

Universidade Aberta do SUS- UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 4



**Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos no Polo Base
Makira, Itacoatiara/AM**

Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães

Pelotas, 2014

Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães

**Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos no Polo Base
Makira, Itacoatiara/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD da Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Vargas Ferreira

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

G963m Guimarães, Wilderi Sidney Gonçalves

Melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos no Pólo Base Makira, Itacoatiara - AM / Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães ; Fernanda Vargas Ferreira, orientadora. — Pelotas, 2014.

75 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Ferreira, Fernanda Vargas, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedicatória

Dedico esse trabalho a todos os indígenas do Polo Base Makira, que tanto ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional ao permitir que eu entrasse em suas casas e, de alguma maneira, também nas suas vidas ao confidenciar muitos de seus anseios, medos e angústias.

Agradecimentos

Agradeço inicialmente a Deus pela vida, saúde e por tudo o que tenho e sou;

À minha família que tem sido meu suporte e meu porto seguro;

À minha noiva, pela parceria nesse projeto, desde o início dando-me apoio, conselhos, incentivo e me ajudando sempre com muito amor nos momentos que mais precisei;

À minha orientadora por ter sido tão usuário, pelas várias palavras de ânimo e incentivo e pela imensa ajuda dispensada durante toda a especialização.

Lista de Figuras

Figura 1: Polo Base Makira	13
Figura 2: Vista panorâmica do consultório médico	13
Figura 3: Vista panorâmica da farmácia do Polo Base	14
Figura 4: Autor ao lado de uma canoa, meio de transporte indígena	20
Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	50
Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	50
Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 9: Proporção de hipertensos como estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	56
Figura 10: Proporção de diabéticos como estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	57

Lista de abreviaturas/Siglas

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária a Saúde

AS – Análise Situacional

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PCCU – Programa de controle do Câncer de Colo Uterino

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

Sumário

APRESENTAÇÃO

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF/ AB	11
1.2. Relatório da Análise Situacional	12
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1. Justificativa	22
2.2. Objetivos e Metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos	23
2.2.3 Metas	23
2.3. Metodologia	25
2.3.1 Ações	26
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística	40
2.3.4 Cronograma	42

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	45
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	47
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	47
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.	48

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1. Resultados	49
-----------------	----

4.2. Discussão	60
4.3. Relatório da intervenção para os Gestores	63
4.4. Relatório da intervenção para a Comunidade	65
5. REFLEXÃO CRITICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM	67
6. BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	69

RESUMO

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos no Polo Base Makira, Itacoatiara/AM. 2014. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças crônicas não transmissíveis estão entre as principais causas de morte no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o *Diabetes Mellitus* são dois grandes exemplos dessas patologias. Melhorar a atenção à saúde dos adultos portadores de tais doenças significa evitar/diminuir complicações graves e até muitos óbitos. As ações da atenção à saúde indígena fazem parte do Sistema Único de Saúde através do Subsistema de Saúde Indígena que é organizado em Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígenas que são descentralizados em Polos Base e funcionam como unidades de saúde com uma equipe multiprofissional, semelhante ao Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, implementando ações de saúde no Polo Base Makira, em Itacoatiara, estado do Amazonas, vinculado ao Distrito Saúde Especial Indígena de Manaus entre setembro e dezembro de 2013. Assim, foram estabelecidos objetivos, metas e indicadores a fim de avaliar a intervenção no polo bem como utilizados como instrumentos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. Os resultados foram positivos sendo atendidos 33 (27%) hipertensos e 06 diabéticos (20%), com o aprimoramento de atividades como a realização de exames clínicos em 33 (100%) hipertensos e em 06 (100%) diabéticos, registro das informações e orientações sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e prática regular de atividade física para todos os usuários cadastrados no programa. Entretanto, outras atividades requerem maior atenção como exames complementares, pois, somente 15 hipertensos (45%) e 03 diabéticos (50%) conseguiram realizar os exames que são essenciais para a estratificação do risco cardiovascular e avaliação odontológica, evidenciando-se, assim, a necessidade de maior interação entre a equipe de saúde, usuários e gestores na busca de soluções viáveis para a melhoria da atenção a todos os usuários pertencentes ao território adstrito ao Polo base Makira.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de Área Indígena, em Itacoatiara, Amazonas, intitulada “*Melhoria da Atenção a Hipertensos e Diabéticos no Polo Base Makira, Itacoatiara/AM*”.

O volume está organizado em seis unidades, sendo a primeira seção relacionada à Análise Situacional (AS) que teve como propósito identificar no polo as ações programáticas presentes e suas necessidades.

A segunda parte consiste na Análise Estratégica cujo fim foi a construção de um projeto de intervenção baseado no diagnóstico situacional.

A terceira parte compreende o Relatório da Intervenção que versa sobre a intervenção realizada no polo.

Na quarta parte se encontra a Avaliação dos Resultados da Intervenção e sua Discussão por meio dos indicadores de saúde e gráficos.

A quinta seção abrange a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem durante o curso.

Na sexta e última seção constam os anexos referentes aos instrumentos para a realização da intervenção e a bibliografia para fins de embasamento do trabalho.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Trabalho no Distrito Sanitário de Saúde Indígena (DSEI) Manaus no estado do Amazonas. Trabalho em dois lugares diferentes, chamados Polos Indígenas. Nas minhas unidades trabalho com duas enfermeiras, um dentista, quatro técnicos de enfermagem e vários agentes indígenas de saúde.

Basicamente funciona como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com a diferença de que nós procuramos os usuários e não o contrário, como nas UBS. Fazemos atendimentos nas aldeias, nos polos e nas casas/aldeias dos usuários, na forma de visita domiciliar. Outra diferença é que já levamos as medicações para nossos usuários. Fazemos atendimento do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Programa de Programa de controle do Câncer de Colo Uterino (PCCU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem e do Idoso.

Para finalizar, nossas medicações são bem melhores/mais variadas que as medicações das UBS dos municípios. Nossos usuários têm atenção da equipe de saúde 24 horas por dia durante trinta dias, pois, nunca faltam profissionais de saúde nos polos.

O grande problema de trabalhar com saúde indígena, em minha opinião, é o controle social. Em alguns lugares eles querem literalmente mandar na equipe e em outros eles nem opinam sobre os serviços prestados.

Por fim, acredito que a população indígena vem sendo muito bem tratada, apesar de que ainda ocorram vários problemas a serem superados para chegar ao ideal, tal como a questão cultural que ainda é uma grande barreira para que os profissionais de saúde consigam êxito nas suas ações como um todo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de atendimento é Itacoatiara, cidade afastada 260 km de Manaus, capital do Amazonas. É um município com um território de 8.892,038 km², com uma população de 86.839 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). Possui em seu território uma unidade básica de saúde (UBS) tradicional, nove unidades baseadas na Estratégia em Saúde da Família (ESF) com atendimento, um centro de especialidades odontológicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital geral e um polo base de saúde indígena.

Trabalho como médico nesse polo base de saúde indígena, o Polo Base Makira, pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), do Governo Federal. O polo está inserido em uma área indígena, zona rural do município, a cerca de 60 km de distância da área urbana. Na verdade, não se configura como uma UBS/ESF e nem como tradicional, sendo um polo indígena de saúde com peculiaridades específicas.

O vínculo do polo com o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio do DSEI Manaus que é vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que é uma das seis secretarias do Ministério da Saúde (MS).

No nosso polo trabalham dois médicos pelo PROVAB, dois enfermeiros, uma odontóloga, quatro técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, um microscopista, um agente de saneamento, um motorista fluvial e dez agentes indígenas de saúde (AIS). A grande maioria de atendimentos ocorre nas aldeias, sendo que, prestamos serviço a onze aldeias, dez fluviais e uma terrestre.

O percurso é realizado em um barco de alumínio com motor de polpa de 50 HP e de um *pick-up* L200 do DSEI-Manaus, para deslocamento à aldeia terrestre. No barco, além dos componentes da equipe, são armazenadas as medicações e os insumos necessários para o atendimento dos usuários.

Porém, caso alguém necessite de atendimento de urgência, os AIS encaminham os mesmos até o polo.

A estrutura do polo é bastante precária, consistindo em uma construção de madeira, antiga, com uma grande varanda nas laterais. O piso é de cerâmica antiderrapante, incluindo a varanda. O polo é recoberto por telhado, sem laje; ademais, todos os ambientes internos são forrados com forro de PVC, já em estado deteriorado.



Figura 1: Polo Base Makira. Fonte: Autor, 2014.

É constituído por um consultório médico, o qual funciona também como sala de arquivo e de medicação; um consultório odontológico, funcionando também como sala de esterilização; uma enfermaria com quatro leitos (atualmente desativada) e um banheiro para usuários; uma sala de microscopia com um microscópio; uma farmácia com uma pequena janela para a recepção, por onde é realizada a dispensa de medicamentos; três dormitórios, sendo um com área informatizada para o armazenamento de dados; um banheiro para funcionários, uma copa grande e uma cozinha com área de serviço acoplada.



Figura 2: Vista panorâmica do consultório médico. Fonte: Autor, 2014



Figura 3: Vista panorâmica da farmácia do Polo Base. Fonte: Autor, 2014.

Quase todos os ambientes contêm janelas amplas, com telas de proteção contra mosquitos, exceto o banheiro de funcionários. A iluminação dos ambientes ocorre através de luz natural durante o dia, entretanto, à noite, a luz se torna artificial e com baixa amplitude, o que tende a limitar o atendimento médico em casos de urgência/emergências noturnas. Ressalto ainda que sobre o forro alojam-se morcegos, tornando o ambiente perigoso do ponto de vista epidemiológico.

Os usuários (a)s não dispõem da devida privacidade, já que, os ambientes de atendimento não possuem portas e nem ventilação adequadas. Como medida resolutiva, eu penso que a construção de um polo, seguindo as normativas do MS, seria uma estratégia que agregaria qualidade e funcionalidade a Atenção Básica (AB).

Em relação aos insumos, possuímos uma variedade razoável de medicações e de material para uso endovenoso, porém, há escassez de medicações básicas como anti-inflamatórios e analgésicos, devido ao constante uso e consumo. Ou seja, ainda que haja solicitação para a gestão do DSEI sobre a quantidade adequada de fármacos, por exemplo, a liberação desses não ocorre de forma proporcional. Sendo assim, faz-se necessário organizar as solicitações aos gestores, a fim de prevenir a precariedade.

Em relação às atribuições dos profissionais, na minha vivência, infelizmente a ideia de equipe como um grupo com objetivos comuns, ainda está muito longe do que é preconizado pelo MS. Os enfermeiros trabalham de forma isolada, atuando também como gerenciadores do polo, solicitando, por

exemplo, reposição de insumos e medicamentos e o relatório mensal para os nossos gestores do DSEI-MANAUS.

Os técnicos de enfermagem auxiliam os enfermeiros nas ações, sendo que, uma técnica, especificamente, realiza o cadastro e o lançamento de consultas ao Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI). As demais realizam outras atividades como a triagem dos usuários, administração de medicações, realização de curativos e da dispensa de medicação para os usuários após consulta médica/enfermagem/odontológica.

Nossa odontóloga, juntamente com o técnico de saúde bucal, também não interage de forma constante com a equipe, todavia, recentemente, realizaram-se palestras entre esse profissional e os demais, o que se mostrou de grande valia para todos, já que, houve a socialização do conhecimento. Em situação similar encontra-se o microscopista, especialista em malária, que também trabalha de forma individual.

A equipe médica por sua vez interage com a maioria dos outros profissionais, apesar de ainda não ter uma interação mais ampla e adequada. Precisamos nos habituar a dialogar sobre a perspectiva de aperfeiçoar o atendimento aos nossos usuários.

Alguns de nossos indicadores estão abaixo do que preconiza o MS, como por exemplo, a cobertura do programa HIPERDIA, uma vez que temos duas fortes barreiras naturais: a dificuldade de acesso e a diversidade étnico-cultural. Assim, acredito que uma estratégia viável seria melhorar a integração e a interação entre os membros da equipe, pois, quando separada, a tendência é que não ocorra êxito. Isto é, o diálogo pode ser um instrumento para o planejamento das ações, considerando as necessidades dos usuários. Além disso, também há a necessidade de capacitações por meio de reuniões, uma vez que, não há o compartilhamento das ações e das problemáticas envolvidas no polo, o que tende a interferir nas ações.

No que tange à governabilidade, acredito que como médico, posso ser um dos intermediários junto à equipe, a fim de estimular um maior

comprometimento em relação às funções específicas e a uma maior conscientização sobre o trabalho coletivo em prol de uma atenção integral aos usuários da AB.

Nossa área abrange uma população de 794 usuários indígenas divididos em onze aldeias e com uma estimativa de perfil demográfico de 389 do sexo masculino e 405 do sexo feminino. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2011), uma equipe de ESF deve contemplar uma população adstrita em torno de três mil usuários. Portanto, nossa equipe trabalha em acordo com o preconizado pelo MS.

Com relação à distribuição da população por faixa etária, apresentamos dificuldade de fazer um levantamento fidedigno dos usuários, uma vez que, não existe ainda um cadastro. Nesse mês de julho haverá um recadastramento, permitindo, assim, um panorama o mais próximo da realidade.

Ao considerarmos os programas do MS, a Saúde da Criança, nesse polo, encontra-se abaixo das recomendações, possivelmente, pela ausência de protocolos, prontuários específicos, não informação sobre os recém-nascidos, pois, algumas parturientes preferem realizar o parto na cidade, em um hospital regional e pelo não agendamento. Tais premissas podem também explicar os baixos indicadores de qualidade do serviço como o teste do pezinho, a verificação da acuidade auditiva e o número de consultas em dia.

Entretanto, ressalta-se que nas consultas há o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientações quanto ao aleitamento materno, bem como o calendário de vacinas é seguido conforme as diretrizes do MS; ademais, devido às questões regionais, o Governo Federal disponibiliza as vacinas pneumo23, varicela e influenza para todos os indígenas do cadastro.

Para fins de resolução, acredito que a organização de prontuários/fichas específicas, o uso da caderneta da criança e a busca ativa são possíveis estratégias a fim de melhorar tanto a cobertura quanto os indicadores.

As nossas ações de pré-natal acontecem na maioria das vezes através de visita domiciliar, uma vez que, a maioria dos nossos atendimentos ocorre nas aldeias. Não seguimos nenhum protocolo do MS, contudo, os atendimentos apresentam periodicidade mensal, sendo utilizado o cartão da gestante, o que nos permitiu verificar que a cobertura é inferior à esperada, possivelmente pelo recente número elevado de partos.

Em relação aos indicadores, devido a questões culturais e de infraestrutura, alguns estão abaixo do estimado como a cobertura de pré-natal. Como possíveis fatores interferentes destacam-se a ausência de privacidade na realização de exame ginecológico, a precariedade quanto à capacitação dos profissionais e a cronologia, já que, usualmente, as gestantes encaminhadas ao polo e/ou com visita domiciliar estão próximas ao final do período gravídico, com as consultas do pré-natal atrasadas, por exemplo.

Como possíveis estratégias, sugiro a capacitação da equipe com a inclusão de protocolos de atendimento, melhora da infraestrutura a fim de prover maior privacidade e conforto para as grávidas, investimento em materiais informativo-educativos para socialização junto a gestante e aos familiares, contemplando distintas temáticas como aleitamento materno, vacinação, planejamento familiar, modalidades de tipo de parto.

As nossas ações de atenção à prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama são realizadas durante os atendimentos nas aldeias, seguindo os protocolos do MS, na medida do possível. Os enfermeiros realizam a coleta do exame colpocitológico e os médicos solicitam exames de imagem como a mamografia, especificamente para as mulheres na faixa etária de risco. Entretanto, devido ao acesso aos exames de imagem, existe uma dificuldade de deslocamento da usuária, o que influencia no diagnóstico. Ademais, os prontuários ainda não estão organizados de maneira sistemática em relação aos exames de citologia oncótica/mamografia.

A cobertura está bem abaixo do que é preconizado MS, possivelmente pela associação de questões/barreiras étnico-culturais e principalmente pelas

distâncias das aldeias à cidade. Também a qualidade do laudo é um fator impactante, já que, geralmente não aponta a presença de células atípicas, delineando uma neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. Devido a essa situação, como possíveis ações destaco melhora na infraestrutura do polo, cursos para atualização da equipe, realização de novas parcerias entre a gestão e outros laboratórios e organização de prontuários/fichas específicas.

O HIPERDIA se apresenta insatisfatoriamente presente no polo, pois, atualmente estão registrados 19 hipertensos e oito diabéticos em nossa área de abrangência, todavia, os dados são precários e podem não indicar a realidade; além disso, verifica-se que não há a adoção de nenhum protocolo. Ou seja, a fonte de dados se baseia em arquivos organizados que fornecem um panorama da situação desses usuários, bem como permite verificar que ainda há necessidade de uma busca ativa, pois, notadamente, tais condições clínicas podem não sinalizar sinais e sintomas.

Ademais, atualmente, a dosagem de glicemia capilar não está sendo realizada, devido à ausência de equipamento, isto é, os resultados podem ser maiores caso haja a possibilidade de um diagnóstico baseado em anamnese e exames laboratoriais.

Em todas as consultas de acompanhamento do programa HIPERDIA realiza-se orientações de tratamento não farmacológico como atividade física regular, orientação nutricional como diminuir ingestão de sal e gorduras saturadas, abandono do tabagismo e do alcoolismo. Na grande maioria das vezes não obtemos sucesso nessas medidas uma vez que os usuários não conseguem entender ou não aceitam que isso funcione por questões culturais mesmo. Todos os meses fazemos o possível para realizar o acompanhamento de nossos usuários hipertensos e diabéticos, todavia, algumas vezes não temos êxito no acompanhamento.

Uma possível justificativa para isso seriam outras atividades cotidianas exercidas pelos usuários, como trabalhar e se deslocarem para a cidade, o que pode influenciar no acompanhamento. Quanto aos exames de rotina, temos

muita dificuldade em realizá-los, considerando a dificuldade de acesso, uma vez que, os laboratórios situados na área urbana da cidade estão a setenta quilômetros de distância.

Para melhorar nossa cobertura acredito que precisaríamos de maior empenho da equipe no sentido de fazer uma busca ativa dos faltosos, organização de prontuários e aquisição de equipamentos para a realização de glicemia capilar e verificação de pressão arterial. Outra ferramenta subutilizada pela equipe é a educação em saúde sobre o tema, sendo assim, acredito que a realização de palestras e dinâmicas em grupo aumentaria sobremaneira a adesão ao tratamento desses usuários.

As ações de atenção à saúde dos idosos são realizadas de maneira semelhante às outras ações, nas aldeias e juntamente com os outros usuários. Não seguimos nenhum protocolo e ainda existe uma organização dos prontuários, sendo os dados anotados nos prontuários médicos, embora, alguns idosos possuam o cartão do idoso.

Avalio como positiva uma cobertura de 73% em relação à área de abrangência, mas, faz-se necessária uma melhor organização e um maior planejamento das ações, considerando que a realidade contempla idosos indígenas, que apresentam suas especificidades. Dentre os destaques dos serviços de saúde, a avaliação multidimensional rápida não é realizada, devido ao não conhecimento, bem como o não uso da caderneta do idoso por todos, que são importantes para uma atenção integral. Ao passo que, orientações relativas à nutrição e à atividade física são preconizadas pelos profissionais da equipe.

O processo de trabalho em relação à saúde do idoso (assim como outras ações programáticas) no nosso polo deve melhorar em um futuro próximo, dadas as perspectivas de mudanças por meio de reuniões entre os profissionais e a gestão que contemplem os dados acerca da realidade, assim como, a realização de capacitações, a utilização da caderneta do idoso como

instrumento de integração entre os profissionais e a aplicação de protocolos recomendados pelo MS.

Por tudo o que foi exposto acima, consideramos como nossos maiores desafios a reorganização estrutural do polo e a capacitação de toda equipe. Precisamos de instalações novas e adequadas para um atendimento mais coerente com a AB, bem como organizar prontuários em pastas específicas para cada programa. Acredito que tais ações podem gerar mudanças de pensamento e de ação que contemplem as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Ao responder aos questionários e às questões reflexivas das ações programáticas percebemos que as ações precisam ser incrementadas, a fim de alcançar qualidade tanto na cobertura quanto nos serviços de saúde.

Entretanto, deve-se considerar também a realidade singular indígena, tanto sob o ponto de vista étnico-cultural quanto pela geografia, uma vez que, os locais são de difícil acesso, às margens de rios e com deslocamento basicamente fluvial, o que se distingue das UBS tradicionais.



Figura 4: Autor ao lado de uma canoa, meio de transporte indígena. Fonte: Autor, 2014.

Ao ler os manuais e documentos disponibilizados pelo curso, percebe-se que muitas vezes, existe uma carência de conhecimento sobre a AB, ilustrando-se através de um exemplo. No polo e nas aldeias ocorre o

atendimento em puericultura, não obstante, não tínhamos o hábito de agendar as consultas nem de fazer a busca ativa de crianças de risco para desnutrição.

A partir da leitura dos manuais, houve um maior empoderamento, entretanto, faz-se necessária a interação de todos os membros da equipe, inclusive, reitero que devem ocorrer capacitações voltadas a todos os profissionais. Ademais, trabalhar com Saúde Pública/Atenção Básica é muito complexo, porém, quando se desempenha seu ofício com amor e dedicação os resultados tendem a acontecer e se tornarem influentes na qualidade de vida dos usuários.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto da segunda semana com o meu relatório de AS, percebe-se que houve uma nítida evolução no meu senso crítico-reflexivo no que tange a verdadeira realidade da atenção básica no Brasil, inclusive sobre a saúde indígena.

No primeiro texto fiz uma alusão aos dois polos que trabalho, entretanto tive de escolher um só para focar o trabalho de análise situacional. Outra diferença é que no primeiro texto tinha uma ideia superficial e restrita sobre a estrutura/funcionamento da ESF/AB relacionado ao meu local de trabalho. Já na minha AS fiz reflexões bem mais profundas e amplas sobre toda a estrutura, profissionais, usuários, processo de trabalho, territorialização e programas prioritários, o que me permite sugerir o início de um auto aperfeiçoamento.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) são doenças de extrema importância na Saúde Pública, especificamente na Atenção Primária a Saúde (APS), devido à elevada prevalência, no Brasil, 22% e 7%, respectivamente (VIGITEL, 2011). A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma patologia e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, como parte de um conjunto de fatores que atuam em estreita ligação e que desencadeiam possíveis complicações como o infarto agudo do miocárdio (IAM) (NASCENTE *et al.*, 2012). Similarmente, a DM se relaciona a doenças cardiovasculares (SANTOS, PINHO, 2012) apresentando relação com obesidade e dislipidemia (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Frente a essas condições clínicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção e/ou controle da HAS e do DM elencou como principais fatores de risco modificáveis o fumo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o uso prejudicial do álcool sinalizando a necessidade de Prevenção e Promoção de Saúde (DUNCAN *et al.*, 2012).

A população adscrita no polo base Makira era de 794 usuários antes da intervenção, sendo estimados 167 hipertensos, porém, nossa realidade mostrava apenas uma cobertura de 11% da estimativa equivalendo a 19 usuários. Já em relação aos diabéticos, estimavam-se 48 usuários, todavia, constavam registrados no polo oito indivíduos.

O programa direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos já existia no Polo Base Makira, porém, sem atender às recomendações do MS e sem maior aprofundamento em termos de indicadores de cobertura e do serviço de saúde. Essa precariedade pode ser justificada pela ausência do profissional médico na equipe, assim como, pela distância do polo à cidade e conseqüentemente, de recursos tecnológicos. Também se pode citar a

desorganização em termos de registros dessa ação programática, ainda que incipiente, no polo.

Assim, tal premissa juntamente com a realidade vivenciada como médico na Saúde Indígena (SI), no Polo Base Makira, em que há baixa cobertura (apenas 19 hipertensos (11% do previsto) e 08 diabéticos (20% do previsto) e precário serviço de saúde, houve a delimitação desse foco de intervenção, objetivando, por exemplo, a melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, ao monitoramento das ações, à atualização/capacitação da equipe e ao engajamento público de todos os envolvidos, como os profissionais, usuários, AIS e gestores.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos no Polo Base Makira em Itacoatiara – Amazonas.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Para o objetivo de ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, as metas são:

1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde
2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde

Para o objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa, as metas são:

3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade, as metas são:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo de melhorar registros das informações, as metas são:

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, as metas são:

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo de promoção da saúde, as metas são:

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos;

21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos no Polo Base Makira, trabalharemos com os eixos: monitoramento e avaliação das atividades propostas, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

As atividades com os usuários serão desenvolvidas durante as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem nas aldeias e durante as reuniões com a comunidade. O monitoramento e avaliação serão desenvolvidos dentro

do polo em atividades individuais e/ou em grupo pela equipe, enquanto a qualificação da prática clínica será desenvolvida durante as reuniões da equipe bem como durante os atendimentos.

As ações propostas serão desenvolvidas com usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência do polo (bem como com adultos maiores de 20 anos que apresentem fatores de risco para as patologias citadas) no período de três meses, conforme estipulado pelo curso. Os atendimentos serão realizados principalmente em domicílio ou em local comum nas aldeias. No polo os atendimentos serão em livre demanda.

Para o adequado desenvolvimento das ações, adotaremos como protocolo os Cadernos de atenção Básica sobre Diabetes e Hipertensão do MS, números 36 e 37, respectivamente. Providenciaremos cópias de prontuários e solicitação de materiais dos gestores do DSEI Manaus tais como aparelhos de verificação de pressão arterial e aparelhos para realizar glicemia capilar (hemoglicoteste). Adotaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados do curso como instrumentos para a intervenção. O deslocamento para as aldeias ocorrerá através de lancha rápida e em uma pickup para a única aldeia terrestre, conforme a disponibilidade.

2.3.1 Ações

Para o Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

Metas 1 e 2: ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos em 50% e diabéticos em 50%, serão necessárias as ações de:

- 1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa do Polo Base Makira - os médicos e enfermeiros farão levantamento através dos prontuários e anotarão em arquivo específico os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.
- 2. Organização e gestão do serviço:** Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa - os médicos,

enfermeiros, dentista e técnicos em enfermagem, AISs irão fazer os registros dos hipertensos e/ou diabéticos em prontuário clínico, ficha espelho e a consolidação na planilha de coleta de dados. Haverá a busca ativa realizada pelo enfermeiro, técnico em enfermagem e AISs. Geralmente quando a equipe faz atendimento nas aldeias, as lideranças indígenas participam desses atendimentos.

3. Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* do Polo Base Makira - os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem realizarão palestras e reuniões com a comunidade no centro social pelo menos uma vez ao mês para informar sobre o programa HIPERDIA.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: Os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem realizarão palestras e reuniões com a comunidade no centro social pelo menos uma vez ao mês para informar sobre a importância da verificação da PA anualmente para maiores de 18 anos.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg - os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem realizarão palestras e reuniões com a comunidade no centro social da comunidade pelo menos uma vez ao mês para informar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: Os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem realizarão palestras e reuniões com a comunidade no centro social da comunidade pelo menos uma vez ao mês para informar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Será solicitado Material de apoio da referência técnica do DSEI Manaus para a realização das palestras, caso não se consiga, faremos utilizando o

computador particular mesmo. Os temas serão definidos pelos membros da equipe e pela comunidade.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar os AIS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência do Polo Base Makira - os enfermeiros farão a capacitação dos AIS para realizarem o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, através de materiais disponibilizados pelo DSEI Manaus, tais como cadernos ou formulários.

Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito: Os médicos farão a capacitação criteriosa de toda a equipe de enfermagem, AIS e até da dentista para realizarem a medida correta da pressão arterial, através de demonstração da técnica correta durante a reunião da equipe estipulado para o início da intervenção.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: Os médicos farão a capacitação criteriosa de toda a equipe de enfermagem, AIS e até da dentista para realizarem a medida correta do hemoglicoteste, através de demonstração da técnica correta durante a reunião da equipe estipulado para o início da intervenção.

Para o Objetivo 2 - **Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa:**

Metas 3 e 4: fazer busca ativa de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia): Os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem farão anotações nos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados que possibilitem monitorar a periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos a cada mês.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos - os enfermeiros juntamente com os AIS farão levantamento dos faltosos a partir do monitoramento das consultas e agendarão as visitas dando prioridade aos usuários hipertensos e/ou diabéticos mais faltosos.

3. Engajamento público: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) - a equipe irá realizar reuniões com a comunidade, no centro social da comunidade uma vez ao mês, para ouvir as estratégias e suas opiniões no que diz respeito ao atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos. A divulgação será feita pelos AIS e pela própria equipe.

Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Os médicos ou os enfermeiros farão os esclarecimentos sobre a periodicidade dos atendimentos dos hipertensos e/ou diabéticos segundo protocolo do MS tanto durante as reuniões com a comunidade quanto nas visitas domiciliares e atendimentos individuais.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe estimulando-se a busca ativa e a importância do atendimento e acompanhamento no polo que será realizada pelo médico.

Para o Objetivo 3 - **Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade de saúde:**

Metas 5 - 10: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e da avaliação odontológica aos usuários hipertensos e/ou diabéticos - os médicos farão as anotações em prontuário clínico, ficha espelho e planilha de coleta de dados sobre os exames clínicos realizados em hipertensos e/ou diabéticos periodicamente segundo protocolo do MS.

O dentista participará de todas as ações de saúde desde o planejamento, reuniões e atendimento aos usuários e será responsável por monitorar a realização de avaliação odontológica em prontuário específico.

2. Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe nos exames clínico, complementares, prescrição de medicamentos e avaliação odontológica de hipertensos e/ou diabéticos em reunião no polo a ser realizada pelo médico.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo Polo Base Makira - os médicos irão adotar os Cadernos de Atenção Básica com vistas a padronizar as atividades no polo, prevendo-se periodicidade semanal.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa no Polo Base Makira - os médicos solicitarão do DSEI a versão impressa mais atualizada do protocolo de HAS e DM para o polo, além de cartazes/*banners* para ilustração à comunidade.

3. Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM, sobre importância de avaliação física de membros inferiores e da avaliação odontológica.

Os médicos/enfermeiros orientarão durante as consultas individuais, visitas domiciliares e/ou palestras semanais com os hipertensos e/ou diabéticos e comunidade sobre os riscos advindos dessas condições clínicas bem como sobre a importância do exame físico das extremidades periodicamente.

Também buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde - os médicos e enfermeiros

buscarão parcerias com as lideranças indígenas e com a secretaria de saúde do município para que as atividades de promoção da saúde sejam realizadas.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado de hipertensos e diabéticos - os médicos capacitarão a equipe de enfermagem e a dentista durante a realização das reuniões semanais, em acordo com o caderno de atenção básica de hipertensão e diabetes do MS. Também se objetiva a qualificar a equipe quanto à Saúde Bucal, a ser realizada pela dentista.

Para o Objetivo 4 - **Melhorar o registro das informações:**

Metas 11 e 12: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados no Polo Base Makira - os médicos e enfermeiros farão reunião semanal para avaliar os registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados no polo e traçar estratégias de aperfeiçoamento desses registros. Serão utilizadas as fichas espelho para cada usuário e a planilha de coleta de dados para monitoramento semanal das ações. Destacando-se que existe uma pasta específica relativa a usuários acompanhados no HIPERDIA.

Manter as informações do SIASI atualizadas - a técnica de enfermagem designada para alimentar o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) manterá as informações dos hipertensos e/ou diabéticos atualizadas através de inserção desses dados no sistema via computador e lançará todos os meses na sede do DSEI no banco nacional do SIASI via internet. Ela nos fornecerá atualização mensal sobre tais informações.

2. Organização e gestão do serviço: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento - Os médicos e enfermeiros utilizarão a ficha espelho e a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso para o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Pactuar com a equipe o registro das informações - os médicos, enfermeiros, dentista e técnicos em enfermagem pactuarão o registro das informações com o restante da equipe por meio das reuniões mensais para este fim. Bem como definir responsável pelo monitoramento registros - a técnica de enfermagem responsável pela alimentação do SIASI será responsável pelo monitoramento dos registros junto aos médicos e enfermeiros através da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

3. Engajamento público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário - os médicos e enfermeiros orientarão os hipertensos e/ou diabéticos, durante as consultas individuais, visitas domiciliares e as reuniões/palestras com a comunidade, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e inclusive de uma segunda via se necessário.

4. Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético - os médicos treinarão os enfermeiros, dentista e técnicos em enfermagem sobre o correto preenchimento de todos os registros dos hipertensos e diabéticos, tais como ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas - os médicos treinarão os enfermeiros, dentista e técnicos em enfermagem sobre o correto preenchimento de todos os registros dos hipertensos e diabéticos, tais como ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Para o Objetivo 5 - **Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:**

Metas 13 e 4 realizar avaliação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: Os médicos e enfermeiros farão reunião mensal para avaliar os registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade e traçar estratégias de aperfeiçoamento desses registros. Serão utilizadas as fichas espelho onde teremos também a monitorização da estratificação de risco para cada usuário e a planilha de coleta de dados para monitoramento mensal das ações.

2. Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco - os médicos e enfermeiros priorizarão o atendimento domiciliar de hipertensos e diabéticos que forem identificados segundo o Escore de *Framingham*, uma vez que, no polo se baseia em visitas domiciliares. Também organizar a agenda para o atendimento desta demanda - os enfermeiros organizarão a agenda de consultas médicas segundo essas demandas prioritariamente.

3. Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular - os médicos farão as orientações aos usuários quanto ao seu nível de risco e importância do seu acompanhamento tanto nas consultas individuais quanto nas reuniões/palestras semanais com a comunidade.

Esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) - os médicos bem como toda a equipe, previamente capacitados pelo médico, nas consultas individuais e/ou visitas domiciliares.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham*, por meio de uma reunião em que o médico fará uma exposição no polo. Também capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis a ser realizada pelos médicos em reunião semanal.

Para o Objetivo 6 – **Promoção da saúde:**

Metas 15 - 22: garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos; serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar de forma periódica, em prontuário e/ou ficha-espelho, o registro das orientações a ser realizada pelo médico e equipe de enfermagem.

2. Organização e gestão do serviço: Orientar de forma individual, durante consulta médica/enfermagem informações sobre alimentação saudável, atividade física regular e risco do tabagismo, bem como, considerando a realidade de polo, utilizar as visitas domiciliares como espaço para a promoção de saúde.

3. Engajamento público: Orientar a comunidade sobre a importância das orientações referentes à alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo em consultas individuais e nas visitas domiciliares, por médicos e equipe da enfermagem.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar à equipe do Polo Base Makira sobre a promoção da prática de atividade física regular - os médicos farão a capacitação dos enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde através de reunião mensal, específica para este fim, sobre práticas de atividade física regular, alimentação saudável e riscos do tabagismo para os hipertensos e/ou diabéticos.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar e fornecer subsídios aos planejamentos de saúde.

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção ao hipertenso em 50%;

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2. Ampliar a cobertura da atenção ao diabético em 50%.

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Meta 12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Meta 13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Meta 14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Meta 15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos.

Indicador 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

Indicador 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica (2013). Utilizaremos como instrumentos a ficha do HIPERDIA, a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso.

Os médicos elaborarão uma ficha complementar para coleta de dados odontológicos que será disponibilizada para uso da odontóloga do polo. Faremos contato com o responsável pelo programa HIPERDIA do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e com o gestor municipal para disponibilizar um número mínimo 120 fichas-espelho a fim de atender os dados estimados de usuários adscritos à área de abrangência do polo, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 86 hipertensos e 24 diabéticos. Para o

acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

A enfermeira revisará o livro de registro identificando os hipertensos e/ou diabéticos que se dirigiram ao polo para consulta nos últimos três meses, objetivando a uma organização do registro do programa. A profissional localizará os prontuários desses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho.

Simultaneamente, realizará o primeiro monitoramento por meio de anotações sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso, que serão anexadas as ficha-espelho.

Inicialmente foi discutido com a equipe do polo indígena o foco de intervenção escolhido, em concordância com o Relatório de Análise Situacional. Posteriormente, começaremos a intervenção com a capacitação com os protocolos, já mencionados anteriormente, a fim de que a equipe padronize suas ações, conforme as recomendações.

Essa capacitação ocorrerá no Polo Base Makira, sendo reservado um dia por semana para as reuniões de capacitação da equipe coordenada pelos médicos, enfermeiros e dentista. Utilizaremos materiais como folders, *banners* e os próprios cadernos disponibilizados pelo DSEI e secretaria de saúde do município de Itacoatiara/AM. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e fará exposição do conteúdo aos demais membros, com espaço para discussão.

Para o acolhimento, a equipe do dia constituída por médico, enfermeiro e técnico em enfermagem ficará responsável por essa ação, direcionada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para acolher a demanda de hipertensos e/ou diabéticos haverá prioridade nas consultas disponíveis para pronto atendimento e nas visitas domiciliares, bem como será realizada busca ativa dos faltosos nos domicílios pelos enfermeiros e técnicos em enfermagem junto aos AISs.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção ocorreu entre outubro e dezembro de 2013 no Polo Indígena Makira mediante o intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – Manaus em Itacoatiara, tendo como foco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM).

Em virtude das singularidades da intervenção na Saúde Indígena ilustrada pela organização do processo de trabalho dos médicos do PROVAB junto ao DSEI, a principal característica da atuação profissional estava no caráter de constante deslocamento entre as onze aldeias que compõem o POLO BASE MAKIRA, sendo esse considerado o ponto de referência para a população. Pactuou-se com a gestão do DSEI Manaus que, devido às condições de ausência de acesso à internet e telefonia, que ficaríamos em AI duas semanas por mês, intensificando-se a atenção e assistência no polo praticamente 24 horas/dia, o que resultou em carga horária acima de 32 horas/semanais.

Usualmente, havia uma semana contínua de atendimento a fim de prestar assistência ao maior número possível de aldeias, bem como, ocorria atendimento em outro polo chamado Beija-Flor, situado em outro município mais próximo da capital, que também exigia como meio de transporte a via fluvial, em acordo com a geografia local e regional.

Como principal resultado dessa característica o período de intervenção ocorreu em quatro semanas a fim de corresponder aos três meses recomendados no curso. Tal situação decorreu do fato de que fui remanejado para uma aldeia indígena por duas semanas seguidas em decorrência da ausência de transporte para atendimento na primeira semana; assim, atendi dois dias no Polo, o que demandou, na semana seguinte, um reajuste no cronograma com o objetivo de finalizar os dias de prática, atendendo, por consequência, duas aldeias.

Dessa forma, o relatório de intervenção contempla quatro semanas correspondendo a três meses.

3.1 - Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

A ampliação da cobertura foi desenvolvida parcialmente, uma vez que, foi possível aumentar o número de usuários acompanhados pela equipe, porém, com muita dificuldade, já que, os atendimentos foram realizados principalmente durante as visitas domiciliares nas AI, em detrimento do Polo.

Em relação aos registros, houve uma maior qualificação nessa atividade, já que, a mesma era precária no polo. Todavia, para que essa atividade ocorreu de forma integral sugere-se um maior comprometimento dos trabalhadores de saúde bem como haja no polo fichas e prontuários para documentação.

Dessa forma, a fim de atender a necessidade de documentar os atendimentos, foram comprados prontuários com recursos próprios bem como foram impressas as fichas-espelho para fins de coleta e posterior transcrição de dados para a planilha. Também com vistas a agregar a odontóloga à intervenção, formulou-se uma ficha complementar à ficha-espelho para ser utilizada pela odontóloga, porém, infelizmente, não houve a aceitação e nem sua utilização.

A dentista não se envolveu nas ações de assistência, provavelmente por falta de logística e insumos e nem nas atividades da intervenção, o que sugere que a não adesão à intervenção pode ter decorrido por um acentuado prisma curativo associado às mudanças na equipe, uma vez que, estavam em prática processos de rescisão contratuais.

Quanto ao acolhimento, tal ação ocorreu de forma parcial, já que, nem todos os trabalhadores da equipe se comprometeram com a intervenção, repercutindo, por sua vez, na atenção integral aos usuários.

Para garantir a realização de exames como verificação da pressão arterial e glicemia capilar, novamente, houve a aquisição pessoal desses equipamentos, já que, não foi possível adquiri-los por meio da gestão. Essa situação pode ilustrar a dificuldade de promover e/ou gerar engajamento público, pois, basicamente, coube ao médico manter a continuidade das atividades, inclusive, sem participação efetiva dos usuários, especificamente, em relação ao processo saúde-doença.

No que concerne às capacitações, não houve uma adesão completa, decorrida de conflitos internos e também porque uma parte da equipe sempre trabalhava em área indígena em dias diferentes aos da equipe médica, refletindo-se, dessa forma, em uma participação parcial. Também devido aos processos de rescisão contratuais, possivelmente, não havia a intenção de participar da intervenção.

Todos os hipertensos e diabéticos atendidos durante a intervenção tiveram seus exames clínicos realizados e seus exames complementares solicitados, contudo, não se pode considera que houve uma sincronia entre a prescrição, realização e retorno dos resultados, pois, a principal barreira se encontra nas distâncias geográficas entre as aldeias e o laboratório que está localizado em Itacoatiara associado ao precário meio de transporte

Ademais, não foi possível garantir medicamentos da Farmácia Popular a todos os usuários com prescrições, pois, a escassez foi uma realidade constante no polo, sendo, solicitada ao DSEI Manaus e à Prefeitura Municipal, todavia, não houve a disponibilização de maior quantidade e variedade de fármacos.

O mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi desenvolvido parcialmente, considerando-se como possíveis justificativas a distância entre as aldeias, o déficit no registro das atividades e principalmente o não acesso aos resultados dos exames, já que, para realização do escore faz-se necessário acompanhar variáveis como idade, sexo, níveis de colesterol, glicose e triglicérides.

Em termos de promoção da saúde atingiu todos os usuários que foram atendidos na intervenção, por meio de orientações individuais nas consultas no polo e nas visitas domiciliares.

3. 2 - Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Não ocorreu uma reunião / capacitação para fins de atribuição de função a cada membro da equipe para a realização do exame clínico, em decorrência da participação parcial da equipe; incompatibilidade de escala de trabalho, pois, alguns profissionais não conseguiam trabalhar junto com os médicos, restringindo uma ação coletiva de todos os profissionais envolvidos no polo.

Não ocorreu uma adesão dos profissionais aos protocolos do MS, possivelmente, em decorrência do não atendimento à solicitação de impressão dos manuais através do DSEI, bem como pelo processo de trabalho instável na equipe, além disso, alguns profissionais estavam em um processo de contratual, o que influenciou sobremaneira na colaboração dos mesmos nas ações da intervenção no Polo Makira.

A avaliação odontológica não ocorreu durante a intervenção, pontuado principalmente pela ausência de cooperação da odontóloga, sendo que, antes da intervenção e no seu decorrer houve tentativas de diálogo a fim de sensibilizá-la, sem sucesso.

Não houve busca ativa, pois, não houve identificação de usuários faltosos às consultas, provavelmente, em virtude da precariedade de dados no polo, associado ao processo de trabalho na SI em que há uma rotatividade no acompanhamento das aldeias indígenas, não permitindo que haja um aprofundamento frente aos faltosos.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativas à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos Indicadores.

Inicialmente, houve muita dificuldade na compreensão do mecanismo de ação das planilhas e dos indicadores, todavia, com o avanço da intervenção, foi possível entender essa ferramenta.

Ainda, quanto à coleta e sistematização dos dados também houve algumas barreiras a serem superadas inicialmente, pois, não havia no polo o registro adequado das atividades prévias à intervenção.

Acredito, no entanto, que há necessidade de realização de uma análise situacional antes de qualquer planejamento a fim de que sejam projetadas metas, ações e sejam utilizados instrumentos para acompanhamento.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Existe a viabilidade da incorporação das ações previstas no programa à rotina do serviço do polo, porém, acredito que para que seja concretizada, deve haver a participação ativa e contínua de distintos órgãos como a gestão municipal e o DSEI a fim de que as singularidades pertinentes à SI sejam consideradas em termos de logística, por exemplo.

Também para que seja viável se faz necessário apoio local das lideranças comunitárias e/ou indígenas, congregando, dessa forma, o engajamento público como ferramenta para que a AB se torne universal e com qualidade.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada com o foco no HIPERDIA com usuários adscritos à área de cobertura do Polo de Saúde Indígena Makira, Itacoatiara / Amazonas.

Abaixo constam os objetivos, metas, indicadores e seus respectivos resultados; ressalta-se que essa ação ocorreu em quatro semanas, como mencionado anteriormente. Quanto aos gráficos, optou-se por não ilustrá-los se os resultados apontassem 0% ou 100%, uma vez que, sua função é meramente ilustrativa.

1. OBJETIVO: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Descrição dos Resultados: De acordo com o SIASI, o total de usuários hipertensos estimado para área de abrangência do polo base Makira foi de 120. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 23 hipertensos (19,0%), seguido de 32 (26,4%) e 33 (27,3%), respectivamente segundo e terceiro meses (Figura 5).

Como possíveis justificativas para o não alcance das metas relativas à cobertura se sugere o não comparecimento dos usuários às consultas agendadas pelos AISs no polo, precária busca ativa, número extenso de aldeias e o processo de trabalho na SI ilustrado por escalas distintas, mencionadas anteriormente.

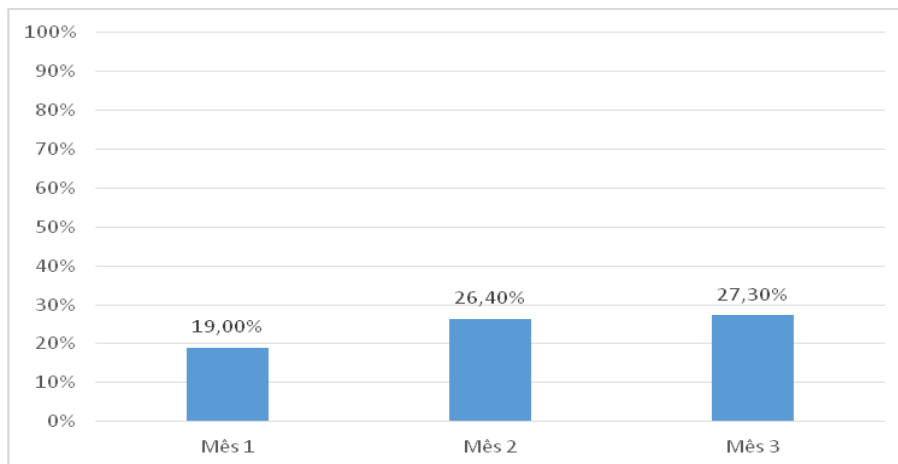


Figura 5: Proporção de hipertensos inscritos no programa da unidade de saúde. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Descrição dos Resultados: Conforme o SIASI estimava-se o total de 30 diabéticos para área de abrangência do polo base Makira. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 05 usuários (16,7%), seguido de 06 (20,0%) e 06 (20,0%), respectivamente segundo e terceiro meses (Figura 6).

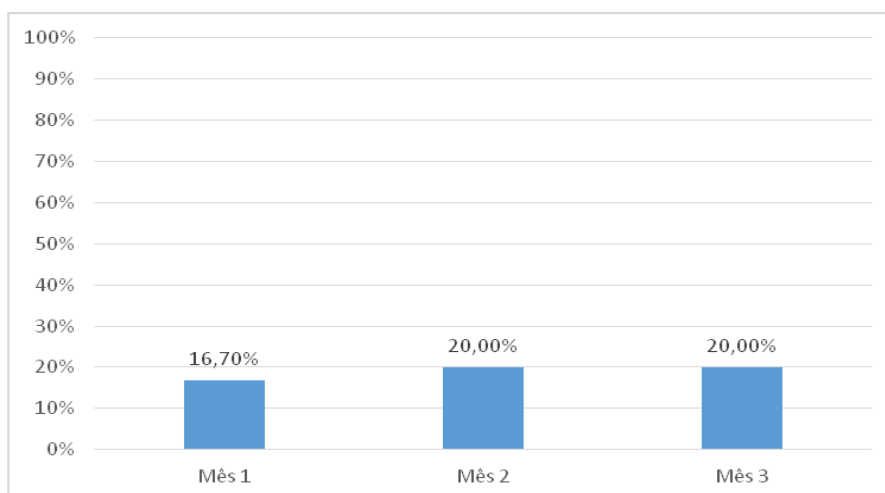


Figura 6: Proporção de diabéticos inscritos no programa da unidade de saúde. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013

2. OBJETIVO: Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa HIPERDIA.

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Descrição dos resultados: Não foram identificados usuários faltosos às consultas, possivelmente, por deficiência no registro prévio à intervenção no polo associado ao período de realização singular na SI de quatro semanas correspondendo a três meses.

Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Descrição dos resultados: Similarmente à busca ativa de hipertensos, não houve a identificação de diabéticos faltosos em decorrência, possivelmente, do processo de trabalho de organização da SI e da fidedignidade dos registros no polo.

3. OBJETIVO: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos na unidade.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição dos resultados: Atenderam-se 23 hipertensos (100%), seguidos de 32 (100%) e 33 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro meses.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos na unidade.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição dos resultados: No primeiro mês foram atendidos 05 diabéticos (100%), seguido de 06 usuários (100%) no segundo mês e 06 (100%) no último mês.

Foi possível atingir as metas em decorrência de um esforço coletivo entre os membros da equipe (Medicina e Enfermagem) buscando realizar exame clínico durante as visitas domiciliares e/ou nas aldeias

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição dos resultados: No primeiro mês, foram atendidos 11 usuários hipertensos (47,8%), 14 (43,8%) e 15 (45,5%), respectivamente, no segundo e terceiro meses (Figura 7).

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição dos resultados: Foram atendidos 02 usuários (40%) no primeiro mês, seguido de 03 diabéticos (50%) e 03 (50%), nos segundo e terceiro meses (Figura 8).

Como justificativas para o não alcance das metas relativas à realização de exames complementares se citam o precário transporte e a distância entre as aldeias rurais e os laboratórios alocados na área urbana do município, sendo que, há uma deficiência em relação à disponibilidade e entrega dos resultados, retardando, possíveis diagnósticos e condutas terapêuticas.

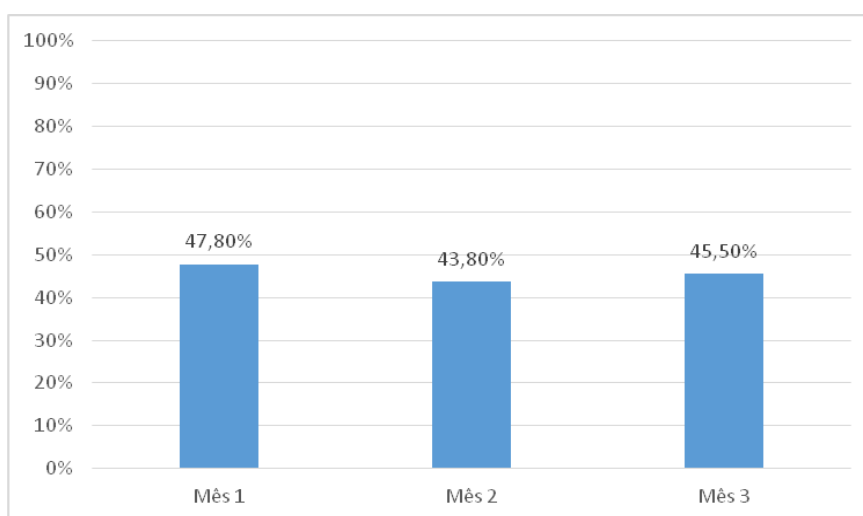


Figura 7: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

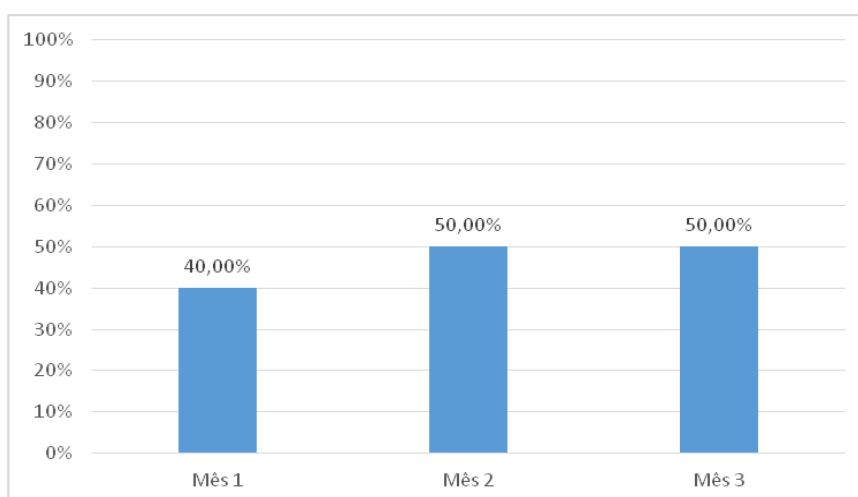


Figura 8: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.

Descrição dos resultados: No primeiro mês foram prescritas medicações a todos os usuários, 23 hipertensos (100%), seguidos de 32 (100%) e 33 (100%).

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.

Descrição dos resultados: Também a prescrição foi direcionada a todos os usuários atendidos no primeiro mês 05 diabéticos (100%) bem como nos demais meses, 06 (100%) no segundo e 06 (100%) no terceiro.

Como possíveis justificativas para o alcance das metas referentes à prescrição farmacológica, buscou-se prescrever fármacos listados no HIPERDIA e/ou Farmácia Popular a fim de facilitar a adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso.

Todavia, deve-se ressaltar que não necessariamente houve uma relação diretamente proporcional entre a prescrição e a disponibilidade dos fármacos aos usuários em virtude da escassez no polo e na Secretaria de Saúde do município.

4. OBJETIVO: Melhorar o registro das informações.

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição dos resultados: No primeiro mês foram registrados 23 hipertensos (100%), seguidos de 32 (100%) e 33 (100%), alcançando-se a meta proposta.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição dos resultados: Todos os usuários atendidos na intervenção tiveram registradas suas atividades no polo, iniciando com 05 diabéticos (100%) no primeiro mês, seguido de 06 (100%) no segundo mês e 06 (100%) no terceiro.

Foi possível atingir as metas, pois, a partir da intervenção, toda e qualquer atividade realizada no programa foi documentada nas fichas-espelhos e prontuários, permitindo, assim, um monitoramento, sendo tal atividade decorrente de um esforço coletivo entre os profissionais (Medicina e Enfermagem).

5. OBJETIVO: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Descrição dos resultados: Foi possível realizar a avaliação de risco cardiovascular em 11 hipertensos (47,8%) no primeiro mês, 14 (43,8%) e 15 (45,5%), respectivamente, segundo e terceiro meses (Figura 9).

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Descrição dos resultados: Foram atendidos 02 usuários (40%), seguido de 03 (50%) e 03 (50%), nos primeiro, segundo e último meses, conforme a Figura 10.

As metas não foram alcançadas em decorrência do precário transporte, distância entre as aldeias dos laboratórios do município, já que, para a avaliação do risco cardiovascular são necessários exames laboratoriais como a quantificação de triglicerídeos e colesterol séricos, corroborando os resultados relativos aos exames complementares.

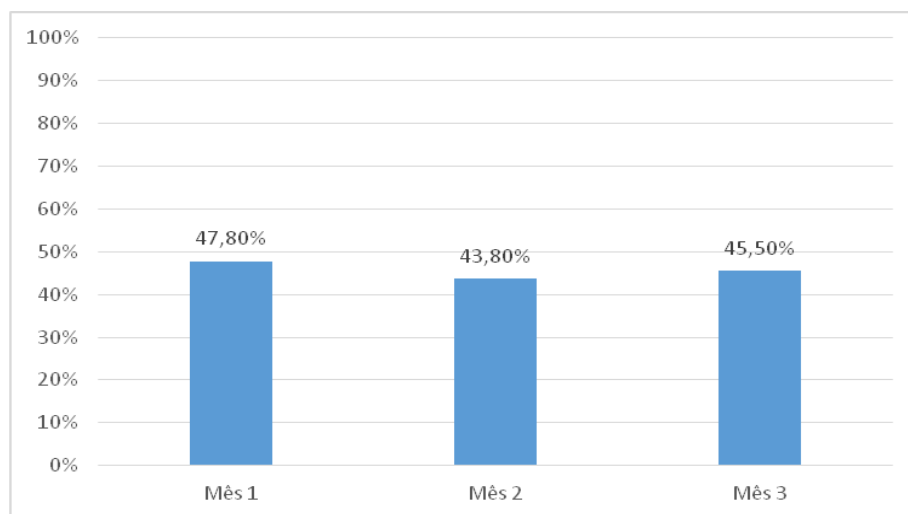


Figura 9: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

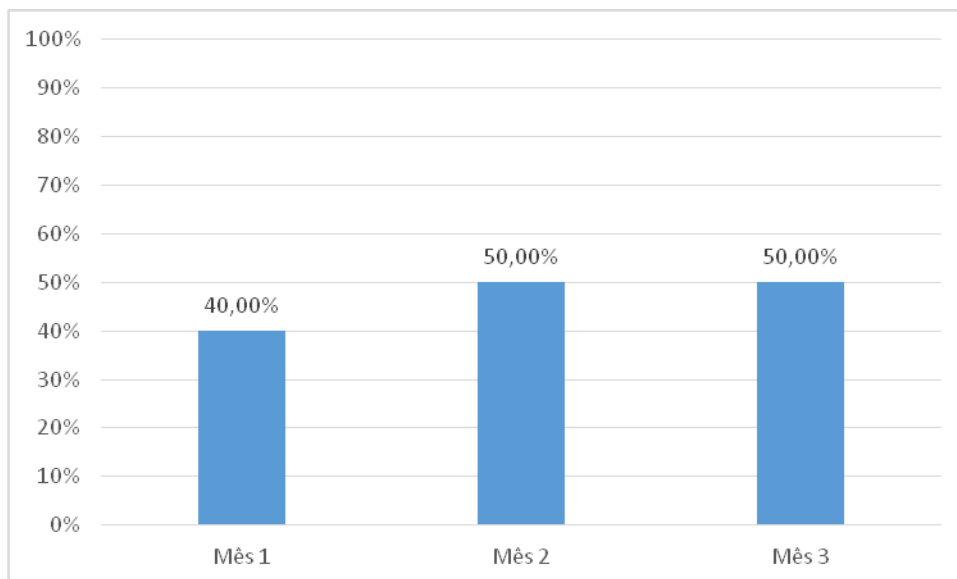


Figura 10: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

6. OBJETIVO: Promover a Saúde.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Descrição dos resultados: Não houve a realização dessa atividade na intervenção pela influência dos fatores de caráter primariamente curativa, escassez de materiais/insumos associado à ausência de colaboração com a profissional.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Descrição dos resultados: A SB foi uma atividade precária na intervenção possivelmente em decorrência dos fatores supracitados que inviabilizaram uma atenção mais integral aos usuários.

OBJETIVO: Promoção em saúde

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição dos resultados: Todos os usuários atendidos durante a intervenção receberam orientações relativas à alimentação saudável, iniciando-se com 23 hipertensos (100%), 32 (100%) e 33 (100%), nos primeiro, segundo e terceiro meses.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição dos resultados: No primeiro mês atingiram-se 05 diabéticos (100%), seguido de 06 (100%) no segundo mês e 06 (100%) no último mês.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Descrição dos resultados: Atenderam-se 23 hipertensos (100%), 32 (100%) e 33 (100%), nos primeiro, segundo e terceiro meses.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Descrição dos resultados: Alcançaram-se 05 diabéticos (100%), 06 (100%) e 06 (100%) nos primeiro, segundo e terceiro meses.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição dos resultados: Todos os usuários foram orientados quanto aos efeitos nocivos do tabagismo, iniciando-se com 23 hipertensos (100%), 32 (100%) e 33 (100%), nos primeiro, segundo e terceiro meses.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição dos resultados: Alcançaram-se todos os diabéticos, atingindo-se 05 diabéticos (100%), 06 (100%) e 06 (100%) nos meses sequenciais da intervenção.

Todas as metas referentes às atividades de promoção de saúde decorreram de uma organização, uma vez que, previamente à intervenção, capacitou-se os trabalhadores de saúde a fim de serem multiplicadores junto aos usuários associado ao repasse das orientações nas consultas no polo.

4.2 Discussão

A qualificação do programa direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos objetivou melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade do serviço de saúde através de uma série de atividades que englobassem os quatro eixos pedagógicos do curso que são organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Como resultados e se considerando as peculiaridades do trabalho na SI, foram atendidos 33 hipertensos e 06 diabéticos, prevendo-se um aumento na cobertura à medida que o programa se consolidar no polo.

Também outras atividades se tornaram mais frequentes no polo como registro das informações, realização de exame clínico adequado e mapeamento de risco para doença cardiovascular bem como promoção de saúde. Dessa forma, mediante as possíveis complicações associadas à HAS e ao DM, faz-se importante manter e/ou aumentar a solicitação e principalmente realização de exames complementares a fim de prover embasamento para a avaliação do risco cardiovascular, em conformidade com Paula *et al.*, (2013) que contextualiza esse score como o primeiro passo para prevenção de futuros eventos cardiovasculares e para otimização da terapêutica a ser utilizada para cada hipertenso e/ou diabético.

Em relação aos registros, previamente à intervenção, havia um déficit, porém, a partir dos instrumentos do curso foi possível organizar os dados, estimulando ainda a utilização do Cartão do programa como referência para usuários e membros da equipe.

Mediante os resultados, pode-se teorizar que a intervenção gerou um maior interesse da equipe frente à atenção a esses usuários que deve ser integral, acolhedora e humanizada, que influenciou na realização das atividades previstas no programa.

No que concerne à participação da comunidade, foi possível verificar que houve uma colaboração dos usuários e familiares, procurando-se entender a necessidade de prevenir a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) e de controlar o agravamento e as possíveis complicações associadas.

Ademais, buscou-se estimular a corresponsabilização frente aos cuidados relativos à saúde do usuário e de sua família em geral, o que também foi um ponto positivo advindo da intervenção.

Entretanto, deve-se investir na SB no polo em termos de logística, insumos e materiais, a fim de que os hipertensos e/ou diabéticos tenham acesso à avaliação odontológica como parte integral da atenção à saúde, pois, existe a necessidade de que a Odontologia seja agregada ao programa de controle do Diabetes, uma vez que, em longo prazo, a hiperglicemia pode causar alterações bucais, destacando-se a doença periodontal (Alves *et al.*, 2006).

A Intervenção poderia ter sido mais eficaz se já na Análise Situacional tivéssemos dialogado mais profundamente com a equipe quanto às atribuições de cada membro, resultando, possivelmente, em uma maior cooperação e apoio, especialmente, frente ao processo de trabalho em escalas. Também se tivéssemos solicitado aos gestores previamente à intervenção todos os insumos e materiais permanentes, buscando assim, utilizar o tempo de forma mais efetiva quanto à atenção ao hipertenso e/ou diabético.

A viabilidade da ação se tornar rotina no polo pode ocorrer, porém, como principal fator se deve buscar um maior compromisso dos gestores em comunhão com os membros da equipe e da comunidade, uma vez que, a participação de todos tanto no planejamento das ações em saúde quanto na tomada de decisões tende empoderar os sujeitos e estimular o engajamento público. Além disso, lutar por um trabalho coletivo como força motriz para a realização de atividades condizentes com os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade.

Destacando-se que o programa pode ser fortalecido diante de uma organização em termos, por exemplo, de um menor tempo entre a realização dos exames e os resultados, assim como o acesso a exames inexistentes no município como ecocardiograma e teste oral de tolerância a glicose, por exemplo, que são importantes para o acompanhamento do usuário. Sendo importante destacar ainda que essa situação interfere na identificação de alterações metabólicas e lesões em órgãos-alvo em concordância com Lotufo, (2008).

Considerando tudo o que foi exposto, considero positiva a intervenção na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos do polo base Makira, pois, mediante as dificuldades pertinentes à SI, houve uma série de atividades condizentes com o HIPERDIA e a importância de vivenciar e lutar pela valorização da identidade do indígena como cidadão brasileiro, com direitos e deveres iguais a todos os demais cidadãos.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Tenho atuado como médico do PROVAB no município de Itacoatiara/Amazonas no Polo Base Makira que atende 11 aldeias indígenas a fim de qualificar a atenção em saúde aos hipertensos e/ou diabéticos.

Dessa forma, foi realizada uma intervenção entre outubro e dezembro de 2013 objetivando a melhorar a cobertura, a adesão e a qualidade do serviço de saúde, promover atividades de educação, capacitar os profissionais segundo as recomendações do MS e estimular a participação da comunidade.

A intervenção gerou resultados positivos no polo, como a criação de um prontuário específico para o programa; recomendações aos AIS para convidar os hipertensos e diabéticos, sadios ou não, para consultas no polo; identificação de usuários com exames clínicos e laboratoriais em atraso; utilização do cartão do programa para acompanhamento das consultas, prescrição de medicações, medidas da pressão arterial e glicemia de jejum, orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo. Além de verificar a necessidade de reestruturar e reorganizar a Saúde Bucal.

A fim de atingirmos um maior número de usuários bem como melhorarmos a qualidade do serviço de saúde, faz-se necessário que haja um suporte em relação ao deslocamento dos profissionais para as aldeias e dos usuários para o polo, pois, ambos se constituem espaços dialógicos e de saúde.

Também sugerimos que haja um melhoramento na disponibilidade de insumos, materiais permanentes como macas, cadeiras, prontuários, folhas, canetas e medicações facilitando assim o trabalho da equipe do polo junto aos usuários. Ainda, uma possível estratégia para melhorar a atenção à saúde não só dos hipertensos e diabéticos, mas de todos os usuários indígenas residentes no território seria investir na reforma/construção do polo, pois, o mesmo se tornaria referência para a comunidade, permitindo, ainda, que os trabalhadores da Medicina, Enfermagem e Odontologia atuassem de forma conjunta, bem como possibilitaria uma maior organização do serviço através de agendamento.

Associado, pensamos ainda que a contratação de dois médicos para atuarem apenas na área de abrangência do polo, pois, mesmo que constem cerca de 790 moradores, os usuários estão alocados em onze distintas e distantes aldeias, influenciando, assim, na organização do tempo de prática clínica e atuação na Saúde Coletiva.

Baseado nessas considerações de que a intervenção no programa, ainda que, com dificuldades, resultou em benefícios aos usuários, a fim de que se consolide no polo, deve haver envolvimento dos usuários nas atividades no polo, constante qualificação dos profissionais e apoio da gestão frente às demandas que caracterizam a Saúde Indígena no país como disponibilidade de insumos e materiais, revisões periódicas dos meios de transporte fluvial e adequações na estrutura do polo.

Uma parceria entre os gestores/trabalhadores da saúde do DSEI Manaus e da Secretaria Municipal de Itacoatiara seria impactante, uma vez que, possibilitaria melhoras na atenção à saúde, consolidando não somente esse programa como as demais ações programáticas, em concordância com os princípios do SUS, a equidade, a integralidade e a universalidade e com a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 que no Artigo 196 aponta: “*A Saúde é direito de todos e dever do Estado*”.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Prezados moradores, foi realizado um trabalho direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos entres os meses de outubro e dezembro de 2013 no Polo Base Makira com os objetivos de melhorar a saúde do hipertenso e do diabético bem como tornar a atenção como rotina no polo através de uma atenção integral, acolhedora e humanizada.

Os principais resultados positivos da intervenção foram o número de atendimentos, sendo 33 hipertensos e 06 diabéticos, bem como houve melhoria na qualidade do serviço como:

- criação de prontuários para registro e acompanhamento das atividades no polo;

- orientações para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) acerca da importância de estimular os usuários a irem para consulta no polo, independente se doentes ou não;

- promoção do uso do Cartão do programa;

- identificação de usuários com consulta e exames de laboratório atrasados;

- prescrição de remédios, medidas da pressão arterial e glicemia de jejum, orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco de fumar cigarros.

A fim de atendermos um maior número de usuários bem como melhorarmos a qualidade do atendimento, faz-se necessário que haja um transporte fluvial (barco) adequado para o deslocamento da equipe para as aldeias e dos usuários para o polo.

Ainda, acredita-se que uma parceria entre os gestores/trabalhadores da saúde do DSEI Manaus e da Secretaria Municipal de Itacoatiara seria importante, uma vez que, possibilitaria melhoras no atendimento, melhorando não somente esse programa como os demais programas como Saúde da Criança e Pré-Natal e Puerpério, melhorando, assim, a atenção em saúde tanto para crianças quanto para adultos, idosos e gestantes.

Dessa forma, como médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), gostaria de agradecer às lideranças e a

comunidade das aldeias da área do Polo Base Makira pelo apoio durante o atendimento da equipe bem como peço que continuem na luta pela melhoria da Saúde Indígena.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Durante o decorrer do tempo de especialização percebi que houve uma nítida evolução no meu senso crítico-reflexivo no que tange a verdadeira realidade da AB/APS no Brasil, inclusive sobre a saúde indígena.

Mesmo sendo um adepto dos ideais sobre cuidados primários de saúde e da importância da AB/APS e de ter relativo conhecimento da legislação que rege o SUS, fui surpreendido com a quantidade de informações apreendidas e das experiências vivenciadas.

Tenho plena convicção da consolidação de conceitos importantes no decorrer da especialização sobre a ESF/SUS/APS e, claro, sobre a estrutura e organização da saúde indígena no país. Entretanto, como crítica construtiva para a coordenação pedagógica sugere-se programar uma especialização em saúde indígena para os profissionais que estiverem atuando nessa área durante o PROVAB com o intuito de potencializar o aprendizado ao combinar a teoria com a prática.

Um conceito extremamente importante solidificado foi a importância do trabalho em equipe, interdisciplinar e multiprofissional, pois, não se alcançam resultados positivos de forma isolada, o que sugere a necessidade de teoria e prática em Saúde Coletiva desde a graduação, sobretudo na Medicina. Dessa forma, acredito que a especialização tenha me propiciado a percepção de que todos os “atores” são importantes desde o AIs até o gestor.

6. Referências

ALMEIDA A. P. F.; MOURA L.; CHAVES F. R.; ROMALDINI J. A. Dislipidemias e diabetes mellitus. **Rev. Ciênc. Med.**, v,16, n.4, p.267-77, 2007.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica nº 37: Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Cadernos de Atenção Básica nº 36: Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) Saúde Suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 13 set 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf

DUNCAN B. B.; CHOR D.; AQUINO E. M. L.; BENSENOR I. M.; MILL J. G.; SCHMIDT M. I.; LOTUFO P. A.; VIGO A.; BARRETO S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v.46. n. supl., p. 126-34, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Acesso em: 20 jul 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=130190&idtema=75&search=amazonas%7Citacoatiara%7Cestimativa-da-populacao-2012>>

LOTUFO P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev. Med**, v.87. n.4, p.232-7, 2008.

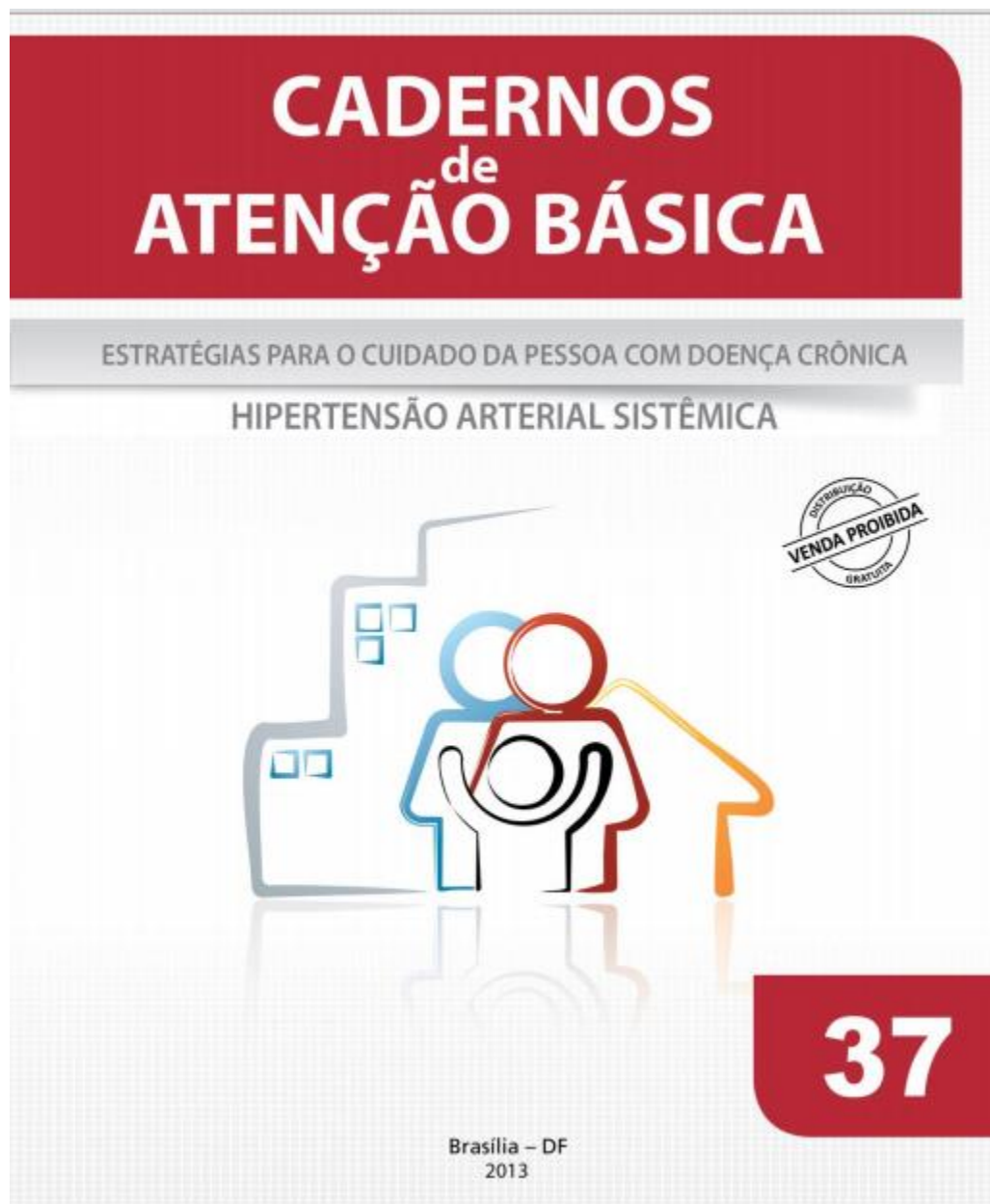
NASCENTE F. M. M.; et al. Hipertensão Arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.4, p. 2502-509, 2010.

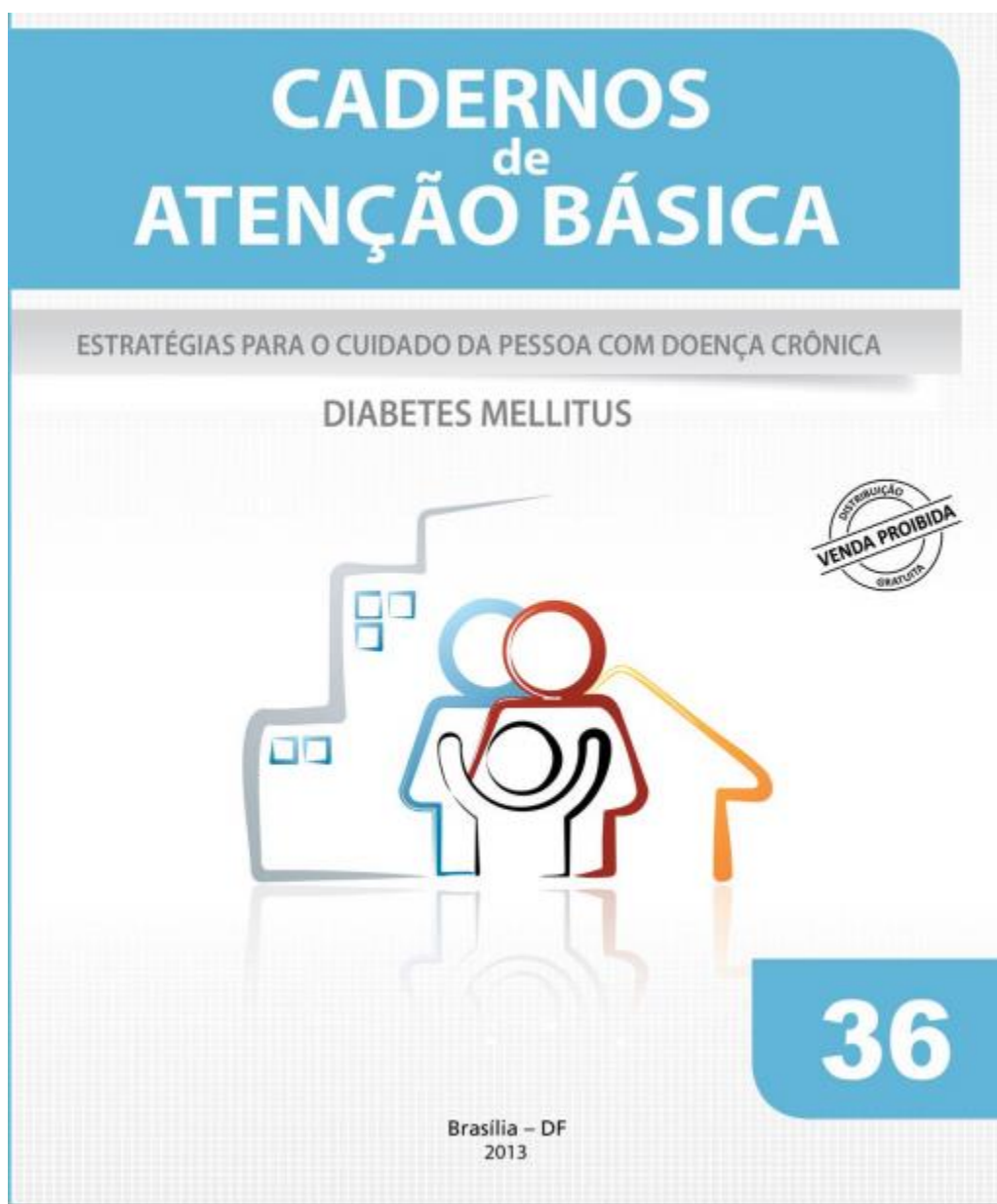
PAULA L. A.; PAULA R. B.; COSTA D. M. N.; COLUGNATI F. A. B.; PAIVA E. P. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am.**, v. 21, n.3, p. 1-8, 2013.

SANTOS P. A.; PINHO C. P. S. Diabetes mellitus em usuários coronariopatas: prevalência e fatores de risco cardiovascular associado. **Rev Bras Clin Med.**, v.10, n.6, p. 469-75, 2012.

ANEXOS

**ANEXO A – Caderno de Ação Programática Hipertensão arterial sistêmica
(HAS)**



ANEXO B – Caderno de Ação Programática *Diabetes Mellitus* (DM)

ANEXO D – FICHA-ESPELHO COMPLEMENTAR DE ODONTOLOGIA



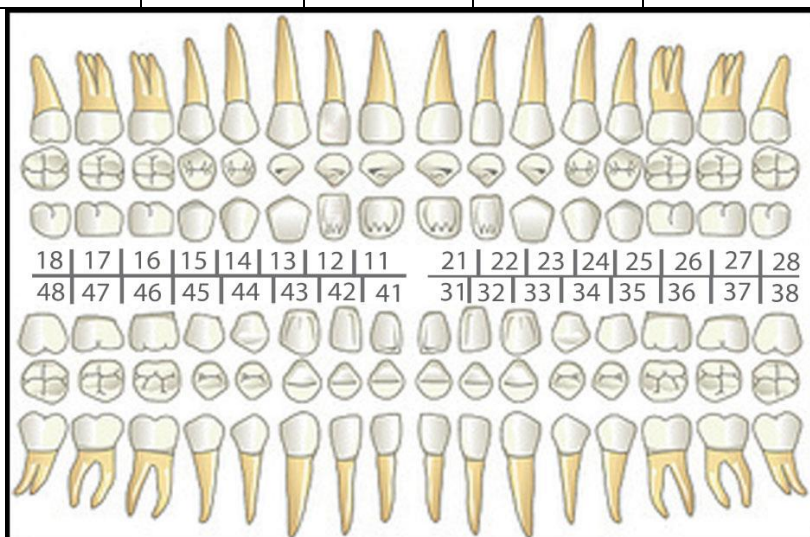
Nome: _____

Data de nascimento: _____

Hipertenso () Diabético ()

Ficha Espelho Complementar

Avaliação odontológica					
Data					
Nome do profissional					
Orientação de saúde bucal: sim ou não					
Usuário de alto risco: sim ou não					
Procedimentos realizados					
Data da próxima consulta					




Fonte: Wilderi Sidney G. Guimarães Médico - Polo Base Makira

ANEXO E – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

1																					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebeu tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o tabagismo?		
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		1																			
5		2																			
6		3																			
7		4																			
8		5																			
9		6																			
10		7																			
11		8																			
12		9																			
13		10																			
14		11																			
15		12																			
16		13																			
17		14																			
18		15																			
19		16																			
20		17																			
21		18																			
22		19																			
23																					
24																					

←
▶
Apresentação
Orientações
Dados_da_UBS
Mês_1
Mês_2
Mês_3
Mês_4
Indicadores
...
+
:
◀

ANEXO F – DOCUMENTO 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^a
Prof^a 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