

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Turma 06**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos  
acompanhados na UBS Mãe Raimunda, Água Branca/PI**

**Klebert Amorim de Oliveira**

Teresina, 2015

**Klebert Amorim de Oliveira**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos  
acompanhados na UBS Mãe Raimunda, Água Branca/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a distância - UFPel/UnASUS, como requisito de Avaliação para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Msc. Enf<sup>a</sup>. Elitiele Ortiz dos Santos

Teresina, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

O48m Oliveira, Klebert Amorim de

Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS Mãe Raimunda na Cidade de Água Branca/PI / Klebert Amorim de Oliveira; Elitiele Ortiz Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

65 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Santos, Elitiele Ortiz Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

**Klebert Amorim de Oliveira**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos  
acompanhados na UBS Mãe Raimunda, Água Branca/PI**

Monografia aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Msc. Enf<sup>a</sup>. Elitiele Ortiz dos Santos  
Orientadora

---

---

Dedico este trabalho

à minha mãe, pela dedicação, pela oração e pela minha vida;

ao meu pai, pela confiança, pelo exemplo e pelas palavras de apoio;

à Alessandra Amorim, pela simplicidade, pela força, pelo apoio e incentivo, pelo amor;

à minha irmã Keila Maria, por seu carinho e respeito;

à minha irmã Patrícia, por sua paciência e amizade;

ao meu irmão Kelson Amorim, pelas palavras de incentivo;

aos meus sobrinhos Guilherme José e Paulo Júnior, pela alegria contagiante;

às minhas sobrinhas Ágata Maria, Francisca Laryssa, Maria Vitória e Weline Alves pela ternura;

ao meu cunhado Paulo Ximenes e minha cunhada Dulcília Amorim, pela cumplicidade na construção da família.

## **Agradecimentos**

A Deus, pelo dom da vida e pelas bênçãos recebidas.

À Msc. Enf<sup>a</sup>. Elitiele Ortiz dos Santos, pela sua disponibilidade, pelo seu empenho e orientação para o sucesso deste trabalho.

À Faculdade Integral Diferencial - Teresina (PI), pela minha formação em Medicina.

Ao corpo docente da Faculdade Integral Diferencial, que colaborou com a minha formação em Medicina.

Aos amigos e amigas da Unidade Básica de Saúde Mãe Raimunda, Água Branca-PI, pelo apoio e disponibilidade na obtenção dos dados para a produção deste trabalho.

Aos amigos Alberto Adalberto, Luiz Júnior pelo apoio e disponibilidade na produção deste trabalho.

*“A esperança não é um sonho, mas uma maneira de traduzir os sonhos em realidade.”*

*(Suenens)*

## Resumo

OLIVEIRA, Klebert Amorim de. **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS Mãe Raimunda, Água Branca/PI**. 2015. 65f. Trabalho Acadêmico (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Intervenção realizada pela equipe da UBS Mãe Raimunda em Água Branca - PI teve como objetivo, melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos no período de Agosto/2014 a Novembro/2014. Antes da intervenção 52% de usuários hipertensos e 37% de usuários diabéticos eram acompanhados na unidade, e ao longo da Intervenção muitos foram cadastrados e receberam o acompanhamento de qualidade. As informações foram coletadas na ficha espelho e consolidadas na planilha eletrônica do programa Excel (Microsoft Co., 2010) e apresentada por meio de gráficos. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Realizou-se 06 atividades coletivas, e 01 atividade prática envolvendo toda a equipe da UBS e os usuários. No final da Intervenção alcançamos 344 usuários hipertensos, perfazendo 83,7% e 63 usuários diabéticos, perfazendo 62,4% de cobertura. Os demais itens avaliados quanto à qualidade alcançou-se 100%. Os resultados satisfatórios da Intervenção foram possíveis, pois a equipe sempre aproveitou a consulta com os usuários para investigar e realizar educação em saúde, embora HAS e DM não fossem a queixa principal. Foi possível observar uma mudança na rotina da UBS. Houve uma melhora significativa no monitoramento e avaliação, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica. Destaca-se a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS Mãe Raimunda que permitiu que alcançássemos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados. Todos os insumos necessários para o funcionamento da UBS, como também a realização dos exames complementares conforme protocolo, foram garantidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, destaca-se que a interação existente entre os diversos serviços de saúde do município como SAMU, CAPS, NASF e o Hospital Municipal foram de extrema relevância para a consolidação das atividades na UBS Mãe Raimunda.

**Palavras-Chave:** Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de figuras

- Figura 1.** Proporção de hipertensos acompanhados pelo Programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos da UBS Mãe Raimunda. ....47
- Figura 2.** Proporção de diabéticos acompanhados pelo Programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos da UBS Mãe Raimunda. ....47

## Lista de quadros

- Quadro 1-** Apresentação das metas e indicadores de cobertura dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.....35
- Quadro 2-** Apresentação das metas e indicadores de qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.....36
- Quadro 3-** Apresentação das metas e indicadores da adesão de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda ao programa.....37
- Quadro 4-** Apresentação das metas e indicadores do registro das informações de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.....37
- Quadro 5-** Apresentação das metas e indicadores do mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.....37
- Quadro 6-** Apresentação das metas e indicadores da promoção à saúde de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.....38

## Lista de abreviaturas e siglas

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
ASO	- Antiestreptolisina O
BHCG	- Beta Human Chorionic Gonadotropin
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
DIA	- Diabetes
DM	- Diabetes Mellitus
DML	- Depósito de Material de Limpeza
EAS	- Elementos Anormais do Sedimento
EPF	- Exame Parasitológico de Fezes
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HA	- Hipertensão Arterial
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	- Hemoglicoteste
INMETRO	- Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
LCD	- Liquid Crystal Display
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCR	- Proteína C Reativa
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPeI	- Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	- Universidade Aberta do SUS
VDRL	- <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	12
1 ANÁLISE SITUACIONAL .....	14
1.1 Qual a Situação ESF/APS?.....	14
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentário Comparativo.....	24
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral .....	27
2.2.2 Objetivos específicos e respectivas metas.....	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	35
2.3.3. Logística .....	38
2.3.4 Cronograma .....	42
3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO .....	43
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	45
4.1 Resultados .....	45
4.2 Discussão.....	48
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores.....	50
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	52
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
ANEXOS .....	58

## **Apresentação**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão alcançando proporções epidêmicas em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades, nacionalidades e classes sociais causando incapacidades e mortes (DAAR et al, 2007). As estatísticas brasileiras oficiais de mortalidade, os dados da vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde e os estudos transversais realizados para determinar a prevalência de DCNT e seus fatores de risco ressaltam seu impacto na saúde da população e são essenciais para o desenvolvimento de programas preventivos e para a formulação de políticas públicas capazes de reduzir seu impacto no país (BRASIL, 2009). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Levando-se em consideração os valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos realizados no Brasil, encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO et al, 2008);( ROSÁRIO et al, 2009). O “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Diante do exposto, o presente trabalho foi realizado na cidade de Água Branca-PI, localizado na microrregião do médio Parnaíba Piauiense, mesorregião do centro-norte do estado, a 97 km da capital Teresina. A Unidade Básica de Saúde Mãe Raimunda foi o local de desenvolvimento do trabalho e o foco definido foi a atenção a saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo desenvolvido no período de 08/08 a 06/11 de 2014. O objetivo geral do trabalho foi melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na área adstrita a Unidade Básica de Saúde Mãe Raimunda. Para tanto, para a execução do trabalho e alcance de tal objetivo, fez-se necessário realizar

uma análise situacional, uma análise estratégica, onde se definiu o projeto de intervenção.

A Intervenção realizada na UBS Mãe Raimunda encontra-se avaliada através da apresentação dos resultados e da discussão dos mesmos, ao tempo em que foram apresentados relatórios aos gestores e para a comunidade. O presente trabalho melhorou o entendimento, considerando os protocolos do Ministério da Saúde e fomentou a busca cotidiana na literatura por novos conhecimentos, que foram relatados através de uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem.

A intervenção apresentada no trabalho, de fato proporcionou melhora na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e promoveu qualificação profissional aos trabalhadores da UBS Mãe Raimunda.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Qual a Situação ESF/APS?**

A cidade de Água Branca, município do Estado do Piauí, localiza-se na microrregião do Médio Parnaíba Piauiense, na mesorregião ao centro – norte do Estado. O município tem aproximadamente 20.000 habitantes e conta com oito equipes de ESF/APS e um hospital municipal, além de outros serviços oferecidos pelos SUS.

A UBS MÃE RAIMUNDA, onde fui alocado é uma unidade onde encontro boas condições de trabalho, no que se refere à estrutura física, como também em relação ao desenvolvimento da prática clínica, promoção e educação em saúde; além de contar com o processo de referência e de contra-referência, entre os demais serviços oferecidos pela rede de saúde do município.

A unidade possui em sua estrutura para atender aos usuários: uma sala de espera ampla com cadeiras em boa quantidade e confortáveis, com uma televisão de LCD; banheiro masculino e feminino com acessibilidade; consultórios: médico, odontológico e de enfermagem; sala de vacina; sala de inalação; sala de esterilização; sala de procedimentos; farmácia; auditório; DML e um amplo pátio.

A equipe da unidade é empenhada em executar com eficiência suas atividades. É formada por: enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, técnica de saúde bucal, 06 agentes comunitários de saúde, recepcionista, agente de endemias, auxiliar de serviços gerais. A unidade é acolhedora, encontra-se sempre higienizada e a equipe tem mostrado entusiasmo e conhecimento da área adstrita, como também conhecimento próximo da realidade familiar vivida por cada usuário da região. Em determinadas ocasiões a equipe chega a contemplar usuários fora de

sua área de abrangência, dificultando o estabelecimento de vínculos e a realização de atividades de educação e promoção de saúde.

Em janeiro e fevereiro, o atendimento aos usuários era realizado por agendamento e ordem de chegada. Tal metodologia gerava filas e descontentamentos. Em conversas com a equipe e objetivando a melhoria no atendimento ao usuário, após a primeira semana de março, foi implantado o agendamento e o atendimento ao usuário conforme dia e horário marcado. Logo o usuário só se dirige à UBS naquele devido horário, evitando assim as filas. Com isso a qualidade do atendimento ao usuário melhorou e conseqüentemente a relação com a comunidade também que tem suas necessidades resolvidas a contento.

Quero também chamar a atenção para o conjunto residencial onde está localizado a UBS. Tem coleta de lixo três vezes por semana, saneamento básico, escolas de ensino fundamental e o estádio municipal, dados observados durante as visitas domiciliares. Nas visitas domiciliares, embora tenha uma equipe comprometida com a saúde dos usuários, pude verificar um descaso por parte dos familiares. Falta de compromisso em marcar uma consulta após dar um encaminhamento para um atendimento com um especialista, medicações administradas fora do horário e em quantidades erradas, idosos não higienizados, idosos sozinhos que dependem dos agentes comunitários de saúde e outros.

Atualmente outro problema que quero ressaltar, é a crescente demanda da microrregião. Água Branca é destaque econômico devido ao comércio e à saúde. Tem um hospital municipal, SAMU, especialidades médicas e demais serviços do SUS, e tal demanda crescente é ocasionada pelos aproximadamente 16 municípios circunvizinhos, nos quais não são visíveis plenos investimentos em saúde.

Eis um problema de engajamento público, de falta de direitos dos usuários, eis um problema de gestão...

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Água Branca localiza-se na microrregião do médio Parnaíba Piauiense, mesorregião do centro-norte do estado, a 97 km da capital Teresina. O município tem 16.461 habitantes e 97.039 km<sup>2</sup> e é considerado o centro econômico da região, devido ao comércio que é a sua principal atividade econômica. Destaca-se também na saúde, pois possui oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas

com equipes de Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde (ESF/APS), apoiadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família, na modalidade I (NASF I), que é formado pelos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, educadora física, nutricionista, médico ginecologista. Vale ressaltar também a presença do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para onde são encaminhados os usuários que demandam de um serviço de referência. O município possui 01 hospital para atendimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, onde no mesmo prédio funciona a policlínica para qual são encaminhados todos os usuários que precisam de atendimento especializado; são oferecidas as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia/obstetrícia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia. Também no hospital fica localizado o laboratório onde são realizados os exames complementares, dentre os laboratoriais são oferecidos: hemograma, VHS, glicemia, perfil lipídico, uréia, creatinina, ácido úrico, amilase, fosfatase alcalina, transaminases, bilirrubinas, VDRL, ASO, PCR, látex, ABO, BHCG, EPF, EAS, baciloscopia, sorologias para: HIV, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, hepatite B; dentre os de imagem, respectivamente ultrassonografias e raios X: pélvica, gestacional, vias urinárias, transvaginal, tireóide, mamária, cervical, abdominal total, próstata, ombro, cotovelo, punho, joelhos, tórax e demais regiões do corpo, conforme necessidade clínica. O hospital tem centro cirúrgico, onde são realizados os partos cesarianos e cirurgias de pequeno porte; sala de pré-parto e sala de parto natural, enfermarias pediátricas, enfermarias adultas masculinas e femininas e leitos de observação. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) completa a rede dos serviços de saúde dos SUS, sendo a unidade básica a que presta serviços aos usuários do município.

A UBS MÃE RAIMUNDA, onde fui alocado é uma unidade localizada na zona urbana, sem vínculos com instituições de ensino e com aspecto estruturante e estratégico da Atenção Primária à Saúde, desenvolve modelo de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família, através de 01 equipe composta por: médico clínico geral, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, 06 agentes comunitários de saúde, 01 agente de endemias, recepcionista, auxiliar de serviços gerais. A UBS possui em sua estrutura física para atender aos usuários, uma sala de espera ampla, com cadeiras em boa quantidade e confortáveis, com uma televisão de LCD; banheiro masculino e feminino com

acessibilidade; consultórios: médico, odontológico e de enfermagem; sala de vacina; sala de inalação; sala de esterilização; sala de procedimentos; farmácia; auditório; DML e um amplo pátio; e somente 01 banheiro para os profissionais da unidade. Vale ressaltar que todos os profissionais utilizam o mesmo banheiro para evitar sobrecarga do banheiro dos usuários. Na UBS não contamos com escovário, porém tal item não é obrigatório, conforme manuais do Ministério da Saúde, entretanto sanamos a deficiência com atividades de educação em saúde somente em teoria. No entanto, para melhorarmos a estrutura da UBS, tanto para os usuários como para os profissionais, teríamos que construir 01 banheiro e 01 escovário. Houve uma melhora nos instrumentos de comunicação, pois atualmente a UBS dispõe de internet via rádio e para viabilizar mais a comunicação falta obter uma linha telefônica. Em relação à disponibilidade e suficiência de medicamentos e insumos, hoje a UBS segue o necessário para atender aos usuários.

No que se refere às atribuições da equipe, o aspecto mais importante que caracteriza o trabalho dos profissionais da UBS Mãe Raimunda é acolhimento acessível e conforme as necessidades de cada usuário, sendo, portanto, uma atribuição comum a todos os membros da equipe. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos é empenho também de todos os profissionais. Em relação às atribuições específicas, as mesmas são regulamentadas pelas disposições legais de cada conselho, onde cada membro que compõe a equipe desenvolve a contento o trabalho na UBS.

A população da área adstrita corresponde a um total de 2700 habitantes distribuídos conforme os seguintes denominadores (idade/sexo): mulheres em idade fértil 10-49 anos: 880; mulheres entre 25 e 64 anos: 653; mulheres entre 50 e 69 anos: 202; gestantes na área - 1,5% da população total: 40.5; menores de 01 ano: 41; menores de 05 anos: 82; pessoas de 05 a 14 anos: 504; pessoas de 15 a 59 anos: 1693; pessoas com 60 anos ou mais: 287; pessoas entre 20 e 59 anos: 1432; pessoas com 20 anos ou mais: 1719; pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão: 411; pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes: 101. Para atender tal demanda a UBS possui 01 equipe de ESF, estando assim dentro do que é estabelecido pelos manuais do Ministério da Saúde, onde cada equipe deveria atender 4000 mil habitantes, porém o recomendado é até 3000 mil habitantes.

No início do trabalho na UBS, a dificuldade encontrada no que se refere ao acolhimento à demanda espontânea foi por parte dos trabalhadores, pois era necessário que todos compreendessem a importância de um acolhimento acessível e com equidade. Para tanto era necessário tratar diferentemente os desiguais, ou cada um de acordo com a sua necessidade, evitando diferenciações injustas e negativas. Uma metodologia implantada para alcançarmos tal objetivo foi a implantação da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades que nos ajuda a identificar as situações de maior urgência e com isso tomarmos as devidas medidas de intervenção. Em relação aos casos não agudos são realizadas as devidas orientações: inclusão em ações programáticas; agendamento de consultas médica, enfermagem, odontológica; encaminhamentos para outros pontos da atenção básica. Logo, o trabalho desse modo passou a fluir melhor, trabalho em equipe, após organização e avaliação do processo de acolhimento, onde tal tarefa se consolidou como atribuição de todos que compõe a equipe da ESF.

A atenção à saúde da criança é desenvolvida através do fornecimento das consultas de puericultura, sendo uma atribuição comum aos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, ACS. Todas as crianças na faixa etária de 0 a 72 meses são atendidas na UBS, conforme manual técnico do Ministério da Saúde, porém as ações programáticas evidentes encontram-se na faixa etária de crianças menores de 12 meses. Diante dessa faixa etária, faço uma avaliação positiva, levando em consideração que o indicador de cobertura é 41 – número de crianças menores de 01 ano residentes na área; e a UBS Mãe Raimunda conseguiu 40 - crianças menores de 01 ano residentes na área e acompanhadas na UBS, perfazendo um total de 98%. Isso mostra o bom trabalho e a boa cobertura da UBS. Em relação aos indicadores de qualidade avaliados estão ótimos, pois dos 11 indicadores avaliados, 06 atingiram índice de 100% em qualidade, levando em consideração que bom seria não ter ninguém com consultas atrasadas, ou seja, 0%, e que por uma questão até mesmo cultural ainda não se alcança o índice desejável de consultas em dias de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; na UBS esse índice é de 83%. Vale ressaltar que somente 50% realizaram o teste do pezinho até 07 dias e 30% realizaram triagem auditiva. A propósito, o teste do pezinho as crianças até chegam a realizar, porém o resultado demora a chegar; e a triagem auditiva é realizada por aqueles que nascem na capital. Acredito que estes dois indicadores devem ser

melhorados para ampliar a qualidade da atenção à saúde da criança, através da conscientização das mães durante o pré-natal, da busca ativa dos recém-nascidos, para tanto, faz-se necessário ações educativas para que as gestantes possam entender a importância da puericultura.

A atenção ao pré-natal e puerpério é desenvolvida na UBS de forma programática adotando manual técnico do Ministério da Saúde, tendo uma avaliação positiva, levando em consideração que o indicador de cobertura é 40.5 – número estimado de gestantes residentes na área; e a UBS Mãe Raimunda tem um total de 25 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, perfazendo um total de 62%. Isso mostra o bom trabalho e a boa cobertura da UBS. Vale ressaltar que o indicador é um valor estimado, conforme a demografia e a UBS ultrapassou 50% de cobertura; o suposto déficit poderá ser atribuído a mudança de área, início tardio do pré-natal, aspectos culturais e outros. Os indicadores avaliados estão ótimos, pois dos 09 indicadores avaliados, 06 atingiram índice de 100% em qualidade, sendo que a captação precoce é extremamente importante para um pré-natal de qualidade na atenção básica, onde a UBS tem um índice de 84%; e manter a posteriori as consultas em dias de acordo com o calendário do Ministério da Saúde tem um índice de 92%. Considero tais índices valorosos e isso mostra o bom trabalho da UBS e sua boa cobertura. Porém vale uma ressalva, o índice de 28% é relativo ao exame ginecológico, inclusive o rastreamento do câncer do colo do útero que não está contra-indicado podendo ser realizado até o 7º mês. Logo, acredito que este índice tenha este valor por conta de um aspecto cultural ou falta de informação. Diante do exposto, para que o processo de trabalho possa ser melhorado de forma a contribuir com a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal na UBS seria a realização de mais atividades de educação e saúde com as gestantes para que elas possam cada vez mais compreender a importância da captação precoce do pré-natal, do acompanhamento durante o processo gravídico-puerperal e nas ações de puericultura; sem deixar é claro de realizar o rastreamento do câncer do colo do útero e demais protocolos que envolvem a saúde da mulher.

As ações programáticas de Prevenção do Câncer de Colo de Útero são desenvolvidas, conforme manual técnico do Ministério da Saúde, sendo atribuições comuns aos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, porém a avaliação de tais ações é negativa, levando em consideração que o indicador de cobertura é 653 – número estimado de

mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área; e a UBS Mãe Raimunda tem um total de 263 mulheres residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo de útero, perfazendo um total de 40%. Isso mostra uma cobertura abaixo do valor estimado para a UBS. Vale ressaltar que a prevenção do câncer do colo do útero é um desafio que envolve vários fatores dentre eles a própria adesão da mulher à realização do exame citopatológico, às vezes as usuárias deixam de realizar o exame na UBS, pelo fato de conhecer os membros da equipe, logo motivados pela vergonha buscam realizá-lo na capital ou particular. Outro fator importante é a meta de exames mensais que a UBS tem que realizar para alcançar o objetivo até o final do ano. O valor estimado é de 653, logo é provável que até o final do ano de 2014 possamos alcançar tal estimativa já que temos o valor de 263 em registros atuais. Entretanto, os indicadores avaliados estão bons, levando em consideração o cenário atual (40%) e a meta que se pode alcançar até o final de 2014. Em relação aos 08 indicadores avaliados, vale ressaltar a qualidade do exame 81%; amostras satisfatórias 81%; citopatológico para câncer de colo de útero em dia 81%; citopatológico para câncer de colo de útero alterado 3%. Isso nos mostra uma possibilidade de alcançarmos o valor estimado. As ações programáticas de controle do Câncer de Mama, também são desenvolvidas, conforme manual técnico do Ministério da Saúde, sendo atribuições comuns aos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário e são ações positivas levando em consideração que o indicador de cobertura é 202 – número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área; e a UBS Mãe Raimunda tem um total de 125 mulheres residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama atualmente, perfazendo um total de 62%. Isso mostra uma cobertura boa em relação ao estimado e vale ressaltar que ainda temos a possibilidade de alcançarmos a meta até o final do ano, haja vista que todas as mulheres paulatinamente se deslocam à UBS para as devidas consultas. Os indicadores avaliados estão bons, levando em consideração o cenário atual (62%) e a meta que se pode alcançar até o final de 2014. Em relação aos 04 indicadores avaliados, vale ressaltar a educação em saúde realizada pela UBS, onde todas as mulheres receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama. Diante do exposto, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama seriam: criar uma base de

dados na UBS informatizada que possa ser mais eficaz que o livro de registro; criar uma comissão para gestão, planejamento e coordenação do programa de prevenção do câncer de mama; como também uma comissão de avaliação e monitoramento.

A atenção aos hipertensos é um desafio, embora seja uma atribuição comum a todos os membros da equipe e o norteador do trabalho seja o manual técnico do Ministério da Saúde. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área adstrita, não é adequada à realidade da UBS. O indicador de cobertura estimado é de 411 usuários para a área da UBS Mãe Raimunda e conforme dados de prontuário clínico e informações do SIAB, atualmente temos um total de 213 hipertensos, perfazendo 52% do valor estimado. Levando em consideração que HAS é causa direta de cardiopatia hipertensiva, fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose, trombose que se manifestam por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular e renal, faz-se necessário medidas de educação em saúde de modo continuado. Logo, avalio de modo regular o indicador de cobertura para área, pois temos usuários ficando sem os devidos cuidados, ou usuários sendo tratados em outras UBS, ou buscando tratamentos em clínicas particulares, ou sendo atendidos, porém não registrados como hipertensos e sem o devido tratamento continuado. Entretanto, os indicadores de qualidade avaliados estão bons, levando em consideração os 52% (213) hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS. Para todos os hipertensos acompanhados na UBS é realizada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação bucal em dia; 79% dos hipertensos tem exames complementares periódicos em dia que equivale a um total de 168 usuários e vale ressaltar que somente 21% dos hipertensos apresentam atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, perfazendo um total de 45 usuários. Isso mostra que dentre os que são acompanhados a UBS tem conseguido oferecer um trabalho de qualidade aos usuários.

Diabéticos, um desafio ainda maior, mesmo sendo uma atribuição comum a todos os membros da equipe e a orientação do trabalho seja realizada pelo manual técnico do Ministério da Saúde, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não é adequada à realidade da UBS. O indicador de cobertura estimado é de 101 usuários para a área da UBS Mãe Raimunda e conforme dados de prontuário clínico e informações do SIAB, temos um total de 37

diabéticos, perfazendo 37% do valor estimado. Assim como a HAS, a DM é um problema de saúde pública, portanto são necessárias medidas de educação em saúde de modo continuado, avaliação dos usuários, diagnóstico e tratamento. Portanto, avalio de modo ruim a atenção aos diabéticos, pois a UBS tem alcançado somente 37%; abaixo do indicador de cobertura para área, ficando usuários sem os devidos cuidados, ou usuários sendo tratados em outras UBS, ou buscando tratamento em clínicas particulares, ou sendo atendidos, porém não registrados como diabéticos e sem o devido tratamento continuado. Entretanto, os indicadores de qualidade avaliados estão bons, levando em consideração os 37% (37) diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS. Para todos os diabéticos acompanhados na UBS é realizada estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físico dos pés nos últimos 03 meses, palpação dos pulsos tibial-posterior e pedioso nos últimos 03 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação da saúde bucal em dia; 88% dos diabéticos tem exames complementares periódicos em dia que equivale a um total de 33 usuários e vale ressaltar que somente 12% dos diabéticos apresentam atraso da consulta agendada em mais de 07 dias, perfazendo um total de 04 usuários. Isso mostra que dentre os que são acompanhados a UBS tem conseguido oferecer um trabalho de qualidade aos usuários. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e a DM seriam: criar uma base de dados na UBS informatizada que possa ser mais eficaz que o prontuário clínico, onde possamos realizar o cruzamento de dados entre HAS e DM e demais patologias crônicas; criar uma comissão para gestão, planejamento e coordenação do programa de atenção à HAS e DM, como também uma comissão de avaliação e monitoramento; promover mais atividades educativas e busca ativa dos hipertensos e diabéticos estimados para área.

A atenção aos idosos é algo satisfatório na UBS Mãe Raimunda. O número de idosos é adequado à realidade da UBS, pois o indicador de cobertura estimado é de 287 usuários para a área da UBS e conforme dados de prontuário clínico e informações do SIAB, atualmente temos um total de 287 idosos, perfazendo 100% do valor estimado. A avaliação da cobertura é positiva, pois tem alcançado em 100% o indicador de cobertura para área, sendo assim os usuários de tal faixa etária estão

assistidos pelos serviços da UBS. Os indicadores avaliados estão bons, levando em consideração os 100% (287) idosos residentes na área e acompanhados na UBS; todos os idosos geralmente tem acompanhamento em dia, é feita avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, investiga-se os indicadores para fragilização na velhice, é feita a orientação de uma alimentação saudável e de atividade física regular; a caderneta do idoso é um documento complementar. 60% dos idosos são hipertensos; 10% são diabéticos e 35% tem a saúde bucal em dia, conforme manual técnico do Ministério da Saúde e todos os membros da equipe participam de tal ação programática. Isso mostra que a UBS tem conseguido oferecer um trabalho de qualidade aos usuários. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para mantermos a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso seriam: promover mais atividades educativas e oferecer aos idosos avaliação periódica e acompanhamento com a equipe de saúde bucal.

Em se tratando de saúde bucal a UBS apresenta boas instalações para a prática clínica odontológica, visto que na ESF/APS, possui uma série de especificidades do programa e que são cumpridas pelo município que correspondem às características peculiares desse modelo de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade do cuidado podendo assim garantir resolutividade dos casos. A UBS é amparada por uma unidade de atenção secundária, centro de especialização odontológica (CEO), com suporte para todos os pacientes que são encaminhados. Quanto à capacidade clínica instalada, a secretaria municipal de saúde orienta aos profissionais de saúde bucal do município que atendam 09 nove pacientes por turno incluindo uma urgência, com uma média de 2,5 procedimentos por hora, totalizando 10 procedimentos por turno, contrariando o que preconiza a Política Nacional da Atenção Básica de 02 procedimentos por hora, ou seja, 08 procedimentos por turno de quatro horas. Diante disso, 90% da carga horária do profissional, que equivale a 36 horas, são para a sua prática clínica Dividindo-se tal carga horária por turnos de 4 horas, dão 09 dos 10 turnos que o profissional dispõe por semana; sendo feitos, em média, 2,5 procedimentos por hora, é possível realizar 90 procedimentos por semana (36 x 2,5) e 360 (90 x 4 semanas) procedimentos por mês. As ações coletivas correspondem a 10% das 40h o que equivale a um turno por semana, sendo destinado quase que exclusivamente para os escolares; Realizando-se 01

reunião semanal, com 08 grupos de 30 minutos, 04 reuniões mensais e 32 grupos por mês. Cada grupo tem aproximadamente 12 pessoas participando.

Enfim, o maior desafio diante do exposto é realizar a EDUCAÇÃO da população frente aos problemas de saúde, promover a saúde, mudança dos hábitos, padrões de vida e empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida, porém um dos melhores recursos que a UBS Mãe Raimunda possui é a Equipe de ESF/APS que em suas atribuições comuns e específicas tem a cada dia colaborado para fazer da Atenção Básica um serviço de qualidade para os usuários da área adstrita. É bem verdade que durante estes meses ao realizar o preenchimento dos devidos questionários, foi possível verificar que a estrutura da UBS melhorou, como por exemplo: semanalmente é realizada a reposição de medicações na farmácia, agora temos um computador com o programa e-SUS, internet, banners de acolhimento classificatório, conforme fluxograma indicado no caderno da Atenção Básica n<sup>o</sup> 28. Todas estas mudanças concorrem a cada dia para a melhoria no atendimento aos usuários.

### **1.3 Comentário Comparativo**

Ao final da Unidade I foi possível perceber o amadurecimento alcançado e o devido conhecimento obtido a respeito da organização do SUS no município de Água Branca, como também da estrutura organizacional e funcionamento da UBS Mãe Raimunda. Tais aquisições são visíveis a partir do momento em que confronto com texto: QUAL A SITUAÇÃO DA ESF/APS EM SEU SERVIÇO? ; com a atual redação do relatório da análise situacional.

Acredito que responder aos variados questionários e refletir de maneira discursiva o significado dos indicadores de cobertura e dos indicadores de qualidade das variadas ações programáticas, me credencia à produção de projeto para uma futura intervenção exitosa.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de etiologia multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90 mmHg). Encontra-se frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial podendo, em longo prazo, provocar disfunção e falência de vários órgãos especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. A Atenção Básica é importante no que se refere nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle tanto da HAS como da DM.

A estrutura da UBS Mãe Raimunda encontra-se organizada para atender atualmente uma população adstrita de aproximadamente 2700 pessoas. Desse total estima-se por idade e sexo, pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão; pessoas com 20 anos ou mais com diabetes, perfazendo respectivamente um total de 411 e 101 pessoas.

Diante do exposto, o indicador de cobertura estimado para usuários hipertensos da área da UBS Mãe Raimunda não é adequado à realidade, pois conforme dados de prontuário clínico e informações do SIAB, atualmente temos um total de 213 hipertensos, perfazendo 52% do valor estimado. Entretanto, tais usuários aderem ao tratamento e regularmente são avaliados sendo realizado para todos os usuários: estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação da saúde bucal em dia. Vale ressaltar que somente 21% dos hipertensos apresentam atraso da consulta agendada em mais de 07 dias, perfazendo um total de 45 usuários. Em relação aos diabéticos, o indicador de cobertura estimado é de 101 usuários para a área da UBS e conforme dados de prontuário clínico e informações do SIAB, temos um total de 37 diabéticos, perfazendo 37% do valor estimado. Logo, a atenção aos diabéticos, está aquém da realidade da UBS. Entretanto, os indicadores de qualidade avaliados estão bons, levando em consideração os 37% (37) diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS. Para todos os diabéticos acompanhados na UBS é realizada estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físico dos pés nos últimos 03 meses, palpação dos pulsos tibial-posterior e pedioso nos últimos 03 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação da saúde bucal em dia; 88% dos diabéticos tem exames complementares periódicos em dia que equivale a um total de 33 usuários e vale ressaltar que somente 12% dos diabéticos apresentam atraso da consulta agendada em mais de 07 dias, perfazendo um total de 04 usuários. Isso mostra que dentre os que são acompanhados, tanto hipertensos como diabéticos a UBS tem conseguido oferecer um trabalho de qualidade aos usuários. Atualmente a equipe da UBS tem realizado mais atividades educativas, qualificação para reconhecimento de sinais e sintomas da HAS e DM, busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas periódicas e registro dos devidos usuários, com intuito de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área adstrita.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Os

profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e DM. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver cuidadores, implementando estratégias de controle à HAS e DM, mesmo que a adesão dos próprios usuários ao tratamento seja algo difícil. Enfim, diante do exposto um dos maiores desafios é realizar a EDUCAÇÃO da população frente aos problemas de saúde para que a mesma saiba identificar os sinais e sintomas da HAS e DM e procurar a UBS, promover a saúde, mudança dos hábitos, padrões de vida e empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Assim, um dos melhores recursos que a UBS Mãe Raimunda possui é a Equipe de ESF/APS que em suas atribuições comuns e específicas colabora diariamente para fazer da Atenção Básica um serviço de qualidade para os usuários da área adstrita na perspectiva de melhorar a atenção ao grupo estudado e a comunidade em geral.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral:**

- Melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde Mãe Raimunda na cidade de Água Branca/PI.

### **2.2.2 Objetivos específicos e respectivas metas:**

- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1: cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 2: cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6 : Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8 : Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9 : Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;

Meta 11: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 12: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Melhorar o registro das informações;

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos;

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

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

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

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

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

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

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos e atingir a meta de 85%, a ação no eixo do monitoramento e avaliação com a função de monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde é criar uma comissão multiprofissional para gestão e planejamento que fará a revisão de prontuários e elaboração de uma ficha específica de cadastro. Inicialmente serão verificados quantos hipertensos e/ou diabéticos estão cadastrados e serão atualizados as fichas espelho conforme os cadastrados. Posteriormente o monitoramento e avaliação serão realizados semanalmente consultando a ficha espelho. Essa comissão será formada por: médico, enfermeira, odontólogo e 03 ACS.

Em relação ao eixo organização e gestão do serviço, para garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, será criada uma base de dados informatizada na UBS a partir dos atuais prontuários, haja visto que a UBS atualmente dispõe de um computador. Tal informatização dos dados permitirá realizar um cruzamento de informações entre HAS e DM. Também serão preenchidos os dados da ficha espelho. Em relação ao acolhimento é necessário tratar diferentemente os desiguais, cada um de acordo com a sua necessidade, evitando diferenciações injustas e negativas. Para tanto foi implantada a avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades que permite identificar as situações de maior urgência e com isso tomar as devidas medidas de intervenção.

Logo os casos agudos são atendidos e direcionados à sala de observação, já os casos não agudos, são agendados para posterior atendimento no dia de programa Hipertensão, isso já é algo em funcionamento na UBS. Nesse sentido a UBS irá trabalhar de portas abertas, agendando os casos e/ou realizando o atendimento imediato conforme a necessidade. Também será realizada a solicitação de insumos semanalmente para evitar faltar diante da demanda de usuários que frequentam a UBS. Ter na UBS equipamentos em qualidade e quantidades suficientes para execução das atividades pertinentes à atenção a saúde de hipertensos e diabéticos, conforme data de validade e inspeção feita pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia), verificar se as pilhas dos hemoglicoteste estão carregadas e manter um número de fitas e agulhas adequados, além de solicitar a reposição dos aparelhos danificados à gestão.

No eixo engajamento público uma das ações é informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, desenvolvido através das atividades educativas coletivas. Atualmente é realizada 01 atividade educativa por mês. A equipe realizará 02 atividades coletivas por mês envolvendo o grupo hipertensão e a comunidade, onde serão realizadas as orientações aos participantes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Tais orientações também são realizadas durante as consultas individuais e através dos ACS que falarão sobre as atividades educativas coletivas. Cartazes e folders serão confeccionados para informar aos usuários sobre a existência do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos.

A qualificação da prática clínica ocorrerá a partir da capacitação dos ACS e demais membros da equipe. Tal capacitação acontecerá mensalmente nas reuniões da equipe através de cursos, onde os ACS serão treinados para identificar sinais e sintomas de HAS e DM em usuários durante a realização das visitas domiciliares e demais atividades de campo, para que os mesmos possam encaminhar os usuários à UBS para avaliação e para que façam o cadastramento daqueles usuários ainda não cadastrados; capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, como também a realização do hemoglicoteste.

Todas as capacitações serão baseadas no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37.

Outro objetivo é melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, onde a meta é buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Para tanto, no eixo de monitoramento e avaliação será criada uma comissão multiprofissional que irá monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Tal comissão irá averiguar através do novo cadastro realizado quais usuários estão em dias com as consultas preconizadas. A comissão será formada por: enfermeira, 02 ACS.

Em relação ao eixo organização e gestão do serviço; a busca ativa aos hipertensos e diabéticos pelos ACS, será realizada semanalmente e o atendimento conforme avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades ou agendamento para a semana seguinte feito pelo ACS. Caso hajam usuários que estejam impossibilitados de vir às consultas, será realizado visita domiciliar que se realiza nas terças- feiras.

Quanto ao engajamento público; a informação para a comunidade sobre a importância de realização das consultas e os esclarecimentos sobre a periodicidade das consultas será realizada durante as atividades educativas coletivas que passam a ser 02 por mês, nas consultas individuais, no dia de programa Hiperdia e na busca ativa das ACS as quais informarão sobre os dias das atividades coletivas e programa Hiperdia. Nessas atividades a comunidade será ouvida quanto às estratégias que auxiliem a equipe a evitar evasão nas consultas dos hipertensos e diabéticos. Também se fará o contato com lideranças comunitárias para que estas ajudem a informar os dias das referidas atividades.

A qualificação da prática clínica passa pelo treinamento dos ACS e equipe para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade, formas de agendamento. Logo, melhora a adesão dos usuários ao programa. Tal treinamento acontecerá mensalmente nas reuniões da equipe através de cursos.

Assim como o objetivo de adesão, os demais objetivos e metas buscam contemplar os princípios da integralidade da assistência, logo devem ser alcançadas integralmente, ou seja, 100% dos usuários cadastrados no programa precisam ser beneficiados com tais ações. Em relação ao objetivo de qualidade, pretende-se

melhorar a qualidade de atenção ao hipertenso e/ou diabético. Diante disso, será realizado exame clínico em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos; serão solicitados exames complementares; prescritos medicamentos da farmácia popular para usuários hipertensos e/ou diabéticos; avaliação odontológica em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para tanto, no eixo de monitoramento e avaliação a comissão outrora criada irá verificar periodicamente os prontuários para observar se registros da ficha espelho estão atualizados, se os exames laboratoriais e clínicos estão de acordo com periodicidade recomendada, se os medicamentos estão sendo retirados. No eixo de organização e gestão do serviço, serão definidas as atribuições de cada membro na realização do exame clínico de hipertenso e/ou diabéticos e será discutido o caderno: Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37. Será garantida aos usuários a realização de todos os exames complementares preconizados. Solicitar ao gestor municipal a versão atualizada dos cadernos que serão discutidos nas capacitações sensibilizá-lo quanto à necessidade de dispor de uma cópia na UBS objetivando atualização e capacitação da equipe. Além de conversar com o mesmo sobre a necessidade de agilidade na realização dos exames complementares preconizados. Será realizado pela técnica de enfermagem o controle do estoque de medicamentos que verificará também a data de validade dos mesmos. Em relação ao eixo engajamento público; durante as atividades coletivas que serão 02 por mês e durante as consultas individuais, será realizada a orientação dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes; sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular e hiperdia, da necessidade de manter os exames clínicos e laboratoriais realizados periodicamente conforme o protocolo. Essas informações serão fornecidas pelos ACS nas visitas domiciliares, nas consultas individuais, atividades coletivas e hiperdia. No eixo da qualificação da prática clínica, será realizada a capacitação da equipe para realização de exame clínico apropriado, para tanto a qualificação acontecerá mensalmente nas reuniões da equipe através de cursos. Durante as reuniões da equipe será discutido com a mesma a importância de seguir as orientações de protocolos de hipertensão e diabetes, se baseando nesses para manter a periodicidades dos exames clínicos e complementares, atualização do tratamento para as referidas doenças, e também

para que os profissionais atentem com relação aos orientações e retirada dos medicamentos da farmácia.

Em se tratando do registro das informações, espera-se melhorar o registro das informações de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Para tanto, no eixo de monitoramento e avaliação, a comissão outrora criada irá verificar periodicamente os prontuários e ficha espelho para monitorar a qualidade dos registros e acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. No eixo organização e gestão do serviço, serão mantidos atualizados os dados do SIAB através do preenchimento das fichas: ficha – B HA; ficha – B DIA, repassando mensalmente as informações a Secretaria Municipal de Saúde as informações coletadas. Será implantado o uso da ficha espelho para acompanhamento e registro das informações. Garantir que todos os campos da ficha espelho sejam preenchidos e quando identificado atraso na realização das consultas, exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e alteração no estado de compensação da doença, este usuário será contatado pelos ACS e/ou equipe da UBS. Em relação ao eixo engajamento público, durante as atividades coletivas que serão 02 por mês e durante as consultas individuais, os usuários serão orientados sobre os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Em relação à qualificação da prática clínica, será realizado o treinamento da equipe para o correto preenchimento do registro necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e sobre a necessidade de preencher todas as informações solicitadas na ficha espelho, para tal a capacitação acontecerá mensalmente nas reuniões da equipe através de cursos.

No que se refere ao mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares, realizaremos tal estratificação em todos os usuários. Para tanto, no eixo de monitoramento e avaliação, a comissão outrora criada irá verificar periodicamente os prontuários e ficha espelho para quantificar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. No eixo de organização e gestão do serviço, ao identificar os pacientes com alto risco, realizar o agendamento de consulta para a avaliação. Tal agendamento é colocado no programa hiperdia. Aqueles avaliados com alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares terão consultas mais frequentes e dependendo do caso controle

trimestral. Em relação ao eixo engajamento público, durante as atividades coletivas que serão 02 por mês e durante as consultas individuais, no grupo hiperdia e visita domiciliar, os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e ainda quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação. A qualificação da prática clínica será mensalmente nas reuniões da equipe através de cursos. Na oportunidade a equipe aprenderá a realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, avaliação dos pés, e controle dos fatores de risco modificáveis, e a compreender a importância do registro desta avaliação.

Em relação à promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos, a meta é garantir para todos os usuários: orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal. Para tanto, no eixo de monitoramento e avaliação, a comissão outrora criada irá verificar periodicamente os prontuários e ficha espelho para observar a realização das consultas anuais com o dentista, caso contrário, realizar o devido encaminhamento. Verificar ainda as orientações a respeito de atividade física regular, alimentação saudável, orientação nutricional e riscos do tabagismo. Se estas informações não forem preenchidas os profissionais serão novamente orientados sobre a necessidade e correto preenchimento das mesmas. No eixo de organização e gestão do serviço, será organizado a agenda para atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e conforme o risco odontológico realizarão o tratamento na UBS. Demandar junto ao gestor a oferta de consulta para esses usuários. Serão realizadas atividades coletivas para orientação nutricional, a importância da atividade física e os riscos do tabagismo. Usuários hipertensos e /ou diabéticos com uso do tabaco associado e/ou obeso serão avaliados com mais frequência, no caso, trimestralmente. Em relação ao eixo engajamento público, durante as atividades coletivas que serão 02 por mês e durante as consultas individuais, os usuários e familiares, como também a comunidade, serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre a importância da alimentação saudável, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Na consulta individual e nas visitas domiciliares estas informações também serão fornecidas e dialogadas com os moradores. No eixo da qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada mensalmente através de cursos. A equipe através da capacitação

estará apta a realizar as orientações sobre: sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a necessidade de avaliação e tratamento bucal do usuário e tratamento ao usuário tabagista.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores são importantes para o processo de monitoramento e avaliação, pois irão evidenciar a situação real da intervenção e assim possibilitar o acompanhamento do alcance das metas propostas, além disso, também nos auxiliam no sentido de:

- permitir a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão;
- contribuir para a melhoria dos serviços oferecidos aos usuários pela UBS;

Os indicadores de atenção aos hipertensos e diabéticos demonstrados no quadro a seguir serão observados no decorrer da intervenção, conforme as metas propostas:

#### Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Quadro 1- Apresentação das metas e indicadores de cobertura dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.

METAS	INDICADORES	
1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
		Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.
1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
		Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

## Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Quadro 2- Apresentação das metas e indicadores de qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.

METAS	INDICADORES	
2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	<b>2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.</b>	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	<b>2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.</b>	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	<b>2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.</b>	Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	<b>2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.</b>	Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	<b>2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.</b>	Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.
2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	<b>2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.</b>	Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.
2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Quadro 3- Apresentação das metas e indicadores da adesão de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda ao programa.

<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	<b>3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.</b>	Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa
		Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.
3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	<b>3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.</b>	Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
		Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Quadro 4- Apresentação das metas e indicadores do registro das informações de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.

<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	<b>4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.</b>	Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
		Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	<b>4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.</b>	Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
		Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Quadro 5- Apresentação das metas e indicadores do mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.

<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	<b>5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.</b>	Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
		Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	<b>5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.</b>	Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
		Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Quadro 6- Apresentação das metas e indicadores da promoção à saúde de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Mãe Raimunda.

METAS	INDICADORES	
6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	<b>6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.</b>	Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	<b>6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.</b>	Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	<b>6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.</b>	Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.	<b>6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.</b>	Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	<b>6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.</b>	Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.	<b>6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.</b>	Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.	<b>6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.</b>	Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.	<b>6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.</b>	Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos e alcançar os objetivos e metas propostos, a equipe da UBS Mãe Raimunda vai adotar os manuais técnicos intitulados: Estratégias para o Cuidado da

Pessoa com Doença Crônica, números 36 e 37 do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos uma ficha espelho para hipertensos e/ou diabéticos - (anexo 01). Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos pretendemos atingir a meta de 85% para ambos os grupos, o que corresponde a 349 hipertensos e 94 diabéticos. Faremos o contato com o gestor municipal para dispor de 600 fichas espelho, e para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo Curso UNASUS da UFPel. Para organizar o registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a enfermeira, junto aos ACS, verificarão no prontuário, como também serão utilizadas as fichas: ficha – B HA; ficha – B DIA, quantos hipertensos e diabéticos estão cadastrados na unidade, identificando todos do grupo alvo que vieram ao serviço nos últimos três meses e logo passarão para a ficha espelho todas as informações disponíveis no prontuário. Ao mesmo tempo será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais atrasados. Ainda, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que não estão em acompanhamento e que acessarem a unidade serão cadastrados, tendo seus dados registrados no prontuário e na ficha espelho.

A escolha do foco já foi discutida com a equipe, e a intervenção terá início com a qualificação da prática clínica que ocorrerá a partir da capacitação sobre o manual técnico de hipertensos e/ou diabéticos, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção ao grupo alvo. Tal capacitação acontecerá mensalmente nos dias das reuniões da equipe no auditório da própria UBS através de cursos de 04 horas durante o expediente. O médico, a enfermeira e o odontólogo da UBS estudarão os manuais técnicos já referidos, expondo o conteúdo aos membros da equipe. Os ACS serão treinados pelo médico e enfermeira para identificar sinais e sintomas de HAS e DM em usuários durante a realização das visitas domiciliares e demais atividades de campo, para que os mesmos possam encaminhar os usuários à UBS para avaliação e também realizar o cadastramento daqueles acompanhados, mas não cadastrados. Os profissionais serão capacitados quanto ao adequado e correto preenchimento dos registros, também sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e a verificação da PA e HGT de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e o manuseio correto do HGT segundo o Manual do Ministério da Saúde. Para os encontros da equipe para capacitação, faz-se necessário: caixa de som, microfones,

datashow, extensão elétrica e que todos os membros da equipe possuam os manuais técnicos, para tanto será solicitado à gestão uma cópia ou mais dos manuais que serão estudados e para aqueles que possuem computador o manual será disponibilizado em PDF para leitura.

Para garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa será criada uma base de dados informatizada na UBS a partir dos atuais prontuários e dos novos registros que serão realizados, haja visto que a UBS agora dispõe de um computador. Tal informatização dos dados permitirá realizar um cruzamento de informações entre HAS e DM que ficará a cargo de 01 ACS com qualificação em informática.

No que se refere ao acolhimento, este será realizado pela técnica de enfermagem e pela enfermeira, sendo verificados peso, altura, PA e HGT quando necessário, em seguida o usuário é encaminhado para consulta médica; os casos agudos são atendidos e colocados na sala de observação, os casos não agudos são agendados para posterior atendimento no dia de programa Hiperdia que ocorre a cada 15 dias, onde o agendamento é feito pelos ACS, isso já é algo em funcionamento na UBS. Também os ACS ficarão responsáveis por fazer a busca ativa daqueles não cadastrados e daqueles que não compareceram as consultas e a recepcionista da UBS ficará responsável pelo agendamento de um horário para consulta médica e odontológica a esses usuários, conforme o programa. A solicitação de insumos será realizada semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde para evitar faltar diante da demanda de usuários que frequentam a UBS, como também a verificação de equipamentos em qualidade e quantidades suficientes para execução das atividades pertinentes à atenção a saúde de hipertensos e diabéticos, conforme data de validade e inspeção feita pelo INMETRO, além de solicitar a reposição dos aparelhos danificados à gestão. Tal verificação dos materiais e solicitação será realizada pela técnica de enfermagem a qual também conversará com o gestor sobre a necessidade de garantir os exames complementares definidos no protocolo, solicitando disponibilidade e número adequado dos mesmos se necessário.

Com o objetivo de sensibilizar e informar a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS serão desenvolvidas atividades educativas coletivas. Atualmente é realizada 01 atividade educativa por mês. A equipe realizará 02 atividades coletivas por mês, onde serão realizadas as

orientações à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e prevenção de agravos enfatizando riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e cuidados necessários como a necessidade de ter os membros inferiores e extremidades avaliados periodicamente riscos em decorrência do tabaco. O dia escolhido é quinta-feira durante um turno (4h). Tais orientações também são realizadas durante as consultas individuais e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. As atividades coletivas serão desenvolvidas no auditório da UBS e para execução de tais atividades solicitaremos: caixa de som, microfones, datashow, extensão elétrica. Cartazes e folders serão confeccionados para informar aos usuários sobre a existência do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. Para a produção dos cartazes, solicitaremos cartolinas, colas, tesouras à Secretaria Municipal de Saúde. Faz-se necessário a produção de folders informativos por parte da gestão. Será realizado o contato com a associação de moradores, como também será divulgado nas igrejas da comunidade a apresentação do projeto esclarecendo sobre as referidas doenças e suas comorbidades reforçando a importância do mesmo e o apoio da comunidade para ampliar a captação do grupo alvo e prevenir HAS e DM na população.

O eixo do monitoramento e avaliação terá por objetivo monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para isso organizaremos uma comissão multiprofissional para gestão e planejamento que fará a revisão de prontuários e elaboração de uma ficha específica de cadastro. Essa comissão será formada por: médico, enfermeira, odontólogo e 03 ACS. Semanalmente serão monitorados o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) Tal comissão irá averiguar através da ficha espelho quais usuários estão com as consultas e exames laboratoriais atrasados. Esta atividade será realizada pela enfermeira e 02 ACS. Os ACS farão a busca ativa dos hipertensos e diabéticos. Estima-se a busca ativa a 20 hipertensos por semana e 5 diabéticos por semana, totalizando 80 hipertensos e 20 diabéticos por mês. Ao fazer a busca já se agendará esses usuários para um horário de sua conveniência ou visita com a equipe. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha serão consolidadas na planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso UNASUS UFPel como forma de tarefa junto ao diário de cada semana.

### 2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Realização de contato com a gestão, para que a mesma forneça subsídios para concretização da intervenção.												
Estabelecimento da função de cada trabalhador da UBS durante a ação programática.												
Revisão de prontuários de usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS pela comissão multiprofissional de gestão e planejamento, para inserção de dados na ficha espelho e complementar.												
Capacitação dos ACS e demais membros da equipe para utilização dos manuais técnicos do Ministério da Saúde.												
Capacitar os profissionais sobre estratificação de risco, identificação de sinais e sintomas de HAS E DM e utilização de esfigmomanômetro, estetoscópio, hemoglicoteste.												
Cadastramento de usuários hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita na ação programática que são acompanhados na UBS, porém ainda não cadastrados.												
Atendimento clínico, odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.												
Realização de busca ativa pelos ACS de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos à consultas, e de usuários não cadastrados e o devido agendamento para atendimento.												
Intensificação do atendimento clínico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa Hiperdia.												
Realização de atividades educativas coletivas no auditório da UBS.												
Solicitação de insumos e equipamentos para atender a demanda de usuários hipertensos e/ou diabéticos.												
Alimentação de dados sobre os usuários hipertensos e/ou diabéticos na base informatizada da UBS e na planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso UNASUS UFPel.												
Monitoramento da intervenção.												

Cronograma de atividades realizadas pela UBS Mãe Raimunda durante o período de intervenção.

### **3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

A intervenção realizada pela equipe da UBS Mãe Raimunda ocorreu no período de 08/08 a 06/11/2014 e teve como foco, a ação programática a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos que aconteceu, conforme o estabelecido no Projeto de Intervenção. Conseguimos seguir corretamente o cronograma com as devidas ações propostas. É bem verdade que algumas atividades foram reagendadas como: as atividades coletivas, devido à falta do datashow, mas nada que comprometesse a intervenção como também tivemos que reagendar o atendimento clínico dos usuários por conta de problemas pessoais, porém nada que pudesse comprometer o cumprimento de modo integral das ações previstas no Projeto de Intervenção.

Foram realizadas 06 atividades coletivas conforme previsto no Projeto de Intervenção e 01 atividade prática envolvendo toda a equipe da UBS e os usuários. A atividade prática foi a inauguração da Academia da Saúde que fica nas proximidades da UBS e que periodicamente os usuários, sob orientação de um profissional da área de Educação Física passaram a frequentar a academia. As atividades coletivas desenvolvidas no auditório da UBS tiveram como temas: doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes; a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; a importância de uma alimentação saudável; os riscos e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo; a importância da atividade física; a necessidade de um acompanhamento periódico para realização de exames clínicos e laboratoriais. Destaco também a importância dos atendimentos odontológicos, onde foram realizados atendimentos clínicos de avaliação e tratamento bucal e juntamente com as atividades acima descritas, promoção de educação em saúde bucal.

Logo, é possível observar uma mudança na rotina da UBS. Houve uma melhora significativa no monitoramento e avaliação, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica. Destaco a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS Mãe Raimunda; por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados. Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e nem tampouco na incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A minha preocupação era com o tempo da Intervenção e com o alcance da meta, porém confesso que as mudanças realizadas em âmbito cultural, e em termos de qualificação profissional para os membros da equipe trouxeram como consequência em minha opinião um ótimo resultado, pois neste terceiro mês atingimos um total de 83,7% de hipertensos e 62,4% diabéticos, isso em relação à cobertura. Os demais itens avaliados quanto à qualidade chegamos a 100%. As informações foram coletadas na ficha espelho e consolidadas na planilha eletrônica do programa Excel (Microsoft Co., 2010) e apresentada por meio de gráficos. Atribuo também este sucesso ao fato de aproveitarmos sempre a consulta do paciente, embora HAS e DM não sejam a queixa principal.

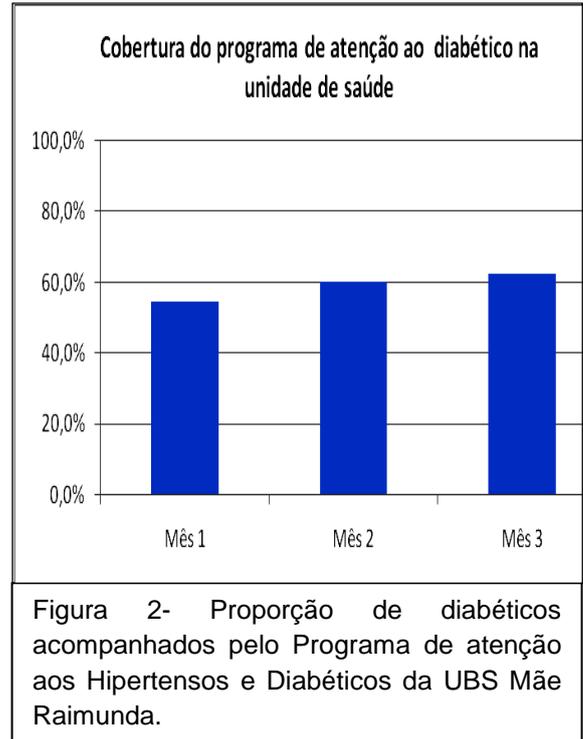
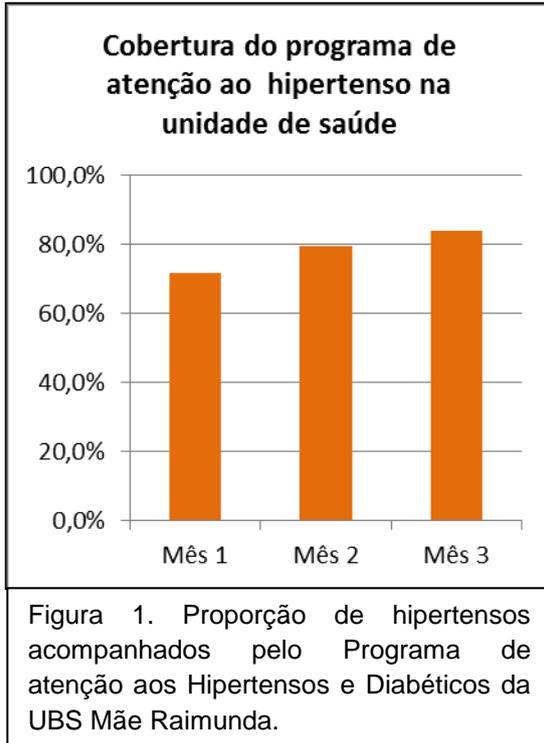
A boa relação com a gestão tem colaborado de maneira positiva para a Intervenção. Todos os insumos necessários para o funcionamento da UBS, como também a realização dos exames complementares conforme protocolo, são garantidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, posso destacar a interação que existe entre os diversos serviços de saúde do município como: SAMU, CAPS, NASF e o Hospital Municipal.

Enfim, quero ressaltar as reuniões de qualificação da equipe da UBS Mãe Raimunda como um grande sinal da Intervenção, haja visto que tais reuniões não ocorriam e que as mesmas renovaram cada membro na execução de suas atribuições.

## **4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

A atenção aos hipertensos teve como indicador de cobertura estimado 411 usuários para a área da UBS Mãe Raimunda, e a atenção aos diabéticos teve como indicador de cobertura estimado 101 usuários para a área da UBS. A meta no decorrer da intervenção era ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos para 85%. No mês 01 da intervenção, participaram 294 hipertensos e 55 diabéticos, perfazendo um total de 71,5% de usuários hipertensos, 54,5% de usuários diabéticos; no mês 02 os mesmos usuários continuaram em acompanhamento clínico, porém houve um acréscimo de novos usuários, perfazendo um total de 326 hipertensos e 61 diabéticos que correspondem respectivamente a 79,3% e 60,4%; no último mês da intervenção, os usuários que iniciaram e que se uniram aos do segundo mês, permaneceram em acompanhamento clínico, ao grupo foi acrescentado novos usuários perfazendo um total de 344 hipertensos e 63 diabéticos correspondendo a 83,7% e 62,4% da meta estabelecida para ampliação da cobertura, conforme as figuras 1 e 2 abaixo.



Em relação à melhoria da qualidade a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos, desde o mês 01, participaram 294 hipertensos e 55 diabéticos; mês 02: 326 hipertensos e 61 diabéticos; mês 03: 344 hipertensos e 63 diabéticos, para todos os usuários foram garantidos: exame clínico em dia de acordo com o protocolo; exames complementares em dia de acordo com o protocolo; prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada; avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No que se refere à melhoria da adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, desde o mês 01 da Intervenção, participaram 294 hipertensos e 55 diabéticos; mês 02: 326 hipertensos e 61 diabéticos; mês 03: 344 hipertensos e 63 diabéticos; foi realizada a busca ativa aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, conforme periodicidade recomendada e não foram identificados usuários faltosos as consultas.

Em relação ao registro das informações, desde o mês 01 da Intervenção, onde participaram 294 hipertensos e 55 diabéticos; mês 02: 326 hipertensos e 61 diabéticos; mês 03: 344 hipertensos e 63 diabéticos; todos os usuários tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento.

No que se refere ao mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, a partir do mês 01 da Intervenção, participaram 294

hipertensos e 55 diabéticos; mês 02: 326 hipertensos e 61 diabéticos; mês 03: 344 hipertensos e 63 diabéticos, todos foram avaliados quanto à estratificação do risco cardiovascular por exame clínico.

Em relação a promoção à saúde de hipertensos e diabéticos desde o mês 01 da Intervenção, participaram 294 hipertensos e 55 diabéticos; mês 02: 326 hipertensos e 61 diabéticos; mês 03: 344 hipertensos e 63 diabéticos, todos foram orientados quanto: alimentação saudável; prática de atividade física; os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Diante do exposto, para atingir tais resultados, destacam-se: a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS Mãe Raimunda; por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados, como também a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas periódicas de avaliação do estado de saúde; o treinamento dos ACS para identificar sinais e sintomas de HAS e DM em usuários durante a realização das visitas domiciliares e demais atividades de campo, para que os mesmos pudessem encaminhar os usuários para a UBS; a avaliação, o diagnóstico e o tratamento de hipertensos e diabéticos; a realização de atividades educativas periódicas; a investigação diante da faixa etária de risco ou de outros fatores, a investigação de HAS e DM, embora não tenham sido o motivo principal da consulta e a realização do registro dos usuários com o planejamento das devidas ações.

## **4.2 Discussão**

A Intervenção realizada pela equipe da UBS Mãe Raimunda teve como foco, a ação programática a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Tal Intervenção proporcionou uma ampliação da cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, melhora significativa no monitoramento e avaliação, na qualidade da atenção aos usuários, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica.

As reuniões de qualificação da equipe da UBS Mãe Raimunda foram de grande importância para a Intervenção. A qualificação da equipe permitiu que a mesma se capacitasse para seguir as orientações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Logo, permitiu que a equipe da UBS trabalhasse de modo dinâmico e com

atribuições integradas. O registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa foi realizado em uma base de dados informatizada na UBS a partir dos atuais prontuários e dos novos registros que foram realizados, haja visto que a UBS dispõe de um computador. Tal informatização dos dados permitiu realizar um cruzamento de informações entre HAS e DM, atribuição esta que ficou a cargo de 01 ACS com qualificação em informática.

No que se refere ao acolhimento, este foi realizado pela técnica de enfermagem e pela enfermeira, sendo verificados peso, altura, PA e HGT quando necessário, em seguida o usuário era encaminhado para consulta médica; os casos agudos eram atendidos e colocados na sala de observação, os casos não agudos eram agendados para posterior atendimento no dia de programa Hiperdia que ocorreu a cada 15 dias, onde o agendamento foi feito pelos ACS, isso se tornou uma rotina no funcionamento da UBS. Os ACS ficaram responsáveis por fazer a busca ativa daqueles não cadastrados e daqueles que não compareceram as consultas e a recepcionista da UBS com a função de realizar o agendamento de um horário para consulta médica e odontológica a esses usuários, conforme o programa. A solicitação de insumos foi realizada semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde para evitar faltar diante da demanda de usuários que frequentaram a UBS, como também a verificação de equipamentos em qualidade e quantidades suficientes para execução das atividades pertinentes à atenção a saúde de hipertensos e diabéticos, conforme data de validade e inspeção feita pelo INMETRO, além de solicitar a reposição dos aparelhos danificados à gestão. Tal verificação dos materiais e solicitação foi realizada pela técnica de enfermagem.

Diante do exposto, a Intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos e a classificação de risco tem sido importantes para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos como também viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

É possível observar uma mudança na rotina da UBS. Houve uma melhora significativa no monitoramento e avaliação, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica. O impacto da intervenção é percebido por todos, desde os trabalhadores da UBS e em especial pelos usuários. Propomos uma meta de 85% referente à cobertura a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, alcançamos um total de 83,7% de hipertensos

e 62,4% diabéticos e os demais itens avaliados quanto à qualidade chegamos a 100%, considero um sucesso levando em consideração o curto período da Intervenção.

Embora, a Intervenção tenha ocorrido em um curto período, a comunidade foi beneficiada pelos bons serviços oferecidos. Foram realizadas 06 atividades coletivas no auditório da UBS, 01 atividade coletiva prática na Academia de Saúde, houve intensificação no atendimento clínico aos usuários, intensificação nas visitas domiciliares, boa interação com os demais serviços de saúde do município.

A Intervenção teve este sucesso, devido à participação da equipe da UBS Mãe Raimunda desde o início. Destaco a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS, por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados. Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e nem tampouco na incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. Atualmente a Intervenção, encontra-se de fato incorporada a rotina da UBS e para que seja mantida faz-se necessário que todos os envolvidos, desde os trabalhadores da UBS e gestores continuem a exercer coerentemente suas atribuições.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para Gestores**

A Intervenção realizada pela equipe da UBS Mãe Raimunda teve como foco, a ação programática a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos que aconteceu, conforme o estabelecido no Projeto de Intervenção. Conseguimos seguir corretamente o cronograma com as devidas ações propostas. Antes da Intervenção 213 usuários hipertensos, perfazendo 52% e 37 usuários diabéticos, perfazendo 37% eram acompanhadas na unidade, e ao longo da Intervenção muitos foram sendo cadastrados e recebendo o acompanhamento. No final da Intervenção observamos um avanço, pois alcançamos 344 usuários hipertensos, perfazendo 83,7% e 63 usuários diabéticos, perfazendo 62,4%, e pretendemos continuar trabalhando para alcançar 411 usuários hipertensos e 101 usuários diabéticos que precisam desse acompanhamento na área da UBS Mãe Raimunda.

Foram realizadas 06 atividades coletivas, conforme previsto no Projeto de Intervenção e 01 atividade prática envolvendo toda a equipe da UBS e os usuários. A atividade prática foi a inauguração da Academia da Saúde que fica nas

proximidades da UBS e que periodicamente os usuários, sob orientação de um profissional da área de Educação Física passaram a frequentar a academia. As atividades coletivas desenvolvidas no auditório da UBS tiveram como temas: doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes; a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; a importância de uma alimentação saudável; os riscos e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo; a importância da atividade física; a necessidade de um acompanhamento periódico para realização de exames clínicos e laboratoriais. Destaco também a importância dos atendimentos odontológicos, onde foram realizados atendimentos clínicos de avaliação e tratamento bucal e juntamente com as atividades acima descritas, promoção de educação em saúde bucal. Assim foram atividades que proporcionaram aproximar e melhorar a relação da equipe com a comunidade, além de melhorar a qualidade de vida da população, empoderando-os sobre a sua saúde, prevenindo doenças, promovendo a qualidade de vida e tornando-os multiplicadores de informações na comunidade.

Logo, é possível observar uma mudança na rotina da UBS. Houve uma melhora significativa no monitoramento e avaliação, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica. Destaco a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS Mãe Raimunda; por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados. Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e nem tampouco na incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. Portanto, a equipe ficou mais qualificada e organizada para desenvolver o processo de trabalho na UBS. É bem verdade que algumas atividades foram reagendadas como: as atividades coletivas, devido à falta do datashow, mas nada que comprometesse a intervenção como também tivemos que reagendar o atendimento clínico dos usuários por conta de problemas pessoais, porém nada que pudesse comprometer o cumprimento de modo integral das ações previstas no Projeto de Intervenção.

Enfim, quero ressaltar as reuniões de qualificação da equipe da UBS Mãe Raimunda como um grande sinal da Intervenção, haja visto que tais reuniões não ocorriam e que as mesmas renovam cada membro na execução de suas atribuições.

Destaco também que a boa relação com a gestão colaborou de maneira positiva para a Intervenção. Todos os insumos necessários para o funcionamento da

UBS, como também a realização dos exames complementares conforme protocolo, foram garantidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, posso destacar a interação que existe entre os diversos serviços de saúde do município como SAMU, CAPS, NASF e o Hospital Municipal são de extrema relevância para o bom andamento das atividades na UBS Mãe Raimunda. Espera-se que a gestão continue auxiliando no bom funcionamento da UBS Mãe Raimunda, sendo cada vez mais solícita diante das demandas das ações programáticas para melhor ofertarmos serviços aos usuários da UBS.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

A Intervenção realizada pela equipe do Posto de Saúde Mãe Raimunda teve como prioridade a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos que aconteceu, conforme o estabelecido no Projeto de Intervenção. Conseguimos seguir corretamente o cronograma com as devidas ações propostas. Antes da intervenção 213 pessoas hipertensas e 37 pessoas diabéticas eram acompanhadas na unidade, e ao logo da Intervenção muitos foram sendo cadastrados e recebendo o acompanhamento. No final da intervenção observamos um avanço, pois alcançamos 344 pessoas hipertensas e 63 diabéticas, e pretendemos continuar trabalhando para alcançar 411 pessoas hipertensas e 101 pessoas diabéticas que precisam desse acompanhamento na área do Posto de Saúde Mãe Raimunda.

Foram realizadas 06 atividades de educação em saúde, conforme previsto no Projeto de Intervenção e 01 reunião prática envolvendo toda a equipe do posto e os usuários. A reunião prática foi a inauguração da Academia da Saúde que fica nas proximidades do posto e que periodicamente os usuários, sob orientação de um profissional da área de Educação Física passaram a frequentar a academia. As reuniões desenvolvidas no auditório do Posto de Saúde tiveram como temas: Ataque Cardíaco e Derrame Cerebral decorrente de pressão alta e diabetes; a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; a importância de uma alimentação saudável; os riscos e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo; a importância da atividade física; a necessidade de um acompanhamento periódico para realização de exames clínicos e laboratoriais. Destaco também a importância dos atendimentos odontológicos, os atendimentos clínicos de avaliação e tratamento bucal e juntamente com as atividades acima

descritas, promoção de educação em saúde bucal. Foram atividades que beneficiaram a comunidade, pois proporcionaram informações necessárias para melhorar a qualidade de vida, além disso, aproximou a equipe da comunidade favorecendo conhecer as experiências e as reais necessidades.

Logo, é possível observar uma mudança na rotina do Posto de Saúde. Houve uma melhora significativa no acompanhamento e avaliação, na organização e gerenciamento do serviço, na participação da comunidade e em especial na capacitação dos funcionários do Posto de Saúde. Destaco a eficiência, o empenho e o esmero da equipe do Posto de Saúde Mãe Raimunda; por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados para a comunidade.

É bem verdade que algumas atividades foram reagendadas como: as reuniões, devido à falta do datashow, mas nada que comprometesse a Intervenção como também tivemos que reagendar o atendimento clínico dos usuários por conta de problemas pessoais, porém nada que pudesse comprometer o cumprimento de modo integral das ações previstas no Projeto de Intervenção.

Espera-se que a comunidade continue contribuindo e apoiando a Intervenção, participando das atividades de educação em saúde propostas, reivindicando quando for necessário, participando das reuniões para tomadas de decisões para melhorar o funcionamento do Posto de Saúde, participando dos mutirões de saúde e colaborando na divulgação dos serviços oferecidos pelo Posto.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

A intervenção realizada pela equipe da UBS Mãe Raimunda teve como foco, a ação programática a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos que aconteceu, conforme o estabelecido no Projeto de Intervenção. Conseguimos seguir corretamente o cronograma com as devidas ações propostas.

O curso de especialização da UFPel em Saúde da Família, tem um projeto pedagógico que está direcionado em apresentar ao especializando, conhecimentos relativos a UBS onde o mesmo atuará de um modo claro e objetivo. O guia do especializando nos apresentou o desenrolar desse projeto pedagógico e como cumprir cada etapa do projeto com êxito, de tal modo que os aspectos didáticos apresentados no guia do especializando, geraram excelentes expectativas em relação ao que se desejava alcançar: melhorias no atendimento aos usuários da UBS.

De fato, foi possível observar uma mudança na rotina da UBS. Houve uma melhora significativa no monitoramento e avaliação, na organização e gestão do serviço, no engajamento público e em especial na qualificação da prática clínica. Destaco a eficiência, o empenho e o esmero da equipe da UBS Mãe Raimunda; por conta do envolvimento de todos é que alcançamos bons resultados relacionados aos indicadores avaliados. Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e nem tampouco na incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A minha preocupação era com o tempo da Intervenção e com o alcance da meta, porém confesso que as mudanças realizadas em âmbito cultural, e em termos de qualificação profissional para os membros da equipe trouxeram como consequência em minha opinião um ótimo resultado, pois no último mês atingimos um total de 83,7% de hipertensos e 62,4% diabéticos, isso em

relação à cobertura e os demais itens avaliados quanto à qualidade chegamos a 100%.

O curso de especialização proporcionou-me conhecimentos a respeito do funcionamento da ESF/APS e das devidas ações programáticas em especial da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos; melhorou o meu entendimento a respeito dos protocolos do Ministério da Saúde e fomentou a busca cotidiana na literatura por novos conhecimentos. Viabilizou a interação entre os diversos participantes construtores do saber: coordenadores, orientadores e especializando com o intuito de frutificar a construção de uma saúde de qualidade, conforme preconiza o SUS.

Enfim, o curso de especialização da UFPel, através do seu projeto pedagógico associado ao cotidiano do profissional, veio qualificar, melhorar, produzir e intervir nos serviços de saúde, como também quero ressaltar as reuniões de qualificação da equipe da UBS Mãe Raimunda como um grande sinal da Intervenção, haja visto que tais reuniões não ocorriam e que as mesmas renovaram cada membro na execução de suas atribuições.

## Referências

ALFRADIQUE, M. E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde**(Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Informes Técnicos Institucionais**. Rev Saúde Publica 2009; 43(1):1-2.

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

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

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

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. **Management in adults in primary care: pharmacological update**. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <[http:// www.nice.org.uk/CG018](http://www.nice.org.uk/CG018)>. Acesso em: 10 jun 2014.

CESARINO CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. **Prevalência e fatores sócio-demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arq Bras Card. 2008; 91:31-5.

DAAR AS, Singer PA, Persad D, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R, Bernstein A, Borysiewicz LK, Colagiuri S, Ganguly N, Glass RI, FinegoodDT, Koplan J, Nabel EG, Sarna G, Sarrafzadegan N, Smith R, Yach D, Bell J. **Grand challenges in chronic non-communicable diseases**. Nature 2007; 450(22): 494-496. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v450/n7169/full/450494a.html> Acesso; 20 jun 2014.

ROSARIO TM, Scala LCNS, Franca GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT.** ArqBras Card. 2009; 93:672-8.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia:** report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

## **Anexos**









continuação...

231	Francisco Maria da Silva Sousa	46	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
232	Lucia Gomes de Sousa	82	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
233	Manoel Edeardo de Sousa	80	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
234	Valmiria Sousa dos Santos	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
235	Lidia Teixeira do Nascimento	76	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
236	Manoel Neves da Silva	74	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
237	Eduardo Pereira dos Santos	60	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
238	Maria Jélio de Moura	56	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
239	Antonia Maria da Conceição	63	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
240	Francisca Rodrigues de L. Pereira	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
241	Maria da Silva Teixeira	71	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
242	Antonia Rainaldo de Sousa	66	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
243	Terezinha Gonçalves dos Santos Pereira	60	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
244	Inaciana Santana da Silva Farias	42	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
245	Djalma Gomes de Sousa	56	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
246	Angélica Franciscina de Lima	74	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
247	Lindoro da Costa Gomes	75	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
248	Maria de Iheres Rodrigues Filha	51	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
249	Domingos Gomes dos Santos	56	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
250	Alberto Lopes de Sousa	56	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
251	João da Cruz Alves	59	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
252	Maria Borges dos Santos	73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
253	Artaldo Rodrigues Pitombeira	72	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
254	Cícera Leal de Andrade	74	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
255	Leclides Alves de Moura	41	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
256	Valdir Nascimento Cardoso	65	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
257	Maria Otávia de S.Macedo	51	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
258	Cristina Rodrigues da Silva	61	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
259	Francisco Carlos da Silva	56	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
260	Cláudio Barbosa da Silva	51	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
261	Benício Antonio da Cruz	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
262	Antonio Francisco da Cruz	43	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
263	Francisca Luiza dos Santos	76	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
264	Lidianeira Alves de Sousa Gomes	55	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
265	Antonia Maria Lopes dos Santos	52	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
266	Maria Francisca dos Santos Lopez	75	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
267	Eraldo Alves de Araújo	50	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
268	Vicente Nogueira da Silva	32	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
269	Leir eustáquio de Moura	79	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
270	Maria Zuleide do Nascimento	47	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
271	José Protásio Vieira Brandão	59	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
272	Maria José Batista da Silva	60	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
273	Francisca Josefa Rodrigues de Amorim	34	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
274	Luiza Soares Duarte	74	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
275	Maria Gonçalves da Silva Santos	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
276	Maria das Mercedes Pitombeira	61	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
277	Francisco Lopes da Cruz	77	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
278	Luiza Maria da Conceição	68	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
279	Inacilda Alves de Sousa	60	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
280	Lidia do Santos Lopez	77	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
281	Francisco Moura de Figueira	69	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
282	Santana Ferreira de Jesus	66	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
283	Leir José de Moura	73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
284	Joaquim Alves Ferreira	59	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
285	Jedite Lima da Silva	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
286	Augustinho Pereira da Silva	83	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
287	Antônio Alexandre da Rocha	72	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
288	Maria Moraes da Costa	78	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
289	Francisco Teixeira de Sousa	59	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
290	Francisca de Sousa Abreu Gomes	73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
291	Antonia Moraes de Sousa	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
292	Maria Pereira da Silva	47	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
293	Raimundo Maria da Conceição	65	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
294	Maria Dora de Sousa	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
295	Josefa Alves Ferreira	74	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
296	Antonia Edvardo da Silva	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
297	Esperdita Pereira dos Santos	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
298	Antônio Fernandes da Silveira	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
299	Francisco Gomes de Araújo	78	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
300	Carlem Célia Ferreira da Silva	36	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
301	Adeláide Bizzerra de Moura	74	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
302	Maria Dolores da Silva	62	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
303	Maria Onaide do Nascimento	73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
304	Isacato Barbosa do Nascimento	45	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
305	Maria Soares da Silva Gomes	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
306	Maria das Dores Alves Ferreira	58	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
307	Maria Ricardo da Silva Lima	78	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
308	Maria do Socorro Mendes Brandão	63	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
309	Maria Alves dos Santos Nogueira	66	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
310	Antônio Alves dos Santos Rocha	54	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
311	Leir Cardoso Soares	60	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
312	Maria Rosalides de Assunção	43	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
313	Lidianeira Oliveira Soares	48	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
314	Maria Borges dos Santos	53	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
315	Maria do Socorro Borges Leal	33	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
316	Aldéide Alves Moreira	33	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
317	Antonia de Sousa	84	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
318	Luiza Pereira Lima Pitombeira	82	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
319	Yevacilio Maria da Silva	75	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
320	Esquiel Pereira da Silva	73	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
321	Sebastião Lima Dantas	82	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
322	Leclides Alves de Moura	41	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
323	Vilmar do Nascimento C. Silva	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
324	Maria de Sousa Faria e Silva	72	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
325	Getulio Tenório dos Santos	70	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
326	Leir Rodrigues de Aguiar	42	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
327	Francisca Alves Pereira dos Santos	58	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
328	Pastora Lopes de Olandos	56	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
329	Zefinias Ferreira da Silva	38	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
330	Maria Olívia da Silva	55	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
331	Silviana Cardoso Soares	45	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
332	Rita de Freitas Barbosa Araújo	70	1	0	1	1	1	1	1								

continuação...

345	Nicolau Vieira Gomes	65	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
346	Francisco José da Moura	73	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
347	Luís Francisco da Silva	74	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
348	Joaquim Soares da Costa	69	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
349	Francinário Soares da Costa	34	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
350	Francisco Ferreira dos Santos	65	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
351	Domínguez Maria da Silva	65	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
352	Hosana de Jesus Soares	75	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
353	Ricardo Alves de Brito	34	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
354	Maria das Dores Vieira da Silva	52	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
355	Raimundo Nonato Ferreira da Silva	53	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
356	Francisco Lopes da Silva	72	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
357	Luís Belizal da Costa	71	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
358	Gracilene Lopes Carvalho Sousa	46	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
359	Eliane Fernandes Borges de Sousa	37	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
360	Nicolau José Teixeira	71	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
361	António Domingos da Silva Sousa	44	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
362	Maria Vazquez Gomes dos Santos	44	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
363	Maria José Pereira	75	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
364	Maria de Fátima da Silva	53	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
365	António Delfino Oliveira	72	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1

**Anexo 3 – Documento de Aprovação do Comitê de Ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

---

