo do curso.

Ao final do volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve início no mês março de 2014 e sua conclusão em fevereiro de 2015.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF**

A saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do estado. Porém, na prática tal, nem todos os cidadãos têm direito a uma saúde de boa qualidade. Um dos dispositivos importantes para se promover um Sistema de Saúde mais eficaz na resolução dos problemas de saúde das pessoas é ter um conselho de gestão participativa organizado na UBS. Na Unidade a qual eu trabalho ainda está em fase de organização, pois faltam mais incentivos quanto às atividades em educação em saúde para promover uma maior mobilização e participação da comunidade no controle social, observa-se também que há uma necessidade de uma abrangência maior nos temas abordados nas reuniões e palestras oferecidos a população como: DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), desenvolvimento sustentável, planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com o recém-nascido, desenvolvimento infantil e relações com os adolescentes. Tais temas são extremamente importantes, pois contribuirão para uma sociedade mais informada e prevenida, contribuindo assim para redução de doenças e agravos. O meio de divulgação desses temas são as palestras e conversas orais, havendo, portanto a necessidade de meios como: oficinas, grupos de reflexão, gincana e construção de liderança. Com relação a atividades com grupos de usuários é uma falha da gestão e da equipe, pois ainda não há grupos na comunidade como: adolescentes, aleitamento materno, capacitação ao trabalho, combate ao tabagismo e dentre outros. As atividades na comunidade são desenvolvidas com a população de um modo geral e não separada por grupos. As informações a população a cerca de palestras, atendimentos, exames e dentre outros, são realizados por meio de comunicações orais na UBS e na comunidade, necessitando de outros

meios importantes de informação como: rádio, televisão, painéis na UBS e em outras instituições, para que a população seja mais bem informada.

Em relação às estratégias de agendamento de consultas especializadas a população não está satisfeita, pois há uma carência na quantidade de especialistas, ou seja, o número de especialistas não atendem a demanda da população, o que leva meses e meses para que a população tenha um atendimento especializado e tenha um tratamento adequado. Com isso a população não está satisfeita e muitas vezes tiram do seu próprio sustento o dinheiro para marcar um atendimento particular e conseguir o tratamento adequado e outros ficam sem atendimento médico especializado. O planejamento, a organização e a gestão das ações em saúde é feito por toda a equipe da UBS, porém não há uma fiscalização rígida.

Diante dos diversos problemas enfrentados pela gestão e pela equipe da UBS, observa-se que uma das prioridades, é o aumento do número de atendimentos, pois é de extrema importância para população para que haja um diagnóstico precoce e tratamento adequado. Outro ponto importante, é a divisão por grupos, como grupos de adolescentes, gestantes, crianças, idosos, diabéticos, hipertensos e dentre outros para que nas palestras sejam abordados os temas específicos e a população melhor orientada.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Cabeceiras do Piauí situa-se a aproximadamente 100 quilômetros da capital do Piauí e possui população de 10.220 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2013), sendo que 80% desta população residem na zona rural. O sistema municipal de saúde é composto, na atenção básica, por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que três localizam-se na zona rural e duas na zona urbana. Cada unidade possui uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma das equipes da zona urbana está atualmente sem funcionar, pois se encontra sem profissional médico, visto que a médica da equipe pediu demissão por ter passado em um concurso de residência médica.

Dispomos ainda de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um fisioterapeuta, um nutricionista e um fonoaudiólogo. Tais profissionais atendem toda a população do município incluindo zona rural e zona urbana. Na atenção secundária só dispomos de ortopedista, ultrassonografista e cardiologista. As demais especialidades são agendadas via sistema de marcação de consultas para serem atendidos na capital. Muitas consultas solicitadas para algumas especialidades, bem como alguns exames, só são agendadas para três meses após a solicitação, retardando o diagnóstico e tratamento destes usuários.

O município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), estes serviços são referenciados para o município de Barras, para onde são encaminhados os casos mais complexos para tratamento de canal, cirurgias e outros procedimentos. Na rede de apoio ao diagnóstico, alguns exames laboratoriais são feitos na UBS e outros, como dosagens de enzimas cardíacas, TSH, T4 livre, PSA total, PSA livre e, dentre outros são realizados em laboratórios conveniados. Quanto aos exames de imagem, estes são realizados nos serviços de referência nos municípios de Barras, Campo Maior e Teresina.

No município não há disponibilidade de serviço hospitalar e a UBS da zona urbana se caracteriza como uma unidade mista com pronto-atendimento de urgência e de atenção básica à saúde. Quando há necessidade de outros atendimentos de urgência ou internação os pacientes são encaminhados para os hospitais de referência nos municípios citados anteriormente para os exames de imagem.

A Unidade Básica de Saúde em que atuo chama-se Edimar Medeiros de Sousa, a qual tem um serviço de saúde que atende a população residente em área rural. A UBS fica no povoado Bom Futuro, a 15 quilômetros da sede de Cabeceiras. Na Unidade não são desenvolvidas atividades de ensino. A equipe de Saúde da Família é composta por um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar em saúde bucal (ASB), um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um recepcionista, um auxiliar de limpeza e um motorista. A UBS está em funcionamento há aproximadamente sete anos e oferece atendimento à população nos turnos da manhã e tarde de segunda a sexta-feira.

O espaço físico da unidade é pequeno e está ganhando ampliações de forma desregrada. A unidade dispõe de um consultório para o médico, um para o cirurgião-dentista e um para o enfermeiro, porém, nesses consultórios não há sanitário. Há uma sala onde são feitas as medicações, nebulizações e curativos, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, um almoxarifado e uma recepção.

Não há sala de espera adequada para os usuários aguardarem o atendimento, não há acesso ao sanitário para os cadeirantes, e faltam salas para outras atividades, como expurgo, esterilização, vacina, farmácia, ambiente pediátrico, ambiente geriátrico e uma sala de observação, para que se possa, entre outros, fazer medicações injetáveis para alívio dos sintomas até que se providencie a transferência para um hospital. Tais deficiências já foram sinalizadas para o gestor e o mesmo prometeu que fará melhorias na estrutura física na estrutura da unidade.

Em relação à equipe, são todos empenhados em suas tarefas. O papel do médico se baseia na promoção de saúde e em amenizar os sintomas ou até mesmo a cura da doença. No atendimento médico procura-se atender todos os usuários agendados que são, em média, 20 usuários agendados por dia, inclusive aqueles que chegam para um atendimento de urgência. Outro papel importante do médico consiste na prática de palestras nas escolas e na própria unidade de saúde no que diz respeito a prevenção de doenças crônicas como o diabetes mellitus e hipertensão arterial, a importância da vacina contra o HPV e alimentação saudável. A enfermeira e a técnica de enfermagem fazem o atendimento de HIPERDIA (Programa de Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes), pesagem, exames de prevenção, pré-natal, palestras para a comunidade e vacinação; acompanham a produção dos ACS, monitoram os cadastros; dentre outras ações.

Com relação ao atendimento odontológico, são realizados em média oito atendimentos agendados e dois atendimentos de urgência, o dia todo. As ações realizadas pela cirurgiã-dentista consistem na prevenção de doenças bucais através da prática de higienização bucal, na prática de palestras em relação à adequada higienização bucal e a importância das visitas regulares ao dentista.



É importante salientar que os profissionais de saúde realizam o cuidado à saúde não só na UBS, como também nas escolas, creches e domicílio. Isso é extremamente importante, pois essa aproximação do profissional de saúde com a população fora da unidade contribui para uma melhor relação entre o usuário e o profissional. Em relação ao cuidado à saúde no domicílio, são realizados atendimentos domiciliares agendados quinzenalmente, para aqueles usuários acamados, ou seja, impossibilitados de se locomoverem até a UBS. Os procedimentos e atendimentos realizados são: curativos, medida de pressão arterial e de glicemia capilar, consulta médica, consulta odontológica, vacinação, entrega de medicações, aplicação de medicações injetáveis, fisioterapia, troca de sondas, revisão puerperal, outros procedimentos.

A área de abrangência da equipe da UBS Edimar Medeiros de Sousa possui 2.611 habitantes, sendo 1.317 homens e 1.294 mulheres. A área possui várias pequenas comunidades, algumas bem são distantes da UBS, o que muitas vezes dificulta o acesso à população, principalmente na época do inverno, quando as estradas são interditadas pela água. Por isso o médico, juntamente com os ACS e o enfermeiro, fazem atendimentos nas escolas próximas a essas comunidades. Para solucionar tal problema, o gestor iniciou a construção de uma unidade de saúde na comunidade Barroca que pertence ao povoado Bom Futuro para facilitar o acesso desses moradores. Tal unidade será composta pela mesma equipe do povoado Bom Futuro. Serão destinados dois dias da semana para o atendimento na UBS da comunidade Barroca e três dias da semana para o povoado Bom Futuro que abrange as demais comunidades.

Em relação à atenção a demanda espontânea, o usuário é bem acolhido na unidade básica de saúde. Esse acolhimento é feito por todos os membros da equipe. Na unidade não há uma sala específica para o acolhimento, mas já foi solicitado ao gestor.

As crianças entre zero e 72 meses cadastradas na unidade são 194 e a cobertura da puericultura na área, ou seja, crianças menores de um ano é de 57%. Essas crianças são identificadas como uma população que necessita de uma atenção diferenciada, por ser o início do seu desenvolvimento físico e motor. A introdução da puericultura como primeira ação introduzida na atenção primária diminuiu de forma significativa a mortalidade infantil não só em nossa

área de abrangência como também em todo o Brasil. Há alguns pontos que devem ser melhorados e outros incorporados na rotina da saúde da criança, como a triagem auditiva, que ainda não é realizada pela equipe. Quanto às crianças que estão com vacina em atraso devemos fazer uma busca ativa das mesmas com o objetivo de atualizar o cartão de vacinação e, assim, prevenir doenças através destas medidas. Deve ser incorporada à equipe a realização da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, para assim diminuirmos as mortes e complicações dos primeiros anos de vida.

Outro ponto importante que cabe uma maior intervenção é durante o pré-natal, orientarmos estas mães a retornarem o mais rápido possível aos seus domicílios de origem, pois as mesmas, quando entram em trabalho de parto se deslocam para as cidades de referências, pois na cidade não há maternidades e nem hospitais com estrutura de sala de parto. Então, ao se deslocar para outra cidade, na maioria das vezes, elas ficam por lá em casa de parentes, por acharem que irão ter uma assistência melhor após o parto, o que dificulta o trabalho da equipe nos primeiros dias de atendimento destas crianças. Em relação ao teste do pezinho não há uma sala especial e nem materiais adequados nos postos da zona rural. Este serviço seria importante, pois as mães têm hábito de procurar a UBS da zona urbana, uma vez que grande parte dos serviços está centralizada lá, o que descontinua o acompanhamento destas crianças.

No programa de atenção ao pré-natal e puerpério são acompanhadas na unidade 27 gestantes e a sua cobertura na área gira em torno de 90%. Várias ações são desenvolvidas na UBS para estas pacientes, como o diagnóstico e o tratamento de problemas clínicos em geral, a promoção de saúde bucal e outras ações. Tais ações são desenvolvidas de acordo com o manual do Ministério da Saúde, porém não há monitoramento destas ações. As gestantes são orientadas individualmente durante as consultas de pré-natal quanto ao uso de ácido fólico, alimentação saudável, realização dos exames periódicos e das vacinas de forma correta, manutenção das consultas em dia e importância do aleitamento conjunto imediato.

A unidade está dentro dos padrões adequados para que a gestante tenha um acompanhamento de boa qualidade e a equipe está cada vez mais empenhada no acompanhamento destas gestantes, com o objetivo de oferecer

um pré-natal de boa qualidade e com resultados satisfatórios durante e após o parto, com puerpério humanizado, para que tenhamos crianças e mães saudáveis. O atendimento a elas é feito semanalmente, devido à demanda não ser tão grande, mas já estamos planejando a disponibilidade de dois dias por semana para o acompanhamento deste programa. O único problema que temos é quando há alguma gestante com intercorrências e necessita de acompanhamento com o especialista, pois não há especialista na sede e há carência de vagas no município de referência. Outro inconveniente é que elas terão que se deslocar para outra cidade, o que muitas vezes leva à insatisfação.

A prevenção do câncer de colo de útero feita através da coleta do exame citopatológico, oferecido duas vezes por semana pela enfermeira; através de palestras nas escolas e na própria unidade; e através de orientações durante a consulta médica. As mulheres são orientadas tanto em relação ao uso de preservativos quanto à realização periódica do exame citopatológico. Tais ações são estruturadas de forma programática, ou seja, através do manual técnico do Ministério da Saúde e conta com um livro de registro de todos os exames citopatológicos realizados na unidade, porém não há um serviço de monitoramento regular destas ações. A cobertura para câncer de colo uterino ainda está baixa, em relação ao total de mulheres estimadas residentes na área entre 25 e 64 anos. Por isso, é preciso um melhor acompanhamento destas mulheres, realizando a busca ativa e incentivando mais a realização do exame, como através de reuniões em grupos para mostrar que a prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais. É importante que seja feito o acompanhamento através dos agentes de saúde, enfermeira e técnica de enfermagem que moram na comunidade e que conhecem quase todos os usuários da área para não perdermos estas mulheres, principalmente aquelas que apresentam exames alterados.

Em relação ao câncer de mama, o rastreamento é feito através da mamografia, a qual é solicitada a todas as mulheres acima dos 40 anos, e a cada dois anos. Na unidade são realizadas palestras, onde as mulheres são orientadas em relação aos sinais e sintomas, exame de rastreio, fatores de risco, dentre outros. Quanto à cobertura destas usuárias, ainda está um pouco

deficiente, devido ao pouco conhecimento e importância dada pelas mulheres em procurar atendimento médico para rastreamento na época certa.

Os usuários com hipertensão são orientados quanto à importância da prática de atividade física e dos hábitos para uma alimentação saudável, além da importância da medida da pressão arterial (PA) para detectar possíveis alterações. A cobertura desta população não é satisfatória, apenas 68% dos usuários residentes na área são cobertos pelo Programa de Atenção ao Hipertenso. Diante disso, há necessidade de maior busca destes usuários para tentar orientá-los melhor quanto ao controle mensal dos níveis pressóricos, além de verificar se os medicamentos estão realmente sendo tomados de forma adequada e se há necessidade de associar ou substituir o anti-hipertensivo.

Os usuários com diabetes também são orientados durante a consulta quanto à importância da prática regular de exercício físico e quanto a alimentação saudável, além da importância da medida da glicemia capilar periodicamente para detectar possíveis alterações. A cobertura desse programa não é satisfatória, apenas 49% dos usuários residentes na área são cobertos pelo Programa de Atenção ao Diabético. Diante dessa realidade, há a necessidade de maior busca destes usuários e de orientá-los quanto ao controle mensal dos níveis glicêmicos. Muitos ainda não procuram a UBS para fazer os exames complementares periódicos. Dessa forma é importante que haja palestras na unidade com o objetivo de orientá-los melhor quanto aos sinais e sintomas da doença e de incentivar a procura pelo serviço de saúde. Exames laboratoriais, dentre eles a glicemia de jejum, é colhida apenas mensalmente na unidade, isso talvez contribua para os baixos índices de pessoas com diabetes que são acompanhadas. Estamos solicitando que a coleta desses exames laboratoriais seja realizada pelo menos semanalmente. Enfim, o processo de trabalho deve ser melhorado para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) na UBS, como a realização de atividades educativas semanais na unidade. É importante salientar que estas ações são estruturadas de forma programática através de protocolos do Ministério da Saúde, mas não há um registro específico bem como um monitoramento regular destas ações.

A população idosa, apesar de ser uma população vulnerável devido às limitações existentes, mostra boa adesão às atividades e recomendações da equipe de saúde. Temos uma boa cobertura da atenção aos idosos que comparecem significativamente à UBS nas campanhas de vacinação e para pesagem, o que permite à equipe observar uma boa resposta do trabalho com esta parcela da população. Estas ações seguem o protocolo do Ministério da Saúde e não conta com um livro específico para o registro e nem um monitoramento regular destas ações. Em relação aos indicadores da qualidade, o número de idosos que estão com a caderneta do idoso em dia, usuários com hipertensão e usuários com diabetes que estão com acompanhamento em dia, abrange mais de 50% dessa população. Considero muito boa a cobertura de saúde da pessoa idosa, pois 100% dos idosos são cobertos pelo programa de saúde do idoso; porém precisamos melhorar em alguns pontos, como ministrar palestras na própria UBS, específicas sobre a prevenção de doenças mais prevalentes na pessoa idosa, orientá-los mais ainda sobre a importância da prática de atividade física e hábitos de alimentação saudável, incentivar a verificação do peso e, naqueles idosos com hipertensão e diabetes, a verificação a pressão arterial e a glicemia capilar. Isso irá proporcionar uma melhor qualidade de vida para eles.

Diante de todas as necessidades mencionadas anteriormente, é importante salientar a importância da ampliação da UBS no município para um melhor atendimento às crianças, idosos, pessoas com deficiência física, diabetes e/ou hipertensão e gestantes/puérperas. Portanto, com todas estas dificuldades, é necessário que o gestor tenha conhecimento de todos os problemas enfrentados na unidade, tais como a falta de triagem auditiva na unidade, necessidade de um especialista na área de ginecologia e obstetrícia e dentre outros problemas para colocá-los em prática. É importante ressaltar que tais mudanças não vão ocorrer em curto espaço de tempo, pois temos que levar em conta a disponibilidade de recursos financeiros necessários. Sendo assim, como profissionais da área da saúde, estamos, na medida do possível, tentando fazer e contribuir para uma melhor qualidade de vida desta população.

### **1.3 Texto Comparativo**

Durante a realização do primeiro texto percebi que existiam deficiências e problemas na UBS, mas minha visão era ainda superficial, pois não tinha instrumentos de comparação e aferição.

O segundo texto foi construído ao longo de várias semanas, com a utilização de questionários e materiais teóricos, neste momento pude evidenciar cada serviço oferecido e entender melhor a estrutura física da UBS e a dinâmica da equipe.

Portanto, os dois textos ajudaram a entender melhor o serviço da unidade onde eu atuo , contribuindo para a escolha do objetivo da intervenção e para visualizar várias ações que também mereciam mais uma atenção como, por exemplo, a saúde da criança, o pré-natal e a saúde do idoso.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são condições prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento (TOSCANO, 2004). O DM e a HAS estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, causas mais comuns de mortalidade e morbidade em todo o mundo (PAIVA, 2006). As mudanças no estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo, têm sido apontadas como fatores importantes na prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial. Diante disso, é importante que haja garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado (TOSCANO, 2004).

Segundo Censo 2013 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa), o município de Cabeceiras do Piauí, PI, com área aproximada de 608 km<sup>2</sup>, possuía população de 10.220 habitantes, sendo em torno de 80% da população residente em área rural.

Na USF Edimar Medeiros de Sousa, localizada na zona rural de Cabeceiras do Piauí, atua apenas uma ESF, composta por um médico clínico geral, um dentista, um enfermeiro, seis ACS, um ASB, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um auxiliar de limpeza e um motorista. A equipe é responsável pela cobertura de 2.611 pessoas. O espaço físico da unidade é pequeno e está ganhando ampliações de forma desregrada. A unidade dispõe de um consultório para o médico, um para o dentista e um para o enfermeiro, uma sala onde são feitas as medicações, nebulizações e curativos, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, um

almoxarifado e uma recepção. Não há sala de espera adequada para os usuários aguardarem o atendimento e faltam salas para outras atividades, como expurgo, esterilização, vacina e farmácia, bem como itens de acessibilidade para cadeirantes.

A quantidade de pessoas com HAS/DM encontradas no município de Cabeceiras do Piauí, assim como no Brasil, é bastante alta e vem também assumindo um ônus preocupante. Na USF Edimar Medeiros de Sousa, estão cadastradas 272 pessoas com hipertensão e 57 com diabetes de acordo com o SISHIPERDIA, sendo atendidas pela equipe 68% e 50%, respectivamente. As ações que já são desenvolvidas na unidade são: consultas mensais, realização de palestras, verificação do peso, pressão arterial e glicemia capilar. Embora a atenção oferecida seja de boa qualidade, há deficiência de ações para esta parcela da população. Além disso, muitos usuários com doenças crônicas não estão controlados e não têm um seguimento assistencial regular. Apesar do DM e da HAS serem doenças prevalentes, de longo período, passíveis de prevenção na Atenção Primária à Saúde (APS), e terem um bom prognóstico se diagnosticadas e tratadas precocemente, não estão sendo bem trabalhadas na USF Edimar Medeiros de Sousa, devido à falta de incentivos à população a cerca da importância do diagnóstico precoce, da prevenção da doença, bem como da terapia adequada. A equipe precisa se empenhar cada vez mais na busca ativa desses usuários para ampliar a cobertura de atendimento e melhorar as ações ofertadas.

Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção que alterasse o seguimento de pessoas com HAS e/ou DM, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose. Com isso, espera-se prevenir complicações da hipertensão e/ou do diabetes, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos usuários ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento das pessoas com HAS e/ou DM, estimulando o autocuidado. Espera-se também envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao referido público, organizando o atendimento desses usuários e proporcionando um seguimento regular.



Por fim, como a atenção à saúde do usuário com HAS e/ou DM na USF Edimar Medeiros de Souza ainda não está configurada como uma ação programática em saúde, este projeto tem por finalidade implementar as ações, ampliando o envolvimento político para garantir uma melhor assistência à comunidade, maior receptividade da população às ações oferecidas e a disponibilidade de organização dos horários da equipe para intensificar as ações necessárias à intervenção.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar o atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Edimar Medeiros de Sousa.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

## **2.3 Metas**

**Referentes ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

1.1 Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Referentes ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Referente ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Referente ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referentes ao objetivo 6:** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.4 Metodologia**

### **2.4.1 Ações**

Para o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, serão realizadas ações dentro dos quatro eixos estruturantes:

Monitoramento e avaliação: a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes no programa será monitorada quinzenalmente. Em semanas alternadas, será comparado, através do livro de registro do programa utilizado pela enfermeira e dos relatórios extraídos do programa SISHIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários com hipertensão e Usuários com diabetes), o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que foram captadas e estão em acompanhamento na UBS.

Organização e gestão do serviço: será feita a busca ativa com apoio dos ACS e dos técnicos em enfermagem para identificar pessoas com hipertensão e/ou diabetes que não eram conhecidas na unidade. Para isto, serão organizadas visitas domiciliares e um mutirão por microárea na primeira semana de intervenção e as pessoas encontradas com pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 110mmHg e hemoglicoteste igual ou superior a 126mg/dl serão agendadas para atendimento na UBS e melhor investigação. Após confirmações, serão cadastradas no programa as pessoas acima de 20 anos. A USF possui os materiais adequados para a realização da aferição de pressão arterial e hemoglicoteste.

Engajamento público: serão realizadas salas de espera a cada três semanas para a comunidade esclarecendo sobre a existência do programa de atenção a essa população especial e de como ele funciona – quais são as ações, como é o agendamento das consultas, quais os exames de acompanhamento mais importantes e como eles podem ser realizados no município. Outros assuntos abordados nas salas de espera serão os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes e sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e da aferição da pressão em maiores de 18 anos.

Qualificação da prática clínica: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) serão capacitados para realizar o cadastramento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A equipe da unidade de saúde será capacitada para

verificar a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Essas capacitações serão realizadas no primeiro mês da intervenção, durante as reuniões semanais da equipe.

Para o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, serão realizadas as seguintes ações:

Monitoramento e avaliação: será monitorada na ficha espelho semanalmente, pela médica e/ou enfermeira, a realização do exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Será monitorado quinzenalmente na ficha-espelho, pela médica ou enfermeira, a data de solicitação e quais foram os exames laboratoriais solicitados a cada pessoa, conforme protocolo, tanto dos usuários já em acompanhamento quanto dos novos cadastrados. Será monitorado, ainda, se estes exames foram realizados no período recomendado. Será monitorado quinzenalmente na ficha espelho o fornecimento de medicações do programa HIPERDIA para os usuários cadastrados nos programas de atenção ao hipertenso e ao diabético. Será verificado semanalmente nas fichas espelho os usuários com hipertensão e/ou diabetes que foram avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico e aqueles que se encontram (ou que já finalizaram) tratamento durante a intervenção.

Organização e gestão do serviço: para que o exame clínico seja oferecido de forma apropriada, três cópias impressas dos protocolos adotados serão disponibilizadas, o que será solicitado à coordenação municipal da atenção básica. Pretende-se também capacitar os profissionais para seu uso por quatro vezes durante a intervenção, sendo uma logo ao início, uma ao final do primeiro mês, uma no início do segundo mês e uma no início do terceiro mês. As capacitações não precisarão de interferência nos horários da UBS, pois acontecerão nos momentos e em local já previstos para a reunião de equipe que será no próprio consultório médico, pois na unidade não há sala específica para reuniões. Será acordado entre a médica e a enfermeira que

todos os exames laboratoriais recomendados pelo protocolo sejam solicitados oportunamente ao usuário. O protocolo dos exames complementares necessários será impresso e fixado nos murais dos consultórios médico e de enfermagem. Os usuários que já se encontram em acompanhamento, caso não haja informação da realização dos exames, serão convocados para nova consulta, mesmo que o período da consulta ainda esteja em dia. A informação do agendamento dos mesmos será enviada pelos ACS.

A equipe buscará pactuar com o gestor municipal que todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tenham garantidas vagas para realização de todos os exames complementares definidos no protocolo em até 30 dias depois de solicitados. O médico será responsável pelas atualizações no tratamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de acordo com protocolos oficiais para trazer novas informações necessárias aos demais membros da equipe. Será verificada quinzenalmente com a técnica de enfermagem a relação de medicamentos distribuídos às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Após decisão em conjunto, o técnico de enfermagem ficará responsável por a) controlar a distribuição dos medicamentos; b) fazer o controle de estoque dos medicamentos, verificando inclusive o prazo de validade e fazendo quinzenalmente a relação de medicamentos a serem solicitados; e c) manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Será definido junto à equipe que todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que comparecerem à UBS, para qualquer procedimento, mesmo que não seja consulta, sejam questionadas sobre a avaliação odontológica e encaminhadas para agendamento com a ASB quando não tiver sido realizado nenhum atendimento. A equipe de saúde bucal organizará a agenda odontológica para receber estes usuários, deixando dois horários por dia com tal finalidade. Após a avaliação da necessidade de tratamento, o usuário será agendado para realizar a primeira consulta odontológica programática e a seguir as consultas de tratamento, sendo primeiramente utilizada a disponibilidade das vagas na agenda para os indivíduos com alto risco para as complicações, com complicações ou com alto risco para doenças bucais. Esta priorização visa à integralidade e equidade das ações, diminuindo o sofrimento e agravos destes usuários. Pretende-se destinar uma vaga diariamente para o

tratamento destes usuários. A enfermeira ou a médica disponibilizará semanalmente para a equipe de saúde bucal a relação atualizada de usuários cadastrados no programa, com a identificação daqueles que são de alto risco. A ASB sinalizará quem está com a avaliação realizada e quem está em tratamento. A relação será fornecida também aos ACS para buscarem os que estiverem com a avaliação pendente ou faltosos às consultas do tratamento.

Engajamento público: serão incluídos entre os temas das salas de espera realizadas a cada três semanas pela médica e/ou enfermeira da equipe as orientações aos usuários e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e quanto à importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Durante as consultas individuais e também nas atividades de sala de espera os usuários e a comunidade serão orientados sobre a importância da realização dos exames complementares com periodicidade anual. Nas consultas individuais e nas atividades educativas coletivas, os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Nas consultas individuais e nas atividades educativas coletivas, os usuários e a comunidade serão orientados quanto à importância da saúde bucal para manutenção da saúde geral e sobre a importância do tratamento odontológico para manutenção da saúde bucal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Qualificação da prática clínica: serão realizadas quatro capacitações, incluindo entre elas os encontros sobre o uso dos protocolos adotados e o treinamento para a realização do exame clínico apropriado. As capacitações serão responsabilidade da médica e/ou da enfermeira. Nas capacitações previstas, conforme descrito anteriormente, a equipe será instruída sobre a solicitação dos exames complementares conforme protocolo. Nos encontros de capacitação, será realizada atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes. Nos encontros de capacitação será abordada para os profissionais a importância da saúde bucal para manutenção da saúde geral e a importância do tratamento odontológico para manutenção da saúde bucal

das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a fim de que toda a equipe contribua nas orientações aos usuários.

Para o objetivo de melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa, estão propostas as seguintes ações:

Monitoramento e avaliação: a enfermeira solicitará aos ACS a relação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes de cada área, registrará em livro específico e comparará com os cadastrados no SISHIPERDIA e para verificar na ficha espelho o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes há mais de um ano sem consulta.

Organização e gestão do serviço: serão agendadas, conforme quantidade de pessoas a serem visitadas, as visitas domiciliares para buscar os usuários pendentes de consulta ou faltosos. A agenda de atendimentos da médica e da enfermeira será organizada para receber estes usuários semanalmente, em dois dias reservados por semana, para atender especificamente cerca de quinze desses usuários por dia. O calendário de visitas com a data e o respectivo ACS daquela área será disponibilizado de forma visível, e distribuído em todas as salas de atendimento, para que não haja dúvida quanto a estas datas. Aqueles que foram usuários acamados terão agendada consulta no domicílio com a médica e/ou com a enfermeira e aqueles identificados com ausência de meios de locomoção até a UBS por residirem muito distante serão informados à gestão junto a uma solicitação por escrito de disponibilização de transporte para os mesmos até a UBS.

Engajamento público: serão afixados cartazes na UBS, em igrejas e na lotérica informando sobre a existência de um programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde. A comunidade será informada nas atividades educativas sobre a importância de realização das consultas e exames. Para saber da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes será instalada uma caixa de sugestões na recepção para que as pessoas possam emitir sua opinião a esse respeito.



Qualificação da prática clínica: os ACS serão treinados durante os encontros de capacitação para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à importância de realizar a consulta periodicamente.

Para o objetivo de melhorar o registro das informações, serão realizadas ações dentro dos quatro eixos estruturantes:

Monitoramento e avaliação: a enfermeira ou a médica monitorará quinzenalmente o preenchimento adequado dos registros utilizados (prontuários, fichas do SISHIPERDIA, livro de registro e fichas/relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) comparando-os com a ficha espelho.

Organização e gestão do serviço: os registros que precisam ser enviados à secretaria de saúde (relatório do SIAB) estarão garantidos pela equipe e serão entregues ao coordenador da atenção básica mediante protocolo de correspondência. Será implantado o uso da ficha espelho de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, que contém campos para serem condensados por usuário, individualmente, e são informações necessárias ao monitoramento da intervenção, incluindo as que não constavam nos registros já utilizados, como nome das medicações de uso contínuo, medicações adquiridas através do programa HIPERDIA, da Farmácia Popular ou de outra forma, exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado, realização de avaliação da necessidade de tratamento odontológico, atraso na realização de consulta ou exame complementar, realização de estratificação de risco, comprometimento de órgão alvo e estado de compensação da doença. Será pactuado com a equipe que a ficha espelho será utilizada por todos os profissionais diariamente e os dados serão alimentados na ficha-espelho de controle da médica/enfermeira quinzenalmente.

Engajamento público: orientar os usuários e a comunidade, nas consultas individuais e atividades educativas realizadas pela médica, sobre os

direitos dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via dos mesmos, se necessário.

Qualificação da prática clínica: a enfermeira capacitará a equipe sobre o preenchimento adequado dos registros utilizados (prontuários, fichas do programa HIPERDIA, livro de registro, fichas/relatórios do SIAB e ficha espelho).

Para o objetivo de mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular, serão realizadas as ações:

Monitoramento e avaliação: a enfermeira e a médica irão avaliar quinzenalmente na ficha espelho se as pessoas com hipertensão e/ou diabetes estão com a verificação da estratificação de risco em dia (realizada há menos de um ano), tanto os usuários já em acompanhamento quanto os novos cadastrados.

Organização e gestão do serviço: os usuários que já se encontram em acompanhamento e não possuem essa informação em nenhum registro serão agendados para atendimento na UBS, da mesma forma que foi proposto para a solicitação dos exames complementares e realização da avaliação de necessidade de tratamento odontológico. A informação do agendamento dos mesmos será enviada pelos ACS. As pessoas com hipertensão e/ou diabetes com alto risco para as complicações terão identificação através de tarjas coloridas nos prontuário. O agendamento dos mesmos será priorizado, sempre que necessário, disponibilizando duas vagas diárias para o eventual comparecimento destes usuários, e uma programação de acompanhamento mais minucioso será oferecida, através de um atendimento diferenciado.

Engajamento público: serão fornecidas pela equipe, em sala de espera a cada três semanas e individualmente durante as consultas, esclarecimentos sobre o seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação saudável e a prática regular de atividade física.

Qualificação da prática clínica: a equipe será capacitada na unidade, pela enfermeira e pelo médico, acerca da realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

As ações que almejam alcançar as metas para o objetivo de promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes são:

Monitoramento e avaliação: será monitorado mensalmente pela enfermeira na ficha espelho o fornecimento das orientações sobre nutrição saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Organização e gestão do serviço: serão organizadas duas atividades educativas com prática coletiva. A primeira para abordar a importância de atividade física regular, com previsão para ocorrer no mês 2 da intervenção. Este momento será organizado pela educadora física do município para acontecer em praça pública e será feito um ofício para a secretaria de saúde para que sejam disponibilizados os materiais necessários. A segunda atividade prática coletiva será sobre higiene bucal, realizada pela cirurgiã-dentista na UBS, agendada para o turno da tarde, e nesta atividade serão abordados ainda os riscos do tabagismo e a alimentação saudável, pela médica e nutricionista.

Engajamento público: nas consultas individuais, nas atividades de sala de espera, nos grupos e nas atividades práticas, as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares que comparecerem às atividades serão orientados sobre nutrição saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Serão confeccionados na unidade, por toda a equipe, cartazes informativos sobre hábitos de vida saudáveis, contendo os temas propostos.

Qualificação da prática clínica: durante os encontros de capacitação da equipe, a médica e a enfermeira abordarão os temas sobre nutrição saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a cirurgiã-dentista abordará a

higienização de próteses bucais e dentes naturais dos usuários para que possam oferecer tais orientações às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

#### **2.4.2 Indicadores**

**Referente à meta 1:** Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Proporção de pessoas com hipertensão residentes na área e cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da USF.

**Indicador 1.2:** Proporção de pessoas com diabetes residentes na área e cadastradas no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da USF.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes residentes na área e cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da USF.

**Referente à meta 2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 2.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.2:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 3:** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.2:** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Indicador 4.2:** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde e com prescrição de medicamentos.

**Referente à meta 5:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 5.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Indicador 5.2:** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 6:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 6.1:** Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas e com busca ativa.

**Indicador 6.2:** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas e com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas e com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas.

**Referente à meta 7:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 7.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Indicador 7.2:** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 8:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 8.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

**Indicador 8.2:** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 9:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 9.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Indicador 9.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 10:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 10.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação em relação à prática regular de atividade física.

**Indicador 10.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação em relação à prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação em relação à prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 11:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 11.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Indicador 11.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Referente à meta 12:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Indicador 12.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

**Indicador 12.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

### 2.4.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à hipertensão e diabetes que será realizada na Unidade de Saúde Edimar Medeiros de Sousa, serão adotados o Caderno de Atenção Básica-Hipertensão Arterial Sistêmica, vol. 36 e o Caderno de Atenção Básica-Diabetes Mellitus, vol. 37 do Ministério da Saúde, 2013. Serão utilizadas as fichas-espelho fornecidas pelo curso e o prontuário dos usuários, onde contém todas as suas informações individualizadas. Todas essas fichas precisarão estar disponíveis para os 272 usuários com hipertensão e os 57 usuários com diabetes que se pretende alcançar com a intervenção e na continuidade das ações. Para isso, as fotocópias em quantidade suficiente serão solicitadas, por meio de ofício, ao gestor municipal. O acompanhamento da intervenção será feito através da planilha eletrônica de coleta de dados, que será preenchida pela médica e pela enfermeira com as informações das fichas- espelhos, verificada semanalmente e monitorada mensalmente pela médica, observando os gráficos gerados a cada mês.

Para a organização inicial dos registros, a médica levantará os prontuários e os revisará, juntamente a todas as fichas já existentes dos usuários em acompanhamento, transcrevendo para a ficha as informações que porventura só estejam no prontuário. Ao mesmo tempo, verificará quem está com as consultas e exames em dia. Aqueles que estiverem com algum atraso, com a ajuda dos ACS, serão solicitados a comparecer à unidade em dia específico e agendado para atualizar o acompanhamento.

Dessa forma, buscaremos um controle rigoroso das ações da equipe, bem como melhorar a frequência destes usuários à UBS. Será estabelecido o



registro, pela funcionária da farmácia, de toda a medicação que for dispensada às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e, pela técnica de enfermagem que irá aferir a pressão arterial e medir a glicemia capilar destes usuários e anotar na caderneta do hipertenso e diabético.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (2013) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado um dia da semana para reunião com a equipe para que possa ser discutido o caderno de atenção básica destes usuários.

A equipe deverá ter todos os equipamentos necessários para as ações do programa, tais como: esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, monitor de glicemia, lancetas e tiras reagentes e balança devidamente calibrada.

Toda a comunidade deverá ser mobilizada no sentido de colaborar para a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa visando uma maior captação desses usuários, além de priorizar o controle e a prevenção de complicações dessas doenças. Deste modo, contataremos a associação de moradores e os representantes das Igrejas Assembleia de Deus e Católica para oportunizarem momentos para divulgar o programa.



### **3 Relatório de intervenção**

A intervenção teve como objetivo melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) na UBS/ESF Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí, PI. Esta unidade presta atendimento para 2611 pessoas, tendo cadastrados 400 usuários com HAS e 114 com DM. Dentre os cadastrados, a equipe realizava atendimento programado para 273 pessoas com HAS (68% de cobertura) e 56 pessoas com DM (50% de cobertura). Poucas atividades eram desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida destes usuários, porém com o advento do projeto houve mais incentivo a estes usuários para procurarem a unidade para realização de consultas periódicas, exames complementares, checagem das medicações, participação em palestras educativas e dentre outras atividades.

O projeto de intervenção foi desenvolvido não só na própria UBS como também em igrejas, escolas e casas de moradores. Eram agendados na UBS aproximadamente 24 usuários com HAS e/ou DM por semana.

Percebe-se com o desenvolvimento deste projeto de intervenção que o conhecimento da realidade local, da situação socioeconômica e de saúde dos usuários é fundamental para o planejamento das ações, de modo que quanto maior for este conhecimento, maior e melhor será a qualidade do serviço oferecido para a comunidade e, conseqüentemente, mais significativa será a diminuição das doenças e dos agravos propiciados pela falta de promoção e prevenção de saúde.

As experiências adquiridas no decorrer da realização da intervenção possibilitaram-me uma situação bastante confortável como profissional, pois foi possível exercer a medicina em sua forma mais humana, preventiva e assistencialista.

### **3.1 Ações previstas e realizadas**

#### **Monitoramento e avaliação**

Em relação ao monitoramento da realização do exame clínico em usuários com hipertensão e/ou diabetes, as fichas espelho foram analisadas pela médica e/ou enfermeira quinzenalmente e não semanalmente como estava previsto. Este ajuste na periodicidade ocorreu para facilitar o fluxo de trabalho da médica e da enfermeira, pois se percebeu que não havia necessidade de realizar o monitoramento semanal do referido exame.

Foi verificado semanalmente nas fichas espelho os usuários com hipertensão e/ou diabetes que foram avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico e aqueles que se encontravam em tratamento ou que tinham finalizado o tratamento odontológico. Essa ação inicialmente foi bastante difícil, pois muitos usuários com HAS e/ou DM não tinham uma concepção da importância da avaliação odontológica na prevenção de doenças e só procuravam um atendimento odontológico quando estavam apresentando alguma queixa. Com o desenvolvimento da intervenção através de palestras, orientações durante a consulta, eles foram aderindo cada vez mais ao plano de ação e com isso, conseguimos obter uma boa aderência desses usuários na avaliação odontológica, facilitando assim o monitoramento das fichas espelho.

Em relação à cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes no programa foi monitorado quinzenalmente pela enfermeira. Além disso, em semanas alternadas, foi comparado, através do livro de registro do programa utilizado pela enfermeira e dos relatórios extraídos do programa SISHIPERDIA, o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que foram captadas e que estão em acompanhamento na UBS.

Outra ação desenvolvida no decorrer da intervenção foi o monitoramento quinzenal da ficha-espelho, pela enfermeira, em relação à data de solicitação e os exames que eram os exames laboratoriais solicitados a cada pessoa. Esse monitoramento era feito também pela médica através do prontuário quando o usuário comparecia a consulta. Outro papel desenvolvido pela enfermeira quinzenalmente era o monitoramento do preenchimento adequado dos registros utilizados (prontuários, fichas do SISHIPERDIA, livro de registro e

fichas/relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) comparando-os com a ficha espelho.

Quinzenalmente era monitorado pela técnica de enfermagem na ficha espelho o fornecimento de medicações do programa HIPERDIA para os usuários cadastrados nos programas de atenção ao hipertenso e ao diabético, o estoque dos medicamentos, o prazo de validade, além disso, era feita uma relação de medicamentos que estavam em falta para que o gestor fizesse o pedido de tais medicações.

Quinzenalmente, a médica avaliava na ficha-espelho as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que estavam com a estratificação de risco em dia (realizada há menos de um ano).

Mensalmente era monitorado pela enfermeira na ficha espelho o fornecimento das orientações sobre nutrição saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal, quer seja através de palestras na própria UBS, na igreja ou na casa de família, quer seja durante a consulta médica já que era registrado no prontuário.

A enfermeira solicitou aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a relação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes de cada área para registrar em livro específico e comparar com os cadastrados no SISHIPERDIA e para verificar na ficha espelho o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes há mais de um ano sem consulta. Ao identificar esses usuários que estão sem comparecer à UBS há algum tempo e que necessitam de avaliação médica e solicitação dos exames de rotina. O ACS responsável por cada área onde residem estes indivíduos ficava responsável em fazer a busca ativa dessas pessoas. A enfermeira irá monitorar, ainda, se estes exames foram realizados no período recomendado.

### **Organização e gestão do serviço**

Em relação às dificuldades encontradas antes da intervenção que contribuíam para a baixa adesão dos usuários com HAS e/ou DM em relação à procura de atendimento na UBS, é possível citar a distância entre algumas comunidades e a UBS, pois algumas delas encontravam-se a uma distância de 20 km, tornando assim, impossível, mesmo com todo o empenho dos ACS em resgatar esses usuários. Diante dessa realidade, a realização de atendimentos

nas comunidades locais mais próximas do domicílio facilitou o deslocamento até o serviço de saúde propiciando maior adesão destes usuários à procura de um atendimento nas unidades, facilitando a busca ativa dos faltosos.

Em relação ao atendimento maior do que a demanda de rotina (mutirão) que estava previsto na primeira semana, gostaria de enfatizar que não foi um número de atendimentos muito além do habitual e fizemos isso porque havia uma preocupação em relação aos números de atendimentos que não estavam como esperado. Contudo, foi apenas uma ação inicial para apoiar o reconhecimento das microáreas.

As comunidades atendidas foram: Vaca Brava I e II, Limoeiro, Lagoa Seca e Barroca. Os atendimentos aconteceram em igrejas, escolas e residências de usuários para todos os grupos populacionais, embora a quantidade maior de usuários tenha sido de pessoas com HAS e/ou DM. Todos os usuários atendidos receberam as mesmas orientações em relação à prevenção de doenças crônicas, tabagismo, alimentação saudável, prática de atividades físicas etc. Nestes atendimentos itinerantes contamos, em geral, com a participação dos seguintes profissionais: médico, enfermeira, técnica enfermagem e ACS. E foram realizadas todas as ações previstas em Protocolo, tais como pesagem, aferição da pressão arterial, averiguação da glicemia capilar, exame físico de pés, checagem da medicação e verificação de exames complementares.

Outro ponto positivo com a realização do projeto de intervenção foi a organização da UBS, no que diz respeito ao cadastro dos usuários com HAS e/ou DM, pois todos os usuários da área de cobertura da Unidade básica em questão possuem atualmente uma ficha de atendimento com a sua história clínica pregressa, que por sua vez, facilita para uma intervenção mais coerente com a realidade de cada indivíduo, bem como para uma avaliação destas intervenções. Além disso, com a implantação da ficha espelho, a equipe tem acesso facilitado às informações necessárias ao monitoramento das ações, incluindo as que não constavam nos registros já utilizados, como: nome das medicações de uso contínuo, medicações adquiridas através do programa HIPERDIA, da Farmácia Popular ou de outra forma, exames complementares, realização de avaliação da necessidade de tratamento odontológico, atraso na

realização de consulta ou exame complementar, realização de estratificação de risco, comprometimento de órgão alvo e estado de compensação da doença.

Para que o exame clínico fosse oferecido de forma apropriada, foram impressas três cópias dos protocolos adotados e o gestor foi contatado para que o mesmo disponibilizasse a impressão desses protocolos e da relação de exames necessários aos usuários com HAS e/ou DM para que posteriormente fossem fixados nos murais dos consultórios médico e de enfermagem. Em relação à capacitação dos profissionais para seu uso durante a intervenção, só foi realizada no início do primeiro mês de intervenção pela médica e, não por quatro vezes conforme o previsto nas ações de intervenção. Foi acordado com a equipe que quando eles tivessem alguma dúvida poderiam questionar à médica.

Foi acordado entre a médica e a enfermeira que todos os exames laboratoriais recomendados pelo protocolo fossem solicitados oportunamente ao usuário. Tais exames eram solicitados anualmente conforme o protocolo e, o enfermeiro e o médico eram responsáveis por acompanhar tanto pela ficha-espelho como pelo prontuário aquelas pessoas com HAS e/ou DM que não estavam com exames laboratoriais em dia. Os indivíduos que não estavam com os exames laboratoriais em dia eram resgatados pelos ACS para que os mesmo comparecessem a consulta médica agendada pelo próprio ACS.

O gestor municipal foi contatado através da médica para que todas as pessoas com HAS e/ou DM tenham garantidas vagas para realização de todos os exames complementares definidos no protocolo em até 30 dias depois de solicitados, para que assim a população possa ter um seguimento adequado. Porém, não foi o que ocorreu na prática com todos os usuários com HAS e/ou DM, pois os exames eram coletados mensalmente e os resultados demoravam em média 20 dias.

O médico era o responsável pelas atualizações no tratamento das pessoas com HAS e/ou DM de acordo com os protocolos oficiais para trazer novas informações necessárias aos demais membros da equipe, porém durante o decorrer da realização da intervenção não houve nenhuma atualização no tratamento da hipertensão e do diabetes.

A agenda de atendimentos da médica e da enfermeira era organizada para receber os usuários com HAS e/ou DM semanalmente, em dois dias

reservados por semana, para atender especificamente cerca de 24 desses usuários por semana, quer seja através de demanda agendada na UBS, quer seja na igreja da comunidade ou na casa de família de algum usuário ou ACS.

O calendário de visitas feito pela médica e enfermeira tinha a data, horário e o respectivo ACS daquela área. O mesmo foi impresso e distribuído em todas as salas de atendimento, para que não haja dúvida quanto a estas datas. Além disso, foi impresso uma cópia e entregue para todos os ACS.

Aos poucos usuários acamados que residiam na área eram agendadas consultas no domicílio com a médica e/ou com a enfermeira e aqueles identificados com ausência de meios de locomoção até a UBS por residirem muito distante foram informados à gestão junto a uma solicitação por escrito de disponibilização de transporte para os mesmos até a UBS, ou muitas vezes, eram organizados mutirões nas igrejas, escolas, casa de moradores para que os usuários tivessem acesso ao atendimento. Durante esses mutirões eram distribuídos as medicações.

Os registros que precisavam ser enviados à secretaria de saúde (relatório do SIAB) foram garantidos pela equipe e entregues ao coordenador da atenção básica mediante protocolo de correspondência.

Foi pactuado através de uma reunião com a equipe que a ficha-espelho seria utilizada por todos os profissionais diariamente e os dados eram alimentados na ficha-espelho de controle da médica/enfermeira quinzenalmente.

A busca de usuários com HAS e/ou DM com alto risco era realizada pela enfermeira durante as visitas domiciliares e a informação do agendamento destes usuários de alto risco era realizada pelos ACS, onde cada ACS era responsável pela sua área. Tais usuários com alto risco para as complicações eram identificados durante a consulta médica através de tarjas coloridas em seus prontuários. O agendamento dos mesmos era priorizado, sempre que necessário, disponibilizava-se duas vagas diárias para o eventual comparecimento destes usuários, e uma programação de acompanhamento mais minucioso era oferecida, através de um atendimento diferenciado, com uma atenção maior, tempo de consulta maior; já que boa parte deles eram idosos.



No decorrer da intervenção foram organizadas duas atividades educativas com prática coletiva. A primeira atividade coletiva que ocorreu na sexta semana de intervenção, os usuários com HAS e/ou DM foram orientados pela enfermeira quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso. Na mesma ocasião estes usuários foram orientados pela cirurgiã-dentista quanto à importância da saúde bucal para manutenção da saúde geral e sobre a importância do tratamento odontológico para manutenção da saúde bucal agendado para o turno da tarde, e nesta atividade foram abordados ainda os riscos do tabagismo e a alimentação saudável, pela médica e nutricionista. A segunda atividade educativa com prática coletiva realizou-se na nona semana de intervenção e foi realizada pela educadora física em praça pública, enfatizando a importância da atividade física regular. A mesma fez um ofício para a secretaria de saúde para que fossem disponibilizados os materiais necessários, como projetor de multimídia (data show), colchonetes e pesos.

No que se refere à saúde bucal dos usuários com HAS e/ou DM, a avaliação em relação à necessidade de atendimento odontológico foi realizada, contudo, tivemos certa dificuldade em relação à primeira consulta odontológica programática e consultas subsequentes, pois eles compareciam para consulta médica e não esperavam a consulta odontológica, e quando eram remarcados muitos não compareciam à consulta com a equipe de saúde bucal. Talvez isso tenha acontecido porque estes usuários não possuíam antes nenhum esclarecimento sobre prevenção na saúde bucal, além da dificuldade de locomoção. Com o desenvolvimento da intervenção houve uma maior adesão dos usuários com HAS e/ou DM, pois houve incentivos através de palestras realizadas na comunidade acerca da importância da prevenção de doenças bucais e assim, aos poucos, estes usuários foram se conscientizando e participando mais ativamente das consultas odontológicas.

A equipe de saúde bucal organizou uma agenda odontológica para receber estes usuários, deixando dois horários por dia com tal finalidade. Sendo que a prioridade das vagas na agenda era destinada para os indivíduos com alto risco para as complicações, com complicações ou com alto risco para doenças bucais. Quando os usuários com HAS e/ou DM diários ultrapassavam

a quantidade diária disponibilizada, os mesmos eram automaticamente agendados para o dia seguinte.

A enfermeira era responsável por disponibilizar semanalmente para a equipe de saúde bucal a relação atualizada de usuários cadastrados no programa, com a identificação daqueles que são de alto risco.

A Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) era responsável por sinalizar quem estava com a avaliação realizada e quem estava em tratamento. A relação era fornecida também aos ACS para que os mesmos buscassem aqueles usuários com HAS e/ou DM que estivessem com a avaliação pendente ou faltosos às consultas do tratamento.

### **Engajamento público**

A população acabou acostumando-se com a introdução de um novo modelo de saúde (prevenção e promoção), em que eles percebem a oportunidade de assistir palestras, receber panfletos informativos, da cirurgiã-dentista, da enfermeira e também do médico, que passou a programar as ações de promoção e prevenção da saúde nesta comunidade.

Muitos usuários com HAS e/ou DM não frequentavam a UBS rotineiramente, pois achavam desnecessário o acompanhamento da PA, glicemia capilar, exames periódicos e dentre outros; compareciam na unidade apenas quando apresentavam alguma queixa ou para pegar suas medicações. Com o desenvolvimento do projeto de intervenção, boa parte destes usuários passou a procurar assistência com maior frequência para as ações programadas.

Em relação às atividades na sala de espera eram realizadas a cada três semanas. A primeira atividade foi realizada na primeira semana de intervenção na qual, antes do atendimento os usuários com HAS e/ou DM foram orientados pela enfermeira sobre a importância do acompanhamento periódico e que não deverão procurar o posto de saúde apenas quando forem pegar os medicamentos e sim, periodicamente, foi esclarecido sobre a existência do programa de atenção a essa população especial e de como ele funciona – quais são as ações, como é o agendamento das consultas, quais os exames de acompanhamento mais importantes e como eles podem ser realizados no município.

Na quarta semana de intervenção foram esclarecidos aos usuários com HAS e/ou DM na sala de espera pela nutricionista e enfermeira à importância do acompanhamento regular, bem como a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação saudável e a prática regular de atividade física, nutrição saudável, riscos do tabagismo e higiene bucal. Após a palestra foram disponibilizados alguns alimentos saudáveis como frutas e sucos naturais para degustação.

Na décima semana de intervenção foi realizada uma rápida palestra na sala de espera abordando os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes e sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e da aferição da pressão em maiores de 18 anos. Além disso, foram abordados os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e à importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Foram organizadas três palestras no decorrer da intervenção com os grupos de usuários com HAS e/ou DM na UBS pela médica, enfermeira e cirurgiã-dentista, nas igrejas e nas casas de moradores, onde foram abordados o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso, a importância da saúde bucal para manutenção da saúde geral e sobre a importância do tratamento odontológico para manutenção da saúde bucal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Na primeira semana de intervenção foram confeccionados na unidade, por toda a equipe, cartazes informativos sobre hábitos de vida saudáveis, contendo os temas propostos e foram afixados nos consultórios médico, odontológico e de enfermagem. Foram afixados também cartazes na UBS, em igrejas e na lotérica informando sobre a existência de um programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde.

Para saber da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi instalada uma caixa de sugestões na recepção para que as pessoas possam emitir sua opinião a esse respeito. Essa caixa foi implantada na segunda semana de intervenção e foi confeccionada pela médica. Houve várias sugestões, críticas e elogios no

decorrer da intervenção, como sugestão solicitou-se que a enfermeira e/ou a técnica de enfermagem fossem mais vezes na semana nos domicílios dos usuários para aferição de pressão arterial e glicemia capilar. Quanto às críticas, muitos criticaram quanto a demora durante o atendimento médico e os elogios mencionados foram em relação à rapidez na realização dos exames complementares solicitados, maior atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e, dentre outros. Desta forma, percebe-se que as ações educativas devem ser mais estimuladas no que diz respeito aos cuidados com a saúde, para isso é importante buscar maior frequência das ações educativas em todas as áreas de atenção, além de maior participação da comunidade nessas atividades e nas decisões da equipe de saúde, pois uma população saudável precisa ser uma população educada, conhecedora de seus direitos e deveres, bem como da importância do seu papel na saúde pública.

### **Qualificação da prática clínica**

Foram realizadas quatro capacitações, sendo uma na segunda, quarta, sexta e a última na nona semana de intervenção. Na segunda semana de intervenção a capacitação foi realizada pela médica e enfermeira treinaram os ACS para orientarem os usuários com HAS e/ou DM quanto à importância de realizarem a consulta anualmente, explicando para eles as possíveis complicações da hipertensão e do diabetes se não forem controladas adequadamente.

Na quarta semana de intervenção os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados pela médica a realizar o cadastramento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A enfermeira e técnica de enfermagem também foram capacitadas para verificar a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Na sexta semana de intervenção houve capacitação da equipe pela médica em especial aos ACS, os quais foram treinados para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à importância de realizar a consulta periodicamente.

Por fim, na nona semana de intervenção houve uma reunião com todos os membros da equipe para capacitar os profissionais (enfermeiro, técnico de

enfermagem, dentista e ASB) para o uso correto dos protocolos adotados para realização do exame clínico para que o mesmo seja oferecido de forma apropriada aos usuários da unidade. No mesmo dia a enfermeira e o médico capacitaram os ACS e o técnico de enfermagem sobre o preenchimento adequado dos registros utilizados (prontuários, fichas do programa HIPERDIA, livro de registro, fichas/relatórios do SIAB e ficha espelho) e, acerca da realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **3.2 Ações previstas e não realizadas**

Todas as ações propostas foram realizadas, total ou parcialmente, ainda que tenham surgido diferentes impasses para o atendimento esperado.

### **3.3 Dificuldades em relação à coleta e sistematização de dados**

Em relação à coleta e sistematização de dados, tive algumas dificuldades, pois frequentemente ficava na dúvida quanto ao preenchimento das planilhas, que por sua vez propiciavam erros, os quais geravam dados exorbitantes e incompatíveis com a realidade, porém, estas dificuldades foram superadas através das orientações.

### **3.4 Análise da incorporação das ações à rotina do serviço**

As perspectivas em relação à continuidade das ações programadas na intervenção são muitas, pois a equipe mostrou bastante empenho no decorrer da realização da intervenção. A organização da UBS, no que diz respeito ao cadastro dos usuários com HAS/DM foi bastante efetiva, pois todos os usuários da área de cobertura da UBS em questão receberam uma ficha de atendimento com a sua história clínica pregressa que, por sua vez, facilitava para uma intervenção mais coerente com a realidade de cada pessoa, bem como para continuação da realização das ações daqui para frente. Eu espero que a equipe dê continuidade à intervenção fazendo as buscas daqueles usuários

com HAS e/ou DM faltosos às consultas, visitas domiciliares, palestras à população, e outras atividades desenvolvidas ao longo dessa intervenção.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

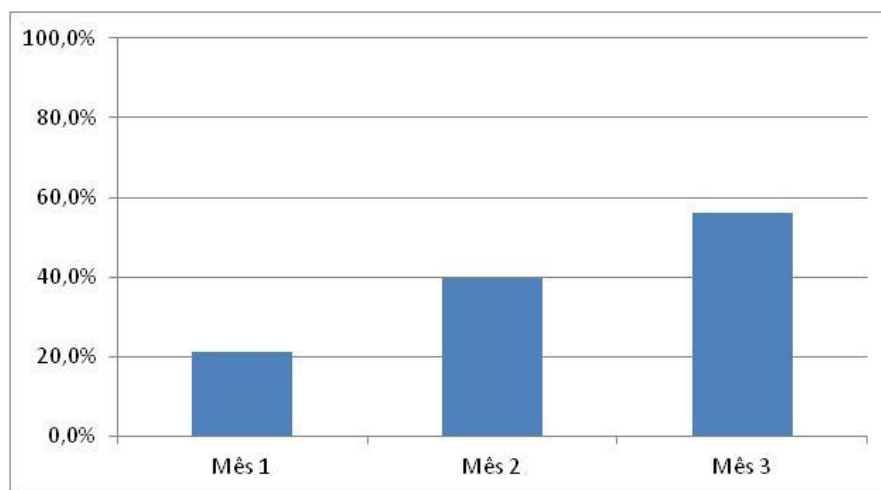
A intervenção teve como objetivo geral melhorar o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Edimar Medeiros de Sousa. Os objetivos específicos e metas, foram monitorados com os indicadores de cobertura e de qualidade que serão demonstrados por meio dos resultados da intervenção a seguir.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na área de cobertura da UBS Edimar Medeiros de Sousa do município de Cabeceiras-PI, existem atualmente 397 usuários com hipertensão. Quando iniciamos a intervenção tínhamos 272 pessoas cadastradas, sendo a cobertura de quase 70%. Conforme se vê na figura 1, após três meses do início da intervenção o número total de cadastros correspondeu a 56,2% (223/397), havendo um salto considerável do primeiro mês de intervenção, em que a cobertura era de 21,2% (157/397) e do segundo mês, em que a cobertura era de 39,5% (157/397). A redução da cobertura do programa pode ser explicado por duas razões: primeiro, a ação programática recebeu implementações relevantes, tornando o programa mais organizado e padronizado de acordo com o Protocolo, ou seja, os usuários atendidos a partir da intervenção estão realmente cadastrados, acompanhados e com registros atualizados; segundo, o programa existia na UBS, mas os dados da cobertura antes do início da intervenção possivelmente não são fidedignos. A informação sobre a cobertura antes da intervenção foi coletada para que a equipe tivesse noção da

abrangência das ações, mas estas não necessariamente eram ofertadas de maneira integral e universal.

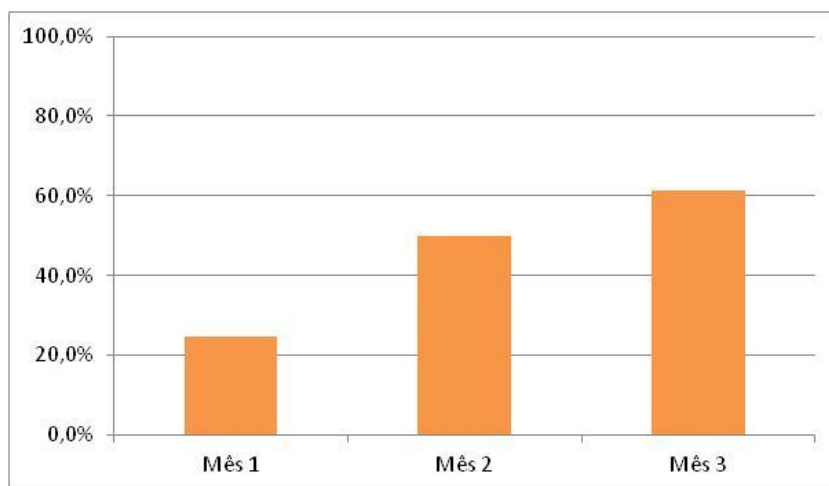


**Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% das pessoas com diabetes mellitus da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na UBS Edimar Medeiros de Sousa do município de Cabeceiras-PI a área de cobertura engloba aproximadamente 98 usuários com diabetes mellitus (DM). Ao iniciarmos a intervenção tínhamos 57 pessoas com DM cadastrados, sendo a cobertura pouco acima de 50%. Ao observar a figura 2 nota-se que após a implementação do programa, três meses depois do início da intervenção, a cobertura do programa corresponde a 61,2% (60/98), ou seja, atualmente há maior número de pessoas cadastradas e atendidas pelo programa. No primeiro mês de intervenção, a cobertura era de 24,5% (24/98) e no segundo mês de 50% (49/98), demonstrando que houve importante ampliação em relação ao alcance das ações.



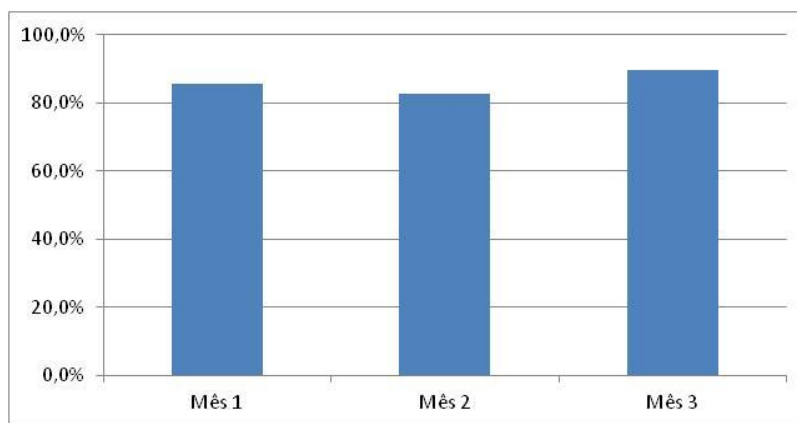


**Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

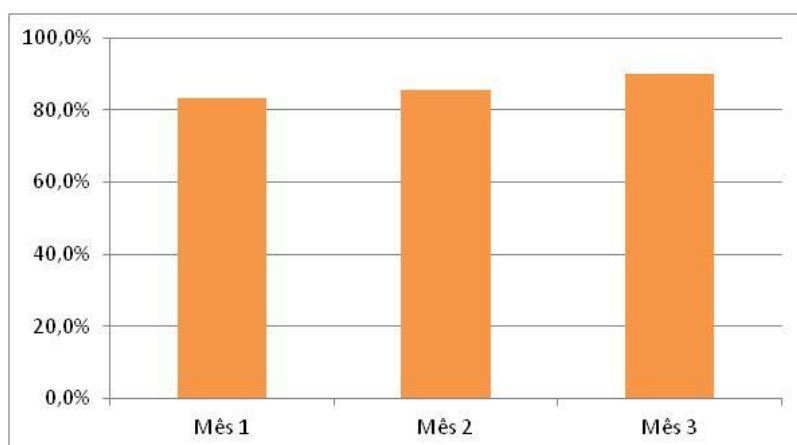
Para melhorar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, foi realizado o exame clínico apropriado em todas as pessoas no momento em que compareciam à consulta, porém, pelo fato de alguns usuários estarem faltosos às consultas, foi registrado como não estando em dia com o exame clínico, pois esses usuários estarão em dia apenas a partir do momento em que comparecerem à consulta. Foram realizadas buscas ativas frequentes e orientações durante ações educativas, ainda assim no primeiro mês 85,7% (72/84) das pessoas haviam realizado exame clínico, no segundo 82,8% (130/157) e no terceiro mês 89,7% (200/223), conforme demonstrado na figura 3.



**Figura 3. Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

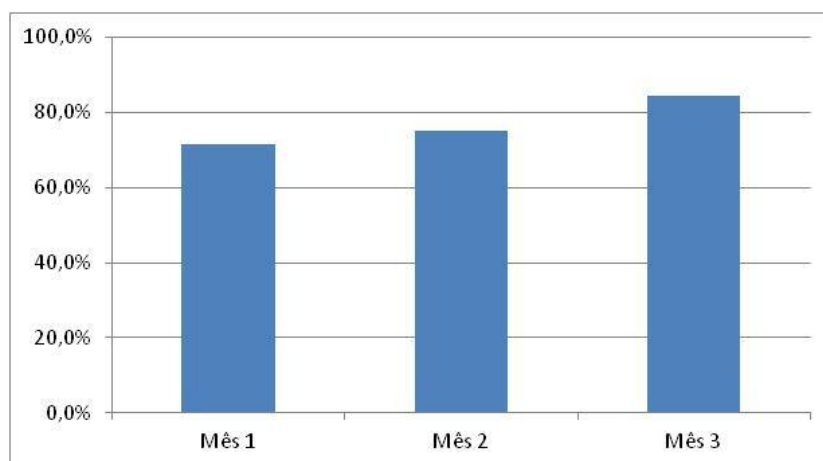
Assim como o que ocorreu com os usuários com HAS, as pessoas com DM faltosas foram consideradas como não estando com o exame clínico em dia. Conforme os usuários comparecem à consulta e realizam o exame, o dado foi atualizado na planilha. A figura 4 demonstra a proporção de usuários com DM que realizaram o exame clínico apropriado durante o período da intervenção, sendo: primeiro mês 83,3% (20/24), segundo mês 85,7% (42/49) e terceiro mês 90% (54/60).



**Figura 4. Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

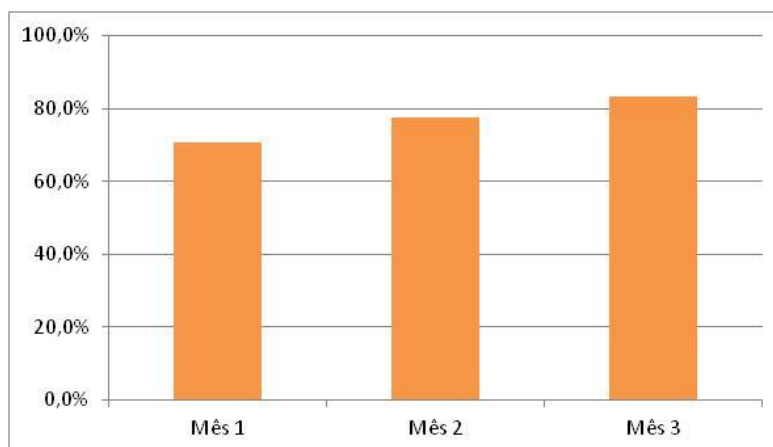
No primeiro mês 71,4% (60/84) dos usuários estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês 75,2% (118/157) e no terceiro mês 84,3% (188/223), conforme mostra a figura 5. Os motivos pelos quais os exames complementares não foram realizados em 100% desses usuários está relacionado aos mesmos motivos citados anteriormente no exame clínico.



**Figura 5. Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

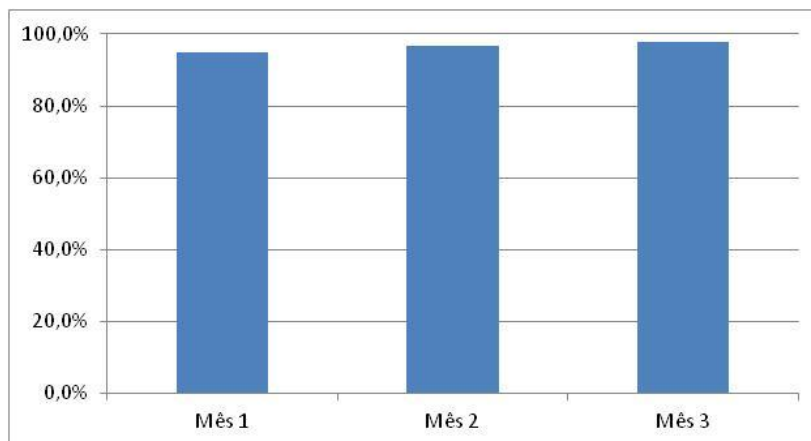
No primeiro mês 70,8% (17/24) dos usuários estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês 77,6% (38/49) e no terceiro mês 83,3% (50/60), conforme mostra a figura 6. Os motivos pelos quais os exames complementares também não foram realizados em 100% desses usuários está relacionado aos mesmos motivos citados anteriormente no exame clínico.



**Figura 6.** Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

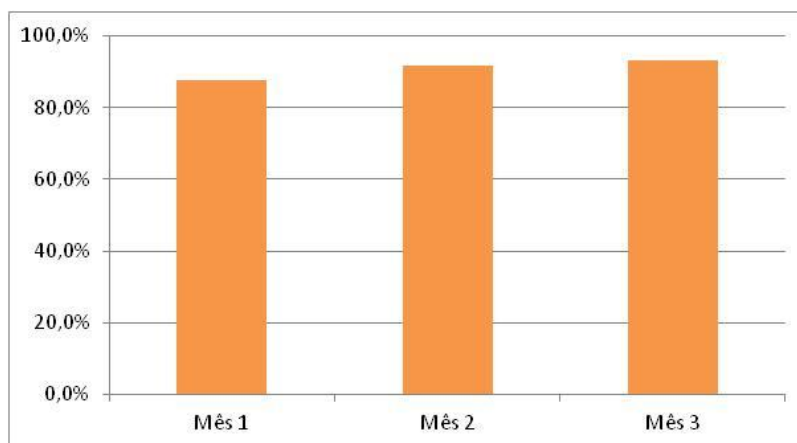
Na figura 7 percebemos que no primeiro mês de intervenção 77 (95,1%) dos usuários tinham as medicações prescritas conforme a farmácia popular/HIPERDIA, no segundo mês 149 (96%) e no terceiro mês 215 (97,7%). Apesar de não ter sido alcançada a meta estabelecida, é relevante frisar que todos os usuários com hipertensão acompanhados pela UBS tinham a possibilidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, contudo, alguns usuários preferiram comprar suas medicações em farmácias comerciais, por já virem tomando suas medicações prescritas pelo cardiologista e que não faziam parte da lista disponibilizada ou por não terem muita confiança no programa.



**Figura 7. Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Na figura 8 percebemos que no primeiro mês de intervenção 84,7% (21/24) dos usuários tinham as medicações prescritas conforme a farmácia popular/HIPERDIA, no segundo mês 91,8% (45/49) e no terceiro mês 93,3% (56/60). Apesar de não ter sido alcançada a meta estabelecida, é relevante frisar que, assim como ocorreu com os usuários com hipertensão, todos os usuários com diabetes acompanhados pela UBS tinham a possibilidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, contudo, alguns usuários preferiram comprar suas medicações em farmácias comerciais por não terem muita confiança no programa, por acharem muitas vezes que as medicações não são eficazes tão quanto as compradas em farmácias comerciais ou por já virem com sua medicações prescritas pelo endocrinologista e que não faziam parte da lista de medicações disponibilizadas.

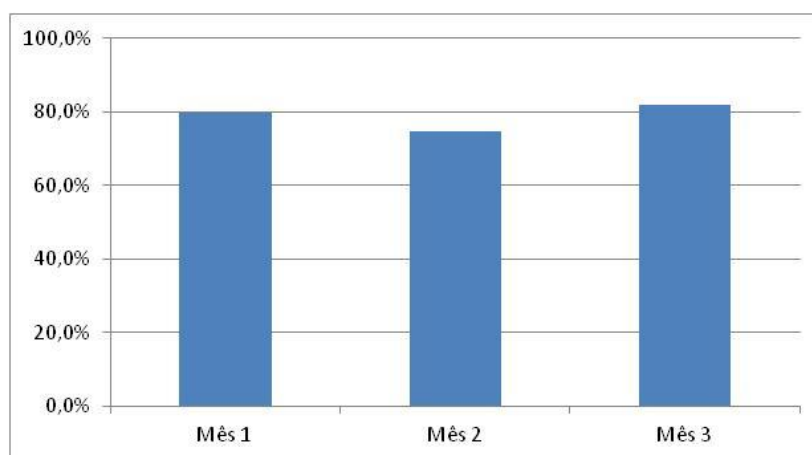


**Figura 8. Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Todos os usuários atendidos foram avaliados em relação à higiene oral, receberam orientações sobre higiene bucal e foram encaminhados para o atendimento com a cirurgiã-dentista.

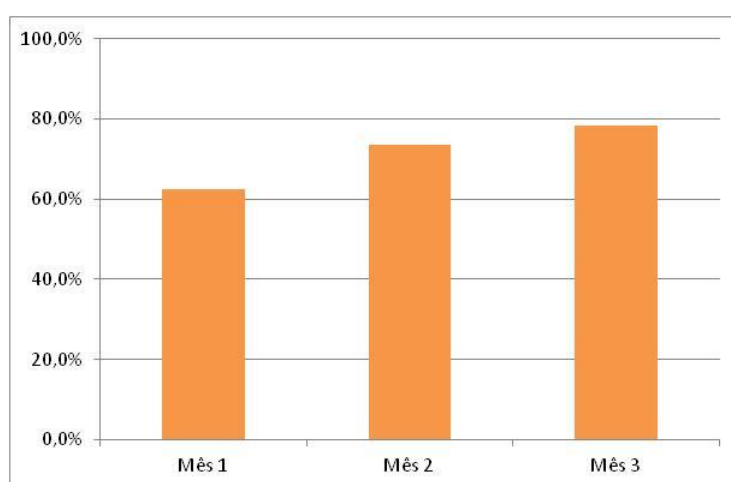
Com relação ao atendimento com a equipe de saúde bucal, conforme é evidenciado na figura 9, no primeiro mês 79,8% (67/84) dos usuários foram avaliados, no segundo 74,5% (117/157) e no terceiro mês 82,1% (183/223). Isso se deve ao fato de que os usuários muitas vezes não compreenderam a necessidade do atendimento odontológico. Alguns compareceram à consulta médica e não aguardaram atendimento odontológico, justificando falta de tempo ou ausência de queixas álgicas. Essa foi uma das dificuldades encontradas no decorrer da intervenção, ainda assim se conseguiu ao final do último mês uma boa parcela de usuários que realizaram um atendimento odontológico.



**Figura 9. Proporção de usuários com hipertensão que realizaram avaliação odontológica com equipe de saúde bucal na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Todos os usuários atendidos foram avaliados em relação à higiene oral, receberam orientações sobre higiene bucal e foram encaminhados para o atendimento com a cirurgiã-dentista. Com relação ao referido atendimento, é evidenciado na figura 10 que no primeiro mês 62,5% (15/24) dos usuários foram avaliados, no segundo 73,5% (36/49) e no terceiro mês 78,3% (47/60), pelas mesmas razões explicitadas no indicador anterior (meta 2.7).

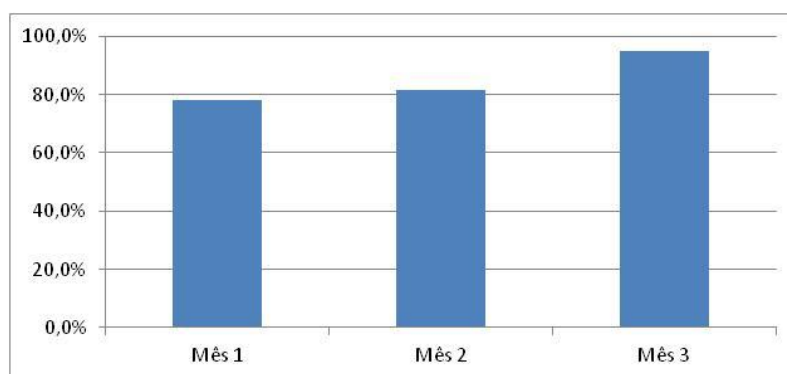


**Figura 10. Proporção de usuários com diabetes que realizaram avaliação odontológica com equipe de saúde bucal na UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para melhorar a adesão dos usuários com hipertensão foi realizado um levantamento dos usuários faltosos através de uma busca ativa. No primeiro mês aconteceram 18 (78,3%) buscas destes usuários com hipertensão, o segundo mês 35 (81,4%) e no terceiro mês 37 (94,9%) usuários com hipertensão foram buscados, como mostra a figura 11. A busca não foi realizada em 100% dos usuários pelo fato das comunidades serem distantes uma das outras e dificultar o acesso dos ACS a essas comunidades.

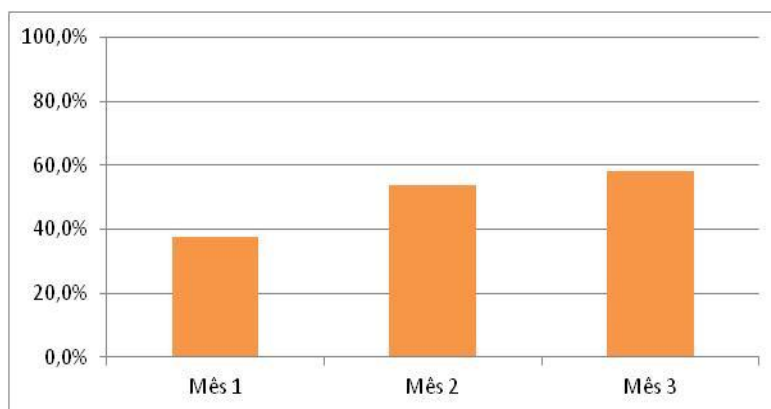


**Figura 11. Proporção de usuários com hipertensão considerados faltosos e que receberam busca ativa, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 3.3:** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A fim de melhorar a adesão dos usuários com diabetes foi realizado um levantamento dos usuários com diabetes faltosos através de uma busca ativa. No primeiro mês tiveram 3 (37,5%) buscas destes usuários com diabetes, no segundo mês 7 (53,8%) e no terceiro mês 7 (58,3%) usuários com diabetes foram buscados. A busca de usuários com diabetes também não foi realizada em 100% dos usuários pelo fato das comunidades serem distantes uma das outras e dificultar o acesso dos ACS à essas comunidades.



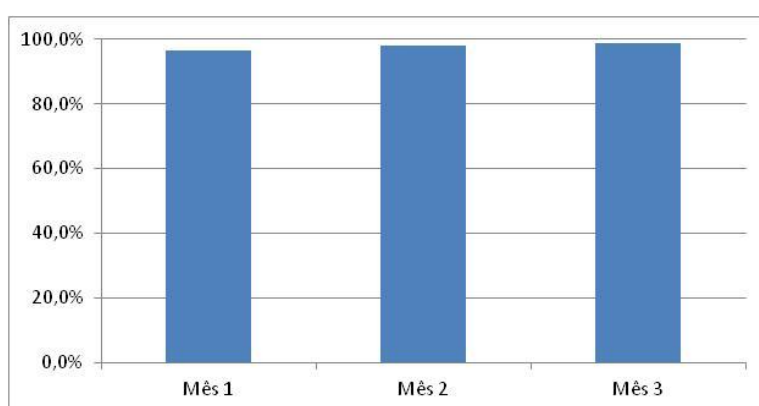


**Figura 12. Proporção de usuários com diabetes considerados faltosos e que receberam busca ativa, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

A proporção de usuários com hipertensão que tiveram o registro atualizado na ficha de acompanhamento no primeiro mês de intervenção foi de 81 (96,4%), no segundo mês de intervenção foi de 154 (98,1%) e no terceiro mês 154 (98,1%). O não alcance desta meta pode ser explicado por dois motivos, o primeiro na distância que os ACS têm que percorrer nas zonas rurais para localizar os usuários com hipertensão, sem apropriados meios de locomoção, e o segundo motivo está nas faltas frequentes às consultas. Estes dados foram apresentados na figura 13.



**Figura 13. Proporção de usuários com registros atualizados, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

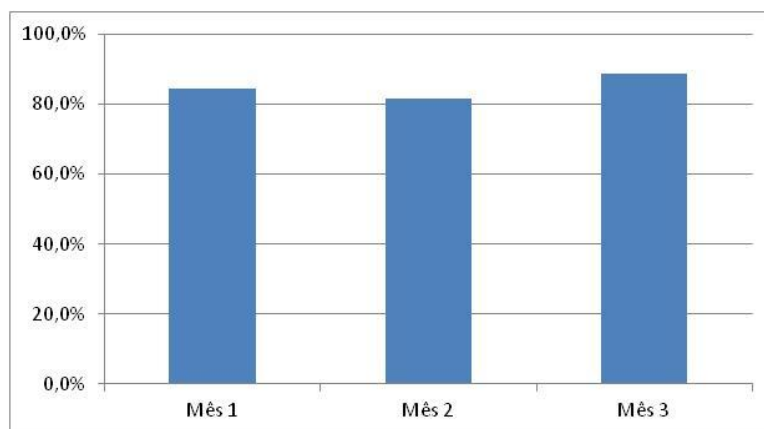
**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

A proporção de usuários com diabetes que tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento em todos os meses de intervenção foi de 100%. Isso é bastante positivo para esses usuários e se deve ao fato da porcentagem de usuários com diabetes ser pequena em relação ao número de usuários com hipertensão, facilitando assim o trabalho dos ACS.

**Objetivo 5:** Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

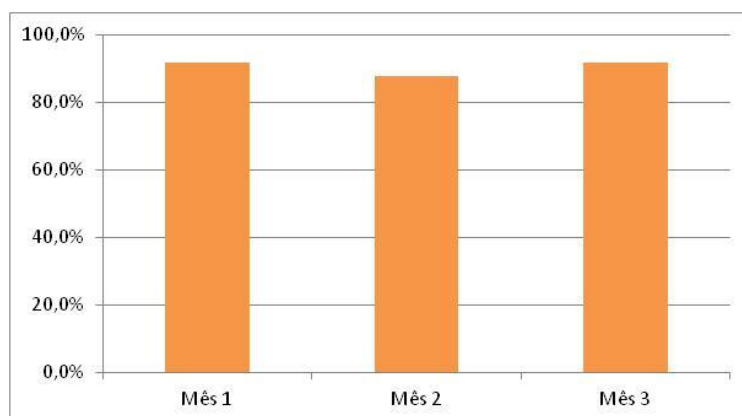
A proporção de usuários com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico representou no primeiro mês de intervenção 84,5% (71/84), no segundo mês 81,5% (128/157) e no terceiro mês 88,8% (198/223), conforme ilustrado na figura 14. Tal meta não foi alcançada pelo fato de que o usuário que não tinha nenhum registro de estratificação de risco cardiovascular anterior, eu considerava que estava em dia só depois da primeira consulta realizada no período da intervenção, ocasião em que era realizada a estratificação de acordo com o Protocolo.



**Figura 14.** Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

A proporção de usuários com diabetes com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico no primeiro mês de intervenção foi de 91,7% (22/34), no segundo mês de 87,8% (43/49) e no terceiro mês de 91,7% (55/60), conforme ilustrado na figura 15. Tal meta também não foi alcançada pelo mesmo motivo do usuário com hipertensão.



**Figura 15.** Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Quanto à proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, em todos os meses de intervenção 100% deles receberam orientações nutricionais. As orientações eram realizadas ao final do atendimento e eram enfatizadas nas palestras ministradas ao longo da intervenção, na quarta, na sexta e na sétima semana de intervenção. Tais orientações refletem diretamente na qualidade de saúde destes usuários, em que as práticas de uma alimentação saudável necessitam ser sempre implementadas para uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma maior sobrevida.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

A proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular foi compatível com as expectativas nos três meses de intervenção. Isso se deve as orientações dadas ao final da consulta a todos os usuários e, a prática de palestras que ocorreram na quarta, sexta e sétima semana de intervenção. Fica evidente que, assim como as orientações nutricionais, as orientações referentes a prática de atividade física regular necessitam estar na pauta de ações de promoção e prevenção da saúde, pois auxiliam a diminuir o risco das complicações destas doenças. Além disso, a população de Cabeceiras-PI mostrou-se satisfeita e participativa nessas intervenções, o que nos reporta para a importância dessas e de outras atividades realizadas durante a intervenção não se extinguirem após o término da mesma.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

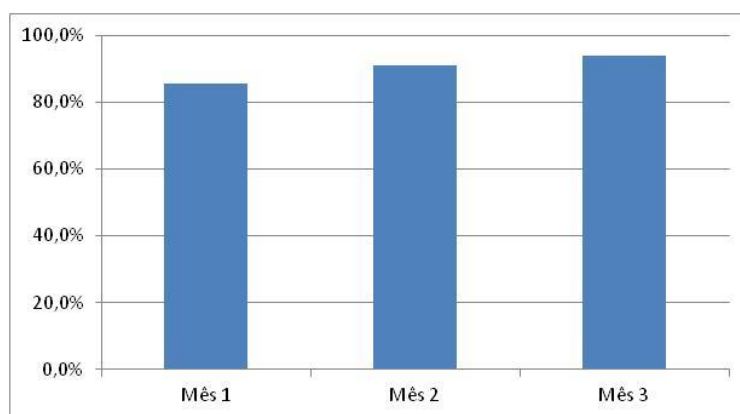
A proporção de usuários com hipertensão que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo não atingiu o percentual almejado, isto é, 100% deles receberam as devidas orientações acerca dos riscos que o tabagismo oferece em uma pessoa com hipertensão.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

A proporção de usuários com diabetes que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo atingiu o percentual almejado de 100%. Tais orientações eram realizadas ao final da consulta de todos os usuários e durante as palestras ministradas na quarta, sexta e sétima semanas de intervenção.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

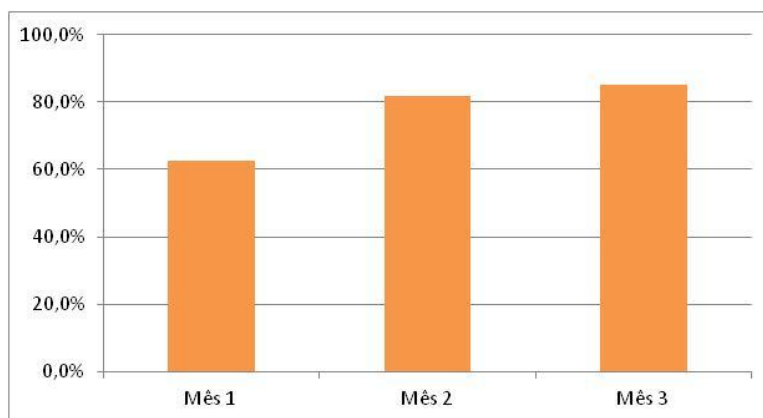
A proporção de usuários com hipertensão que receberam orientações sobre os cuidados de saúde bucal não atingiu as expectativas, pois no primeiro mês de intervenção 85,7% (72/84) receberam orientações, no segundo mês 91,1% (143/157) e no terceiro mês 93,7% (209/223), conforme ilustrado na figura 16. Essas orientações foram realizadas tanto pela médica como pela cirurgiã-dentista durante a consulta e nas palestras ministradas ao longo da intervenção porém, nem todos os usuários com HAS compareciam à consulta de avaliação odontológica.



**Figura 16. Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

A proporção de usuários com diabetes que receberam orientações sobre os cuidados de saúde bucal também não se deu em 100% dos usuários com diabetes. No primeiro mês de intervenção 15 (62,5%) receberam orientações, no segundo mês 40 (81,6%) e no terceiro mês 51 (85%) dos usuários com hipertensão desta UBS foram orientados, conforme o gráfico 17. Essas orientações também eram realizadas tanto pela médica como pela cirurgiã-dentista, porém, nem todos os usuários com HAS compareciam a consulta de avaliação odontológica.



**Figura 17. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular em dia, UBS Edimar Medeiros de Sousa, Cabeceiras do Piauí-PI, 2014.**

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha Unidade Básica de Saúde, propiciou uma cobertura satisfatória da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), apesar de não ter sido atingida a meta almejada. Isso se deve às dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção, como a falta de recursos humanos e materiais, distância entre as localidades, falta de estrutura da unidade, falta de medicação, dentre outros.

Houve melhorias dos registros, bem como mais adesão destes usuários ao Programa. Além disso, são perceptíveis as melhorias na qualidade da atenção ao usuário com HAS/DM por meio da realização de cadastros adequados, do exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da prescrição de medicamentos da farmácia popular, da avaliação da necessidade de atendimento odontológico e, especialmente, da oferta de orientações em ações educativas coletivas e individuais.

A intervenção exigiu que a equipe de saúde se qualificasse para o alcance das metas estabelecidas de acordo com as premissas do Ministério da Saúde (MS). Tal qualificação aproximou mais os profissionais da UBS em questão, onde estes começaram a realizar um trabalho mais integrado entre o médico, a enfermeira, os ACS, o cirurgião-dentista, a técnica de enfermagem, os quais se uniram a outros profissionais dos demais serviços de saúde, tais como nutricionista e o educador físico.

Antes da intervenção as atividades de atenção à saúde das pessoas com HAS/DM não eram priorizadas, pois se concentravam exclusivamente nas consultas médicas, após a implementação das metas a equipe pode rever suas atribuições e organizar uma intervenção planejada e eficaz à saúde desta população.

Um fator relevante para a comunidade e equipe, foi a realização de ações educativas na própria UBS, escolas, igrejas e residências de moradores das localidades. Isso fez com que a comunidade se aproximasse mais da equipe, ficando assim mais consciente acerca das consequências da hipertensão e do diabetes se não tiverem um tratamento e um seguimento adequados.

Diante disso, quem mais saiu ganhando com esse trabalho interdisciplinar foram os usuários da UBS em questão que passaram a receber uma assistência planejada e organizada para as suas necessidades. O exemplo disso está na atenção voltada aos usuários com hipertensão e usuários com diabetes, pois cerca de 80% deles estão com os exames complementares de acordo com o protocolo.

Fica evidente que o usuário com HAS/DM, diante de tantas peculiaridades, deve ser avaliado de maneira ampla e interdisciplinar, devendo ser assistido a partir do nível primário para que sejam evitadas várias complicações e, conseqüentemente, tenha uma melhor qualidade de vida.

Se eu fosse mudar alguma coisa iria investir mais na solicitação aos gestores de melhores meios de transporte para que os ACS conseguissem se deslocar mais rápido entre a comunidade; a construção de mais UBS, pois talvez desta forma seja possível alcançar o cadastro de 100% dos usuários.

A equipe se mostrou satisfeita com os resultados e solicita a continuidade das ações. Portanto, para manter essas atividades ativas, um relatório de intervenção será encaminhado à gestão do município para que eles avaliem os benefícios da ampliação e implementação do Programa de Atenção a Saúde do Hipertenso e do Diabético na UBS de Edimar Medeiros de Sousa, servindo de exemplo e incentivando as outras equipes para sua realização. No momento continuo promovendo a busca ativa dos faltosos e sempre mostro as vantagens de um atendimento de boa qualidade e organizado a todos da equipe.

### 4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Fazer parte da equipe de saúde da família e ser médica na UBS Edimar Medeiros de Sousa no povoado Bom Futuro foi bastante gratificante, pois mesmo com as dificuldades encontradas consegui, juntamente com toda a equipe, desenvolver quase todas as ações propostas no projeto de intervenção, tendo experiências novas, observando de perto a realidade da comunidade e vendo as principais necessidades de uma população carente que mora em localidades distantes. A cobertura almejada que era de 80% não foi alcançada, ao final da intervenção obtivemos uma cobertura de 56,2% em relação aos usuários com hipertensão e de 61,2% em relação aos usuários com diabetes. Porém, acredita-se que com o empenho da equipe juntamente com o do gestor essa cobertura seja aumentada nos próximos meses.

Para usuários com hipertensão cadastrados, obtivemos os seguintes índices: 89,7% (200/223) que realizaram exame clínico; 84,3% (188/223) com exames complementares em dia; 82,1% (183/223) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; e 88,8% (198/223) que realizaram estratificação de risco cardiovascular. Para usuários com diabetes cadastrados, os percentuais foram: 90% (54/60) com exame clínico realizado; 83,3% (50/60) com exames complementares em dia; 78,3% (47/60) que realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico; 91,7% (55/60) com estratificação de risco cardiovascular realizado.

Nas comunidades mais distantes e de difícil acesso tivemos que descer do carro e caminhar a pé pela falta de acesso e, na maioria das vezes tivemos que improvisar atendimentos em residências de moradores da região ou do próprio ACS, igrejas e escolas, para que os usuários com HAS e/ou DM tivessem acesso ao atendimento, já que naquelas comunidades o acesso era difícil e estava cerca de 20 km da UBS.

O motivo pelo qual me motivou a chegar ao final da intervenção e com vários pontos positivos para a população foi o empenho de toda a equipe incluindo o enfermeiro, o técnico de enfermagem, a cirurgiã-dentista, a auxiliar de saúde bucal, os agentes comunitários de saúde e o nosso motorista que era o responsável em conduzir toda equipe. Não poderia deixar de ressaltar



também o apoio da gestão como um todo que sempre esteve à disposição para ajudar, oferecendo total apoio na medida do possível, como a agilidade dos exames complementares, dos encaminhamentos em consultas especializadas, na realização de procedimentos de média complexidade nos hospitais referenciados, no fornecimento de medicações do programa HIPERDIA para os usuários cadastrados nos programas, etc. Enfim, tivemos o suporte básico para desenvolver nossas ações.

As modificações que precisam ser feitas na UBS dizem respeito à ampliação da mesma, ampliando os consultórios com banheiros, salas para pacientes em observação e sala de reunião. A construção de mais unidades se faz necessária também, já que existem comunidades que distam cerca de 20 km da UBS Edimar Medeiros de Sousa, dificultando assim o acesso a esta parcela da população.

Obtive uma experiência fantástica ao trabalhar na equipe de ESF do povoado Bom Futuro e realizar este curso de especialização que, aos poucos, foi ficando cada vez mais empolgante e trazendo um aprendizado de como realmente deve ser feito o atendimento e a condução dos usuários com HAS e/ou DM que procuram e precisam de nosso serviço. Espero que a gestão e a equipe continuem com as ações desenvolvidas ao longo desta intervenção e que novas ações sejam desenvolvidas para o melhor para a população.

#### **4.4 Relatório da intervenção para a comunidade**

Dedico este relatório a toda comunidade como forma de prestação de contas e esclarecimento das atividades desenvolvidas com o projeto de intervenção. Tal comunidade foi beneficiada com o trabalho interdisciplinar e intersetorial, onde a equipe de saúde da família executou suas tarefas com muito empenho e dedicação a esta comunidade. Além disso, a intervenção contribuiu para que a comunidade se empenhasse mais na busca da prevenção de doenças crônicas bem como de suas complicações, através da realização de consultas, exames clínicos, exames complementares regulares, além de compartilharem as orientações fornecidas pela equipe.

A equipe da Unidade de Saúde Edimar Medeiros de Sousa presta atendimento para 2.611 pessoas, tendo cadastrados 397 usuários com

hipertensão e 98 com diabetes. Dentre os cadastrados, a equipe realizou atendimento programado para 223 pessoas com hipertensão e 60 pessoas com diabetes.

Os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram avaliados semanalmente quanto à necessidade de tratamento odontológico e se tinham ou não finalizado o tratamento odontológico. Essa ação inicialmente foi bastante difícil, pois muitos usuários com hipertensão e/ou diabetes não tinham muita consciência da importância da avaliação odontológica na prevenção de doenças e só procuravam um atendimento odontológico quanto estavam apresentando alguma queixa de dor ou incômodo. Com o desenvolvimento do projeto de intervenção no decorrer dos dias através de palestras e orientações durante as consultas ou atividades coletivas, eles foram aderindo cada vez mais ao plano de tratamento e com isso, conseguiu-se obter uma boa aderência desses usuários no acompanhamento odontológico.

A população acabou acostumando-se com a introdução de um novo modelo de saúde (prevenção e promoção), em que eles percebem a oportunidade de assistir palestras, receber panfletos informativos da cirurgiã-dentista, da enfermeira e também do médico, que passou a programar as ações de promoção e prevenção da saúde nesta comunidade.

Muitos usuários com hipertensão e/ou diabetes não frequentavam a Unidade de Saúde rotineiramente, pois achavam desnecessário o acompanhamento da pressão arterial, da glicemia capilar, dos exames periódicos, dentre outros; compareciam na unidade apenas quando apresentavam alguma queixa ou para pegar suas medicações. Com o desenvolvimento do projeto de intervenção, boa parte destes usuários passou a procurar assistência com maior frequência para as ações programadas.

Desta forma, apesar das dificuldades como recursos financeiros e de estrutura da UBS e comunidades distantes umas das outras (o que dificulta o acesso), foi possível manter um bom acompanhamento da maioria dos usuários com hipertensão e usuários com diabetes na área de cobertura da Unidade de Saúde em questão. Porém ainda são necessárias mais mudanças e o comprometimento por parte da equipe, da comunidade e dos gestores para a continuidade destes serviços.

Por fim, fica evidente que estas ações não atrapalham e não sobrecarregam a equipe, pelo contrário, a programação apoia a organização do trabalho. As ações podem ser facilmente incorporadas à rotina do serviço, através do empenho da equipe, figurando como uma das prioridades dos membros da equipe para destinarem melhor atendimento e acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e conscientização da população acerca dos riscos dessas doenças.

## **5 Reflexão Crítica sobre o Processo de Aprendizagem**

Ao começar a trabalhar na atenção básica e ao iniciar o desenvolvimento do trabalho passei a entender melhor a funcionalidade dos serviços públicos e a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, onde me deparei com uma realidade não especificada na teoria, tais como: falta de estrutura nas UBS, falta de recursos humanos e materiais, dentre outros problemas.

Em relação ao curso de especialização em saúde da família, de um modo geral, foi extremamente importante para ampliar meu conhecimento em relação aos principais problemas enfrentados pelos usuários da zona rural. Além disso, adquiri uma rotina de atendimento que não tinha antes de iniciar o curso.

Foi um grande desafio oferecer melhoria na qualidade do atendimento para os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de cobertura da UBS de Edimar Medeiros de Sousa. Ao direcionar a atenção para a magnitude e a severidade das complicações destas patologias, ficou evidente que é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades dessas pessoas.

É importante considerar que as necessidades de saúde dos usuários com HAS/DM requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. Entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa destes usuários no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas desenvolvidas neste projeto de intervenção, as quais podem ser consideradas como alternativas importantes para uma melhor adesão destes usuários ao programa e para que haja continuidade das ações desenvolvidas ao longo do trabalho e que novas ações sejam implementadas. No modelo vigente da UBS em questão partimos de um modelo assistencial que privilegiava as ações curativas e centradas no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença para uma atenção voltada à promoção e prevenção da saúde.

Fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam apoiar a adequação das práticas consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição e a discussão de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do cirurgião-dentista, enfim, de uma equipe multiprofissional.

Vale ressaltar ainda, que o desenvolvimento deste trabalho foi extremamente importante para ampliar meu elo de conhecimentos, além disso, pude aprender e entender melhor o processo de saúde-doença.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Caderno de Atenção Básica n.36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão sistêmica.** Caderno de Atenção Básica n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PAIVA, D.C.P. et al. **Avaliação da assistência ao usuário com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família.** São Paulo, 2006.

TOSCANO, C.M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.** Brasília, 2004.

## **Anexos**







Anexo C: Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

