

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS
Rodoviária, Parnaíba/PI**

Ernesto Marrero Garcia

Pelotas, 2015

Ernesto Marrero Garcia

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Rodoviária,
Parnaíba/PI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UFPEL/UNASUS como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Pâmela Ferreira Todendi

Pelotas, 2015

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

G216m Garcia, Ernesto Marrero

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI / Ernesto Marrero Garcia; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

73 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. Todendi, Pâmela Ferreira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

À Deus, que permitiu a possibilidade de desenvolver esse trabalho.

À minha família, amigos, à equipe de Unidade Básica de Saúde Mod. 35, a comunidade participante.

Ao Programa Mais Médicos por me proporcionar essa mudança na minha vida.

A minha orientadora Pâmela Ferreira Todendi, que sem sua ajuda não teria concretizado esse trabalho.

Resumo

GARCIA, Ernesto. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI**. 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A principal causa de morbimortalidade na população brasileira constituem as doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) reconhecidas como os principais fatores de risco para essas doenças. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM no PSF Rodoviária na localidade Bairro Piauí, no município de Parnaíba/PI. A intervenção foi realizada durante 12 semanas e teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecidos pelo curso, utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde (2013) para hipertensão e diabetes. O atendimento aos usuários com HAS e DM, atendeu às diretrizes recomendadas pelo protocolo do MS, seguindo o fluxo de atendimento, solicitação de exames, prescrição de medicações da farmácia popular, orientações sobre alimentação saudável, cuidados pessoais e outras orientações sobre o tratamento não farmacológico. Ao iniciar a intervenção, a meta era aumentar o percentual de 41% para 75% de HAS e de 59% para 80% de DM cadastrados na unidade durante a intervenção. Em relação aos HAS, no primeiro mês de intervenção foram atendidos e cadastrados 98 usuários (19,1%), no segundo mês foram 112 (17,5%) usuários, no terceiro mês 173 (27,1%). Em relação ao DM cadastramos no primeiro mês foram cadastrados 26 (16,5%) usuários, no segundo mês foram atendidos 50 (31,5%) usuários, no terceiro mês 73 (46,2%). Os demais indicadores de qualidade atingiram 100% de cobertura para todos os meses. Os indicadores que não alcançou totalidade foram os exames complementares e a estratificação de risco cardiovascular. Com a intervenção a equipe conseguiu a união e comprometimento de todos os participantes em benefício do projeto, pois através desse trabalho desenvolvido, serviu para que compreendêssemos a importância de cada membro dentro da equipe, ou seja, só conseguiremos êxito, se houver participação de todos. Com isso, podemos dizer que as ações viraram rotina dos serviços da UBS e que pretendemos ampliar estes serviços para as outras ações prioritárias.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS no PSF Rodoviária, Parnaíba - Piauí. | 37 |
| Figura 2 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM no PSF Rodoviária, Parnaíba Piauí | 38 |
| Figura 3 | Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 39 |
| Figura 4 | Proporção de usuários com diabetes com os exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 40 |
| Figura 5 | Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 40 |
| Figura 6 | Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 41 |
| Figura 7 | Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 42 |
| Figura 8 | Proporção de usuários com diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 43 |
| Figura 9 | Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 44 |
| Figura 10 | Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 45 |
| Figura 11 | Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 46 |
| Figura 12 | Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 47 |
| Figura 13 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI | 52 |
| Figura 14 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI. | 54 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS - Agente comunitário da Saúde
CAP- Caderno de Ações Programáticas
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
DM - Diabetes Mellitus
DVC – Doença Vascular Cerebral
ESF - Estratégia da Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA- Hipertensos e Diabéticos
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de apoio à saúde da família
PA – Pressão Arterial
PSE- Programa de Saúde na Escola
PCCU- Prevenção do Câncer de Colo de Útero
SIAB- Sistema de Atenção Básica
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Análise situacional..... | 9 |
| 1.1 | Texto inicial sobre a situação da ESF/APS..... | 9 |
| 1.2 | Relatório da Análise Situacional..... | 9 |
| 1.3 | Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional. | 16 |
| 2 | Análise Estratégica..... | 17 |
| 2.1 | Justificativa | 17 |
| 2.2 | Objetivos e metas | 20 |
| 2.2.1 | Objetivo Geral | 20 |
| 2.2.3 | Objetivos específicos e metas..... | 20 |
| 2.3 | Metodologia | 22 |
| 2.3.1 | Detalhamento das Ações: | 22 |
| 2.3.2 | Indicadores..... | 26 |
| 2.3.2 | Logística..... | 30 |
| 2.3.3 | Cronograma | 33 |
| 3 | Relatório da intervenção..... | 34 |
| 3.1 | Ações previstas e desenvolvidas | 34 |
| 3.2 | Ações previstas e não desenvolvidas | 36 |
| 3.3 | Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 36 |
| 3.4 | Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 36 |
| 4 | Avaliação da Intervenção | 38 |
| 4.1 | Resultados | 38 |
| 4.2 | Discussão | 50 |
| 5 | Relatório de intervenção para gestores..... | 53 |
| 6. | Relatório da intervenção para comunidade | 57 |
| 7 | Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem..... | 60 |
| | Referências | 61 |
| | Apêndices..... | 62 |
| | Anexos | 68 |

Apresentação

Nosso projeto foi desenvolvido no período de três meses pela Equipe de Saúde da Família Rodoviária, no município de Parnaíba/PI. Foi realizado acompanhamento aos usuários HAS e/ou DM residentes na área de atuação da equipe.

A população alvo foram usuários HAS e/ou DM residentes na área de abrangência diagnosticados com estas patologias. Foram realizadas capacitações para os profissionais da equipe em relação ao atendimento aos usuários com HAS e DM, de acordo com as diretrizes preconizadas pelo MS.

O projeto está estruturado em sete capítulos, no primeiro capítulo apresenta-se a análise situacional da UBS, no segundo capítulo fizemos a análise estratégica em saúde onde construímos um projeto de intervenção. E no terceiro capítulo apresenta-se o relatório de intervenção onde relatamos todos os pontos positivos e negativos da intervenção que ocorreu em 12 semanas. No quarto capítulo realizamos a avaliação da intervenção onde avaliamos o comportamento dos indicadores de saúde, descrevendo os resultados gerados na planilha de coleta de dados e discussão. No quinto e sexto capítulos, descrevemos os relatórios sobre a intervenção para os gestores e para a comunidade. No sétimo e último capítulo está descrito uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Logo após apresenta-se as referências, apêndices e anexos

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde prestando serviços para a Saúde da Família. Minha unidade de saúde fica localizada no Bairro Rodoviária, situada na cidade de Parnaíba. Minha unidade básica de saúde é o módulo 35. O local da unidade é uma residência adaptada para funcionar como uma unidade básica de saúde. Encontra-se assim descrita: ampla área de recepção onde os usuários são acolhidos, temos dois consultórios, sendo que um é do médico e outro da enfermeira, temos sala de vacina e uma sala para procedimentos como curativos. Além disso, tem uma área de entrega de medicação, verificação de pressão arterial e controle de glicemia. Também dispomos de uma área externa coberta, que utilizamos para atividades comunitárias e reuniões.

Nossa equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um atendente social e uma atendente de regulação do SUS, um vigia, um auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico. Atendemos uma população de quase 5.000 habitantes, distribuídas em nove micro áreas.

Fiquei impressionado com a acolhida que recebi por toda a equipe. Sendo que toda segunda-feira temos reuniões técnicas da equipe, onde são tratados os assuntos referentes ao funcionamento da unidade e realizamos planejamentos das atividades. Até o momento, o mais positivo de meu trabalho é haver sido aceito como um membro a mais da equipe e que a mesma está aceitando com entusiasmo as mudanças no método de trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Parnaíba, pertence ao Estado do Piauí, fica na região nordeste do país, tem uma área territorial de 435,57 km², a população é de 145.729 habitantes e uma densidade de 435,9 hab/km² (IBGE). Em Parnaíba 5,51% das pessoas pertencem à zona rural e 94,49% à zona urbana, temos um nível de pobreza que supera 20% do total de habitantes. Nosso município possui 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas estão funcionando com 39 Estratégias da Saúde da Família (ESF). Temos 5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma unidade de pronto socorro municipal (, um centro de especialidades médicas e uma central de regulação médica de urgências.

Em nosso município há 7 hospitais que disponibilizam serviços de urgência e emergência, além disso, possui UTI e salas para internação de usuários, salas de parto e laboratório. Os exames complementares são feitos em laboratórios privados em parceria com SUS. Nossa UBS é urbana e localiza-se na periferia da cidade de Parnaíba, situada no bairro rodoviário.

O modelo de atenção dada à população pela unidade é de forma tradicional. Temos vínculos com as instituições de ensino superior como: estagiários de nutrição, enfermagem, que participam como membros da equipe, recebendo treinamento. Temos também vínculo com escolas que funcionam na área de abrangência do posto: uma da rede estadual de ensino fundamental e outra da rede municipal de ensino infantil. Desenvolvemos atividades relacionadas ao PSE (Programa Saúde da Escola), além de fazermos também projetos de intervenção para melhorar a saúde da comunidade, como o projeto de conscientizar a população sobre a prevenção da dengue.

Em nossa UBS existem duas equipes de ESF, sendo que uma trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde. Nossa equipe realiza todas as atividades inerentes a uma ESF no período da manhã como: consultas médicas, de enfermagem, vacinas e atendimento de marcação de consultas e exames e a farmácia para entrega de medicamentos. E pelo período da tarde são feitas as visitas domiciliares com médico e equipe.

A minha equipe atende pela manhã uma população de 1.329 famílias, sendo em torno de 4.201 pessoas. É composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 09 ACS, 01 atendente social, 01 atendente de regulação do SUS que faz o cadastro, agenda consultas e exames laboratoriais, 01 vigia e 01 zelador.

E a equipe da tarde possui uma população de 5.000 pessoas, onde a equipe é composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 atendente social, 01 atendente de regulação do SUS, o vigia e o zelador são os mesmos da manhã e 12 agentes comunitários de saúde. Para que os usuários tenham um melhor conhecimento do planejamento das atividades e a qual equipe pertence, foram feitos cartazes informando à área que cada equipe pertence e qual é seu agente comunitário de saúde. Além disso, todos os dias são feitos acolhimentos aos usuários e os mesmos são orientados a qual equipe pertence. Os agentes comunitários nas visitas domiciliares também orientam sobre o planejamento do trabalho da equipe.

A nossa UBS era uma casa residencial, que foi alugada e reformada para ser uma ESF. Sua estrutura física consiste em: uma sala de recepção ampla com mais de 15 assentos destinados a população, onde fica o atendimento social, o cadastro do SUS, agendamento de consulta e exames laboratoriais, uma sala de vacina com uma boa condição de trabalho e dois consultórios: um médico e um de enfermagem, com uma boa estrutura, iluminação e ventilação; uma sala de entrega de medicamentos e farmácia, onde realizamos verificação de P.A, nebulização aos usuários e uma sala de curativos pequena com uma estrutura inadequada para atender a população. Apesar das dificuldades da estrutura física, podemos ficar à vontade dentro da unidade e conseguimos realizar um atendimento de qualidade. A equipe conhece suas atribuições e realiza seus trabalhos com muita motivação e compromisso com o programa de saúde da família. Com o início do Programa Mais Médicos a equipe pôde intensificar ainda mais as ações de saúde dirigida ao indivíduo, a família e a comunidade, desenvolvendo ações de promoção e prevenção à saúde, mudando o modelo antigo de atendimento, focando mais no indivíduo.

O ponto crítico de nossa unidade é que não temos programa de saúde bucal e os procedimentos cirúrgicos menores como sutura são inviáveis de realizar dentro da UBS. Da mesma maneira, o material utilizado para curativos está sempre em quantidade insuficiente para a demanda do posto. Outro aspecto que provoca insatisfações pela população é a demora na marcação de consultas de especialidades médicas e exames complementares.

Atendemos uma população de 4.201 pessoas (Quadro 1), sendo 1.329 pertencentes ao sexo masculino e 2.372 do sexo feminino.

Quadro 1. Descrição da população de acordo com sexo e faixa etária:

| SEXO | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | |
|------------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|
| | <1 | 1 a 5 | 6 a 9 | 10 a 14 | 15 a 25 | 26 a 45 | 46 a 64 | >65 | TOTAL |
| MASCULINO | 39 | 143 | 113 | 174 | 470 | 672 | 173 | 45 | 1.829 |
| FEMININO | 38 | 116 | 131 | 202 | 544 | 721 | 427 | 193 | 2.372 |
| TOTAL | 77 | 259 | 244 | 376 | 1.014 | 1.393 | 600 | 238 | 4.201 |

Fonte: Caderno de ações Programáticas.

A população é maior que o limite preconizado pelo programa saúde da família, no entanto não temos área descoberta, sem ACS. Nosso principal problema é o excesso de demanda espontânea, devido ao número elevado de pessoas dentro de nossa área de abrangência, dificultando o planejamento desta demanda. Além disso, as possibilidades reais de atendimento é muito menor que a demanda, devido as consultas médicas, assim como, as de enfermagem serem apenas pelo período da manhã.

Como estratégia, planejamos a demanda por dia da semana, de acordo com o calendário: segunda-feira (crianças); terça-feira (HIPERDIA); quarta-feira (atendimento geral); quinta-feira (pré-natal), aqueles que não podem vir a consulta nos dias programados o ACS remarca a consulta para o dia desejado, como forma de organizar o problema.

Com relação à saúde da criança, realizamos todas as segundas-feiras consultas de puericultura. Temos cadastrados 77 crianças menores de 12 meses e 142 entre 12 e 72 meses, muito acima da cobertura estimada pelo caderno de ações Programáticas (CAP) que é de 63 crianças menores de um ano. Neste sentido, a cobertura para a atenção à saúde da criança é de 100%. Fazemos uma avaliação integral da criança. Durante as consultas nós orientamos através do protocolo de atendimento que consta no caderno da atenção básica emitido pelo Ministério da Saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário médico e no cartão de saúde da criança. Nas reuniões da equipe realizamos controle do programa avaliando as

mães que faltam à consulta e as vacinas que ficam atrasadas. Orientando as mães sobre a alimentação, amamentação, higiene e cuidados gerais com a criança. Depois do programa mais médico, a consulta de puericultura é feita de forma integrada: médico + enfermeira. Intensificando as ações de promoção e prevenção das principais queixas entre este grupo dessa faixa etária. A parceria com o NASF possibilita trabalhar mais na área de nutrição saudável e identificação de dificuldades na fala pela fonoaudióloga. Ainda temos como problemas as mães que não vão à consulta que são visitadas pelos agentes comunitários de saúde remarcando a consulta e se reincidem fazemos visita domiciliar pelo médico ou enfermeiro.

Atividades do pré-natal têm cadastradas 29 gestantes, totalizando cobertura de 46% (CAP estima 63 gestantes residentes na área) e fazemos atendimento à gestantes fora da área da ESF e as consultas são realizadas de forma integral. O programa mais médico possibilita o atendimento as gestantes cobrindo 100% das que vem a unidade de saúde para realizar o pré-natal, o médico e a enfermeira realizam um atendimento de qualidade seguindo o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento à gestante. Fazendo classificações de risco e encaminhamentos quando necessário. Em relação ao puerpério temos 45 mulheres que fizeram a consulta nos últimos 12 meses e 71% de cobertura. O CAP estima que 63 partos foram realizados nos últimos 12 meses.

Em relação às estas ações prioritárias registramos os atendimentos no prontuário médico e no cartão da gestante e puérpera, fazemos atividades com o grupo todas as quintas-feiras antes de começar a consulta onde fazemos palestras de cuidados gerais, alimentação saudável, aleitamento materno e os riscos mais frequentes em cada trimestre da gestação. Essas atividades são planejadas e participa toda a equipe.

Os aspectos negativos encontrados são a falta da retroalimentação das gestantes que são encaminhadas ao pré-natal de alto risco e a demora nos exames que são solicitados para as gestantes. Já os aspectos positivos é que as gestantes mostram confiança no pré-natal realizado pela equipe de ESF. As atividades de educação para a saúde são planejadas nas reuniões da equipe tendo em conta as necessidades de saúde da população e os principais problemas de saúde da área de abrangência. São feitas em parceria com as igrejas e escolas. Temos também o apoio do NASF (núcleo de saúde da família). Participa toda a equipe (médico,

enfermeira, técnica de enfermagem e agente de saúde comunitário). Para fazê-la usamos vários métodos: palestras, dinâmicas, peças de teatro, procurando a motivação das pessoas. Os principais temas são: alimentação saudável, atividades físicas, aleitamento materno, planejamento familiar, controle de doenças crônicas, prevenção de quedas nos idosos, prevenção de doenças transmissíveis DST (Doenças de transmissão sexual), prevenção de dengue, entre outras.

Em relação ao programa de prevenção do câncer de mama temos cadastradas 259 mulheres para uma cobertura de 82% (CAP estima 314) e de colo de útero temos cadastradas 1.001 mulheres para uma cobertura de 100% (CAP estima 1.015). Neste programa é desenvolvido trabalho pelo médico e enfermeira, seguindo os protocolos do controle dos cânceres do colo de útero e da mama (cadernos de atenção básica nº 13), e registramos os atendimentos no prontuário médico da usuário, na reunião da equipe monitoramos o programa analisando as mulheres que faltaram a consulta para realizar Papanicolau, que são feitas todas as sextas-feiras e as mamografias de rastreamento indicadas. Os agentes de saúde comunitários visitam as mulheres que faltaram à consulta e remarcam. Em 2013 foram feitas 167 coletas de PCCU (Programa de Câncer do Colo Uterino na ESF) de um total de 1.001mulheres existentes com idade entre 25 a 64 anos. Sendo que cerca de 400 realizaram em outros estabelecimentos de saúde, perfazendo um total de 567 mulheres, com meta de cerca de 50% atingida para 2013.Com o início de nosso trabalho no mês de novembro a equipe começou através de palestras e consultas, buscando sensibilizar principalmente as mulheres resistentes, que talvez por ignorância ou desconhecimento dos sintomas não procurem a unidade de saúde para fazer a prevenção.

A equipe procura trabalhar com bastante empenho e todos os agentes de saúde procuram sempre orientar para que as mulheres da área procurem fazer o exame de prevenção de câncer de útero, e também o de mama. Toda sexta-feira de acordo com o cronograma da ESF é feita exame de prevenção no posto de saúde pela enfermeira, onde é enfatizado novamente a importância de se fazer pelo menos uma vez ao ano o exame de prevenção do colo uterino, e também que essas usuários procurem sempre estar fazendo alto exame das mamas. Além disso, realizamos exames clínicos das mamas em todas as mulheres maiores de 30 anos que procuram a nossa consulta e indicamos mamografias de rastreamento as mulheres maiores de 50 anos.

O programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes preconizado pelo Ministério da Saúde é realizado e planejado em nossa ESF, temos 349 usuários com Hipertensão Arterial (HAS) e cobertura de 41% (CAP estima 843) e 143 com Diabetes Mellitus (DM) e cobertura de 59% (CAP estima 241). São feitas as consultas agendadas na terça-feira seguindo protocolo do Ministério da Saúde para usuários com HA e DM. Os atendimentos são registrados nos prontuários médicos e nós orientamos pelo protocolo do caderno de atenção básica. Recebemos muitos usuários descompensados e com difícil controle por não aderirem corretamente ao tratamento e a dieta.

Através do nosso trabalho em equipe temos realizado atividades educativas para melhor promoção da saúde e prevenção de doenças. Percebemos melhora do estado de saúde dos usuários que se mostram confiantes com o nosso atendimento. Temos grupos de hipertensos e diabéticos ao qual fazemos atividades de educação para a saúde todos os meses oferecendo palestras sobre alimentação saudável, atividade física, importância de fazer o tratamento corretamente e os cuidados gerais para a prevenção das complicações, além disso, fazemos atividades de pesquisa em todas as micro áreas. Estas atividades são chamadas de Ação Global onde fazemos controle da pressão arterial, avaliação nutricional, vacinação e palestras sobre alimentação saudável e atividade física.

O programa do idoso é priorizado desde o início de nosso trabalho. São desenvolvidas várias estratégias, onde contamos ainda com a parceria do NASF para melhor desenvolvermos nossas atividades. Temos 410 (CAP estima 447) pessoas acima de 60 anos para uma cobertura de 92%, muitos deles com patologias crônicas não controladas e que tomam medicações controladas. Registramos os atendimentos no prontuário médico, somente 100 de nossos idosos tem caderneta de saúde. Criamos vários grupos de idosos em cada micro região das micro áreas para melhorar e intensificar nossas ações de acolhimento e atenção ao idoso. Observamos também que houve uma boa aceitação e participação por eles. Reunimo-nos todas as sextas-feiras realizando atividades físicas, culturais e viagem à praia. As principais palestras que oferecemos tem relação com alimentação saudável, importância das atividades físicas, prevenção de acidentes e sexo na terceira idade. Temos as atividades com os idosos como nossa fortaleza, pois são eles nossos principais promotores de saúde.

Em relação à saúde bucal ainda temos muito a trabalhar, pois infelizmente não temos este profissional em nossa equipe. Os usuários que necessitam de atendimento são encaminhados para o CEO. O maior desafio de nosso trabalho é conseguir manter a participação ativa da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe. É para nós por tanto um caminho a ser seguido, pois nossa maior fortaleza é a união da equipe, que é motivada pelo compromisso que temos com a saúde da população, que demonstra a aceitação desse trabalho.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

No momento do primeiro texto foi minha primeira impressão da unidade básica de saúde, eu havia iniciado meu trabalho, não tinha conhecimento da população, de sua área de abrangência e dos principais problemas de saúde. Agora temos feito uma análise situacional da área. Tenho maior conhecimento e visitado toda a área de abrangência e conhecido às características epidemiológicas. Temos identificado nossas dificuldades e nossa fortaleza. A população tem aceitado nosso trabalho, estamos motivados para melhorar juntamente com a equipe o estado de saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Nossa equipe escolheu como foco da intervenção Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, doenças que representam um importante problema de saúde pública para o Brasil e que consideramos como o principal problema de saúde da nossa área de abrangência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixa taxa de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação de PA a partir de 115\75mmhg de forma linear, continua, e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação de PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração). No Brasil as doenças cardiovasculares tem sido a principal causa de morte, em 2007 ocorreram 308,466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A Prevalência de DM nos países da América central e do sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões em 2030, nos países europeus e Estados Unidos, este aumento se dará em especial nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento da expectativa de vida, enquanto que nos países em

desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos. No Brasil a prevalência de diabetes auto referida na população acima 18 anos aumentou de 5,3 para 5,6 entre 2006 e 2011. Em em 2009, 51 mil mortes por diabetes ocorreram no país. O Diabetes mellitus apresenta alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso representa, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálises (BRASIL, 2013).

Nossa UBS era uma casa residencial que foi alugada e reformada para ser uma ESF. Sua estrutura física consiste em: uma sala de recepção ampla com mais de 15 assentos destinados a população, onde fica o atendimento social, o cadastro do SUS, agendamento de consulta e exames laboratoriais, uma sala de vacina com uma boa condição de trabalho e dois consultórios um médico e um de enfermagem, com uma boa estrutura, iluminação e ventilação, uma sala de entrega de medicamentos e farmácia, onde realizamos verificação de P.A e nebulizações e, uma sala de curativos pequena com uma estrutura inadequada para atender a população. Nossa unidade conta com instrumentos necessários (balança, aparelho de glicemia, aparelho de PA) para fazer um controle adequado aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Em nossa UBS existem duas equipes de ESF, sendo que, uma trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde. Nossa equipe realiza todas as atividades inerentes a uma ESF no período da manhã como: consultas médicas, de enfermagem, vacinas, atendimento de marcação de consultas e exames e a farmácia para entrega de medicamentos. Pelo período da tarde são feitas as visitas domiciliares com o médico e equipe. Minha equipe atende uma população de 1.329 famílias, sendo em torno de 4.201 pessoas. É composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 09 agentes comunitárias de saúde, 01 atendente social, 01 atendente de regulação do SUS, 01 vigia e 01 zelador. A equipe da tarde possui uma população de 5.000 pessoas, onde a equipe é composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 atendente social, 01 atendente de regulação do SUS, o vigia e o zelador são os mesmos da manhã e 12 agentes comunitários de saúde.

Nossa área de abrangência tem uma população de 4.201 pessoas, 1.828 mulheres e 2.372 homens. O caderno de ação programática estima que a população de nossa unidade de saúde tenha 843 hipertensos, mas temos cadastrados 349 (cobertura 41%) usuários. Em relação à Diabetes Mellitus, temos cadastrados 143 (cobertura 59%) usuários. Estamos procurando com a intervenção aumentar a cobertura de 41% para 75% para hipertensão arterial e de 59% para 80% para diabetes mellitus.

A equipe está fazendo busca ativa, verificando a pressão arterial nos maiores de 20 anos que procuram a unidade básica de saúde, além disso, realizamos atividades na comunidade, mutirão (aferindo pressão arterial), avaliação nutricional, medição de glicemia capilar, com ênfase na população que apresenta maior risco potencial para as doenças (histórico familiar da doença, sedentarismo, obesidade, tabagismo, consumo inadequado de álcool e portadores de outras doenças crônicas). Melhoraremos a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, realizando exames físico e complementar em 100% dos usuários, indicaremos os medicamentos segundo protocolo para que os usuários possam procurar na farmácia popular e na unidade de saúde. A equipe irá procurar 100% dos faltosos às consultas, onde os usuários serão visitados pelos ACS que irão remarcar sua consulta e avaliar as causas que dificulta o acesso à unidade. As atividades de educação em saúde serão priorizadas através de palestras sobre alimentação saudável, atividade física, controle adequado das doenças, atividades recreativas e culturais como, grupos de hipertensos e diabéticos para melhorar o aspecto psicológico.

A intervenção nos permitirá melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e DM fazer um diagnóstico precoce de ambas as doenças, prevenindo suas complicações. Serão realizadas atividades de promoção e prevenção da saúde pela equipe com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos usuários e diminuir a demanda espontânea dos usuários com HAS e DM. As principais dificuldades para realizar o projeto são: não contamos com serviço de saúde bucal e tamanho da nossa área de abrangência (micro áreas distantes da unidade e população maior de quatro mil habitantes). As fortalezas que viabilizam a execução do projeto de intervenção são as seguintes: equipe completa, acompanhamento do NASF (Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente social, Terapeuta Ocupacional) e centro de Especialidades Médicas (cardiologista, cirurgião vascular, psiquiatra, psicólogo,

nutricionista). Nossa unidade conta com instrumentos necessários (balança, aparelho de glicemia, aparelho de PA) para a realização das atividades.

Nossa unidade tem um bom conforto onde o trabalhador e os usuários ficam à vontade. O médico e a enfermeira possuem treinamento para fazer avaliação de risco cardiovascular e avaliação nutricional, enfim, atendimento integral ao usuário. Temos protocolo de atendimento para estas doenças (Caderno de hipertensão e diabéticos do Ministério da Saúde, ano 2013). Disponibilizamos parceria com todas as igrejas da área de abrangência. Nossa principal fortaleza é que a equipe possui motivação e compromisso para mudar os indicadores de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Rodoviária, no município de Parnaíba/PI.

2.2.3 Objetivos específicos e metas

- 1- Ampliar a cobertura a diabéticos e/ou hipertensos da área;
- 2- Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos e hipertensos;
- 3- Melhorar a adesão de diabéticos e hipertensos ao programa;
- 4- Melhorar o registro das informações;
- 5- Mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

Em Relação ao objetivo 1: ampliar a cobertura a diabéticos e/ou hipertensos da área.

1.1- Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em Relação ao objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção a diabéticos e hipertensos.

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Em Relação ao objetivo 3: melhorar a adesão de diabéticos e hipertensos ao programa.

- 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em Relação ao objetivo 4: melhorar o registro das informações.

- 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em Relação ao objetivo 5: mapear diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.

- 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em Relação ao objetivo 6:promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos e hipertensos.

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

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

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações:

A equipe desenvolverá o projeto no período de 4 meses com a população alvo de nossa intervenção, corresponde aos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência maior de vinte anos de idade. Para alcançar os objetivos propostos pelo projeto de intervenção serão realizadas diversas ações. Com objetivo de ampliar a cobertura de usuários diabéticos e hipertensos no eixo de organização e gestão dos serviços será garantido registro adequado de hipertensos e diabéticos, o acolhimento será realizado para os usuários alvos e demais população com qualidade e ouvindo suas preocupações, facilitando o início da triagem e garantindo material adequado para as aferições de pressão arterial e medição da glicemia (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, aparelho de glicemia).

No eixo de monitoramento e avaliação a equipe monitorará o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de hipertensão e diabetes mellitus da unidade saúde. No eixo de engajamento público será informado à comunidade sobre a existência do programa de hipertensão e diabetes mellitus da unidade de saúde, serão repassadas informações sobre a importância de aferir a

pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano, orientações sobre a importância do rastreamento da diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmhg e também será orientada a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Já no eixo da qualificação prática clínica serão realizadas capacitações para os agentes comunitários de saúde sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade, a equipe de saúde será capacitada para avaliar a pressão arterial de forma eficaz incluindo o uso adequado do manguito e também para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmhg.

Para melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos no eixo de organização e gestão dos serviços se definirão atribuições para cada membro da equipe. A capacitação dos profissionais será organizada de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, será estabelecida periodicidade para a atuação dos profissionais e providenciaremos versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde. Será solicitado a todos os usuários exames complementares, além de garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, vamos estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados e realizará controle de estoque, incluindo validade de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação será monitorada a realização dos exames clínicos apropriados aos usuários hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e também será monitorado o acesso de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

No eixo de engajamento público será orientado aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os usuários e comunidade quanto à realização dos exames complementares solicitados e quanto à periodicidade com que devem ser realizados esses exames. No eixo de qualificação da prática clínica será realizada capacitação de exames clínicos apropriados e também da utilização do protocolo do Ministério da Saúde.

Para melhorar a adesão dos usuários hipertensos e ou diabéticos ao programa, no eixo de organização e gestão dos serviços a equipe organizará visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizará a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. No eixo de monitoramento e avaliação acompanharemos o cumprimento da periodicidade da consulta prevista no protocolo (consulta em dia).

No eixo de engajamento público será informada a comunidade sobre a importância da realização da consulta e estratégias serão planejadas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos usuários e comunidade para a importância da periodicidade preconizada pelo protocolo para a realização da consulta. No eixo de qualificação da prática clínica será planejado treinamento para os ACS quanto à realização das consultas, periodicidade e utilização das medicações corretamente.

Em relação ao melhoramento do registro das informações será realizado no eixo de organização e gestão do serviço, manutenção das informações do SIAB atualizadas, implantação da planilha específica de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir o responsável pelo monitoramento do registro, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

No monitoramento e avaliação será monitorada a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, no eixo de engajamento público será orientado o usuário e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde. No eixo da qualificação da prática clínica treinaremos a equipe quanto ao preenchimento de todos os registros necessários para acompanhamento dos usuários e capacitações para o registro adequado dos procedimentos clínicos de todas as consultas.

Em relação ao objetivo mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença Cardiovascular no eixo organização e gestão do serviço será priorizado o atendimento do usuário avaliado como de alto risco e será organizada a agenda para o atendimento dessa demanda. Para o monitoramento e avaliação o número de

usuários hipertensos e diabéticos será monitorado quanto à realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

No eixo de engajamento público será orientado aos usuários quanto a seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclareceremos ao usuário e a comunidade quanto à importância do adequado controle de riscos modificáveis (alimentação). No eixo qualificação da prática clínica será realizada uma capacitação da equipe para realizar essa estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos e sobre a importância do registro dessa avaliação e capacitá-los quanto à estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis.

O último objetivo se refere em promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no qual o eixo de organização e gestão do serviço traz como ações a organização da agenda da atenção à saúde bucal, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação de risco odontológico e demandar junto aos gestores a oferta de consultas com o dentista para esses usuários. Pretende-se também organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nessas atividades, organizar práticas coletivas para a orientação de atividades físicas e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nessas atividades e sobre a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. No eixo de monitoramento da avaliação será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, monitorar a realização de avaliação nutricional de hipertensos e diabéticos e orientações de atividades físicas regulares.

No engajamento público será realizada a busca de parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista, orientar hipertensos e diabéticos, assim como, suas famílias sobre a importância da alimentação saudável e prática de atividade física regular. Já para o eixo de qualificação da prática clínica será com base na capacitação da equipe para avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, sobre prática de alimentação saudável, metodologia de educação em saúde, prática de atividade física regular e sobre o tratamento de usuários tabagistas.

2.3.2 Indicadores

De acordo com as metas propostas no presente trabalho, foram estabelecidos os seguintes indicadores para monitoramento.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a diabéticos e/ou e hipertensos da área.

Indicador 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.

Indicador 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 diabéticos e hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada:

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada:

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA:

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 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.

Indicador 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 diabéticos e hipertensos ao programa.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

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.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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 diabéticos e hipertensos de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal:

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.2 Logística

Nossa equipe realizará intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM, onde adotaremos os manuais técnicos de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho de HAS e DM do curso juntamente com as fichas espelho disponíveis no município. A ficha da UBS não prevê coleta de dados sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação nutricional e classificação de risco cardiovascular. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira vão utilizar a ficha espelho. Estimamos alcançar com a intervenção 80% de diabéticos e 75% hipertensos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor

das fichas espelho necessárias e as mesmas quantidades de fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada planilha eletrônica de coleta de dados.

O registro específico do programa será organizado pela enfermeira, esta revisará o livro de registro identificando todos os diabéticos e/ou hipertensos que vieram ao serviço nos últimos três meses. Para agilizar o processo serão localizados os prontuários anteriores destes usuários. Aproveitando esse momento realizaremos monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso e há quanto tempo estes usuários não procuram o serviço.

A equipe discutiu a análise situacional e o caderno de ações programáticas e identificou-se como principal problema de saúde o programa de HAS e/ou DM, definindo esse programa como foco de intervenção. Assim, iniciaremos a intervenção com uma capacitação sobre os manuais técnicos de hipertensão e diabéticos, essa capacitação se realizará nas duas primeiras semanas da intervenção, pelo médico e pela enfermeira, no mesmo horário que a equipe utiliza para sua reunião, na própria UBS. Será disponibilizado, previamente, o material para a equipe tomar conhecimento sobre o assunto, posteriormente será realizado um círculo de debate sobre os temas estudados.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem que fará avaliações antropométricas dos usuários (altura, peso, circunferência abdominal), aferição da pressão arterial e glicemia capilar. Usuários com pressão arterial elevada e sinais de descompensação da diabetes mellitus terão prioridade no atendimento. A demanda espontânea de intercorrências agudas será atendida no mesmo turno, onde serão priorizadas nas consultas disponíveis para o pronto atendimento. Todos os usuários que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O médico e a enfermeira farão palestras em todas as micro áreas, nos locais das igrejas, para apresentar o projeto de intervenção e sensibilizar a comunidade sobre a importância do desenvolvimento do projeto para o controle destas doenças, isto ocorrerá durante as três primeiras semanas da intervenção. As atividades de promoção da saúde serão feitas para os grupos de hipertensos e diabéticos todos os meses, no espaço físico da própria UBS, sendo responsabilidade do médico e enfermeira, mas também participaram todos os membros da equipe. Serão realizadas palestras sobre alimentação saudável, controle do peso corporal, prática

de atividades físicas e prevenção das complicações, além disso, faremos distribuições de folders e cartazes nas visitas domiciliares feitas pela equipe (médico, enfermeira, ACS) e durante o atendimento clínico do médico e enfermeira.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Para organizar busca ativa de usuários faltosos a consulta que será feita pelos ACS, estima-se 6 por semanas totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca ativa já será agendado um horário para o usuário que seja de sua conveniência.

Para organizar e registrar as informações no final de cada mês, os valores coletados na ficha espelho serão consolidados na planilha de coleta de dados ofertada pelo curso (ANEXO C).

3 Relatório da intervenção

Inicialmente o projeto de intervenção foi planejado para ser realizado em 16 semanas, no entanto para podermos concluir com o calendário acadêmico do curso, solicitou-se que fizéssemos a intervenção em 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção teve uma duração de 12 semanas, onde inicialmente apresentei o projeto a toda equipe, e logo depois fizemos uma capacitação com todos, que se desenvolveu nas duas primeiras semanas. Também nesse primeiro momento foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe dentro projeto, como o acolhimento, avaliação e orientações sobre hipertensão e diabetes, para que todos estivessem aptos a desenvolver com segurança todas as etapas do projeto. No entanto toda segunda-feira ocorria durante reunião da equipe uma avaliação da semana trabalhada, ou seja, analisávamos os pontos positivos e negativos das ações desenvolvidas, com o objetivo de solucioná-las na semana seguinte.

Nas três semanas iniciais, fizemos a divulgação do projeto na comunidade através de palestras promovidas dentro de micro áreas, com o objetivo de sensibilizar os usuários que seriam nosso público alvo, ou seja, HAS e/ou DM, assim como, seus familiares, pois só com a participação de todos seria possível obter êxito. Nessas

palestras também foram convidados alguns líderes comunitários, como pastores, que prontamente se ofereceram como facilitadores do projeto.

Os outros atendimentos clínicos desenvolvidos dentro da unidade de saúde continuaram ocorrendo normalmente, ou seja, permanecemos seguindo o cronograma estabelecido mensalmente pela equipe. Portanto o que devemos enfatizar é a melhora significativa no atendimento dos HAS e DM depois da implantação do projeto, pois houve um monitoramento intenso dos usuários, assim como, também na questão do acolhimento, avaliação nutricional. Conforme programado os atendimentos clínicos aos usuários foram feitos em todas as semanas do projeto, sendo que houve um aumento considerável na quantidade de usuários consultados por dia, depois da implantação do projeto.

Com relação às reuniões com os grupos de HAS e DM, não ficou restrito apenas ao início do projeto, ou seja, continuaram sendo feitas na unidade no decorrer do projeto. Sempre com o objetivo de motivar os usuários participantes, e também sensibilizar os usuários que ainda não haviam aderido ao programa, e fazer com que esse usuário venha à unidade e participe do mesmo. Entretanto quando a equipe identificava a ausência constante de algum HAS e DM que não vinha na unidade, o ACS responsável pelo usuário era informado, para que pudesse ser feita uma busca ativa no intuito de resgatar esse usuário.

Entretanto a busca ativa não servia apenas para reconquistar os usuários faltosos, ou seja, aqueles que já haviam aderido ao projeto, mas por causa de algum motivo ou circunstâncias deixavam de continuar com o acompanhamento, mas também servia como uma importante estratégia de conquista de novos usuários que ainda não estavam cadastrados no projeto de intervenção. No entanto para que essa busca ativa fosse realizada com sucesso, era preciso que equipe tivesse consciência da real importância dessa estratégia dentro do projeto intervenção. Sendo assim, foi feita a capacitação dos ACS na primeira semana, tornando assim, possível a busca ativa durante todas as semanas do projeto.

Porém se não tivesse havido a participação efetiva do gestor nessa empreitada, não teríamos conseguido resultados satisfatórios. Pois, logo no início fizemos uma reunião com os gestores, solicitando apoio material, como panfletos, data show, etc. Portanto, devemos ressaltar a participação da equipe, gestores, líderes comunitários e principalmente, os usuários HAS e DM que abraçaram o projeto com carinho e comprometimento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Praticamente tudo que havíamos planejado no início da implantação do projeto de intervenção foram realizados, ou seja, conseguimos fazer todas as palestras programadas, e também todas as semanas foram realizados os atendimentos clínicos agendados pela equipe. Todavia o que nos causou um pouco de transtorno foi apenas a troca realizada pelo gestor da enfermeira chefe da unidade que já estava familiarizada com o projeto, e também a saída da atendente de regulação, ou seja, ficava muito difícil solicitar exames aos usuários que eram consultados, pois não conseguiam fazer os exames no prazo determinado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao término de cada semana do projeto, todos os dados coletados eram preenchidos na planilha. Entretanto na primeira semana tivemos um erro na interpretação da ação relativa aos usuários faltosos na consulta, que foi identificado prontamente pela orientadora, ou seja, solucionou-se o problema, e depois desse empecilho a planilha eletrônica funcionou corretamente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com os resultados obtidos através da implantação do projeto de intervenção, vemos que haverá uma continuidade desse trabalho, pois percebemos que todos os procedimentos utilizados durante o projeto, como as orientações que são feitas no início do atendimento aos HAS e DM, assim como, o acolhimento e também a avaliação nutricional, estão sendo incorporadas pela equipe automaticamente, e serão também direcionadas aos outros programas atendidos pelo Ministério da Saúde (programa de saúde do idoso, programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança). Também deverá ser assimilado pela equipe, à busca ativa realizada pelos ACS, que antes faziam essa busca, apenas esporadicamente, pois não se tinha aquela preocupação imediata de saber por que à ausência daquele usuário. No entanto, o que fica realmente de legado desse projeto foi conseguir a união e comprometimento de todos os participantes em benefício do projeto, pois através desse trabalho desenvolvido com os HAS e DM, serviu para que compreendêssemos

a importância de cada membro dentro da equipe, ou seja, só conseguiremos êxito, se houver participação de todos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Nossa equipe escolheu como foco da intervenção DM e a HAS, doenças que representam um importante problema de saúde pública para o Brasil e que consideramos como o principal problema de saúde da nossa área de abrangência. A intervenção foi realizada em 12 semanas na UBS Rodoviária no município da Parnaíba/PI. A população total da área adstrita da UBS é de 4.200 pessoas.

Um dos maiores desafios do projeto de intervenção foi primeiramente sensibilizar a própria equipe, quanto à importância do projeto. Já que cada um ficaria responsável por uma etapa do desenvolvimento deste. Entretanto vale ressaltar o comprometimento demonstrado desde o início por todos, fazendo assim, acreditarmos que o trabalho seria realizado com satisfação. Notamos no dia a dia a mudança na rotina dos atendimentos aos usuários, pois cada profissional procurava exercer com segurança a função a qual foi destacada dentro do projeto de intervenção.

Quando iniciamos o projeto de intervenção, tínhamos como meta de cobertura, aumentar de 41% para 75% em relação aos usuários HAS e de 59% para 80% para os usuários DM. Ao final da intervenção foram cadastrados 173 usuários com HAS e 73 usuários com DM. Quanto aos resultados obtidos destacam-se aspectos positivos e negativos no alcance das metas que serão descritas a seguir:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da população HAS e/ou DM na área.

Este objetivo tinha como meta cadastrar 75% dos usuários com HAS que pertenciam à área de abrangência. No primeiro mês de intervenção cadastramos 58 (9,1%) usuários, no segundo mês 112 (17,5%) HAS e no terceiro mês 173 (27,1%) usuários foram cadastrados (Figura 1). Este resultado baixo foi devido a diversos fatores, como a estrutura física da unidade que é dividida por dois módulos: módulo

do turno da manhã – ESF (Estratégia de saúde da família); módulo do turno da tarde – PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde), sendo que cada unidade atende áreas distintas, ou seja, são módulos com equipes e planejamento diferentes. Por tanto o projeto de intervenção foi implantado apenas na unidade que funciona pelo turno da manhã, onde atuo, porque a equipe da tarde estava sem enfermeira, que havia entrado de licença maternidade no início do projeto. Realizaram-se consultas médicas todas as segundas, terças, quartas e quintas-feiras pela manhã, ou seja, em apenas quatro dias da semana, porque na sexta-feira é utilizado para a especialização do médico.

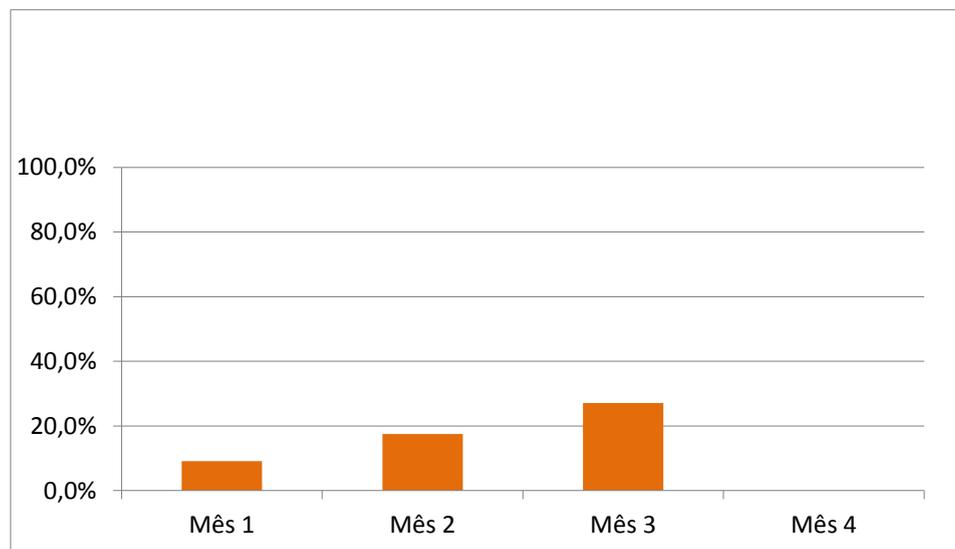


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Ainda em relação à cobertura, pretendíamos atingir 80% de cobertura para os usuários DM. Sendo assim, no primeiro mês cadastramos 26 (16,5%) usuários, no segundo mês 50 (31,6%) DM e no terceiro mês 73 (46,2%) usuários foram cadastrados (Figura 2). Muitos fatores atrapalharam a realização dos nossos serviços, como: o atendimento realizado na unidade apenas na parte da manhã, pelo simples fato da unidade de saúde ter sua estrutura física dividida por dois módulos, ou seja, uma exerce suas atividades na parte da manhã, assim como, a outra equipe desenvolve as suas funções pelo horário da tarde. Também pela ausência do tratamento medicamentoso, pois muitos desses usuários DM, que costumam deixar de tomar os remédios todos os dias, ou até mesmo param o tratamento definitivamente, ou seja, são usuários resistentes ao tratamento.

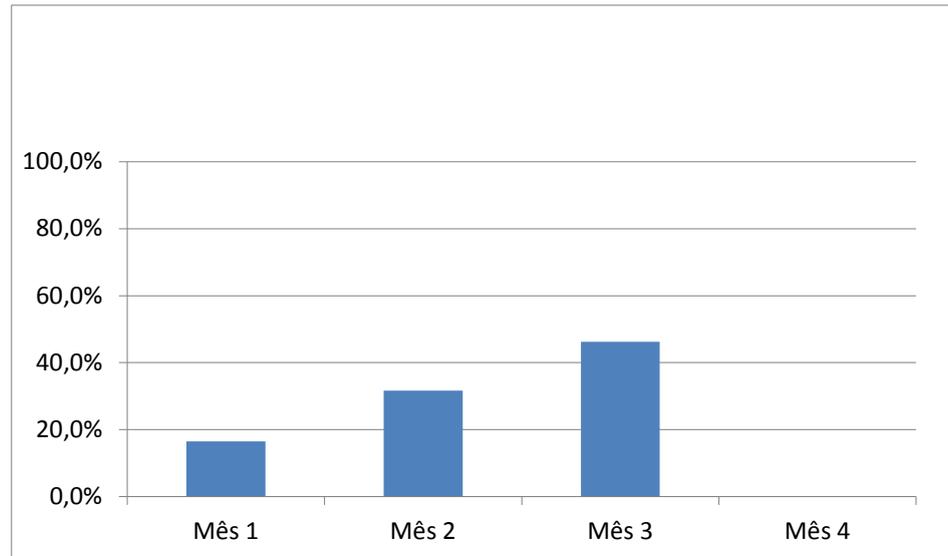


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM.

Em relação a este objetivo a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários HAS. Sendo assim, no primeiro mês cadastramos 28 (48,3%) usuários, no segundo mês 67 (59,8%) e no terceiro mês 173 (100%) usuários estavam com exame clínico apropriado em dia (Figura 3). Conseguimos alcançar essa meta devido ao comprometimento da equipe, principalmente no momento do acolhimento, pois sempre eram realizadas mini palestras, informando o usuário à importância do projeto. Logo depois era feita uma avaliação nutricional de todos os usuários que iriam ser consultados, através da medida da circunferência abdominal, peso, altura e depois verificação de PA.

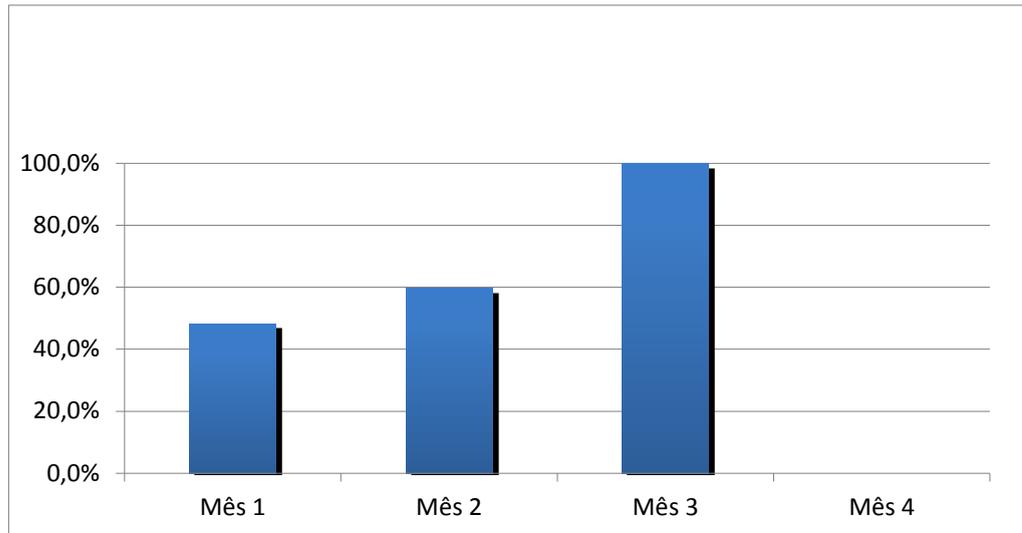


Figura 3 - Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Para os usuários DM a meta também era realizar 100% de exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês conseguimos cadastrar 13 (50%) DM, no segundo mês 31 (62%) e no terceiro mês 73 (100%) usuários estavam com exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo (Figura 4). Logramos êxito devido à preocupação da equipe de manter compromisso com o projeto, ou seja, procurávamos seguir sempre um padrão de atendimento.

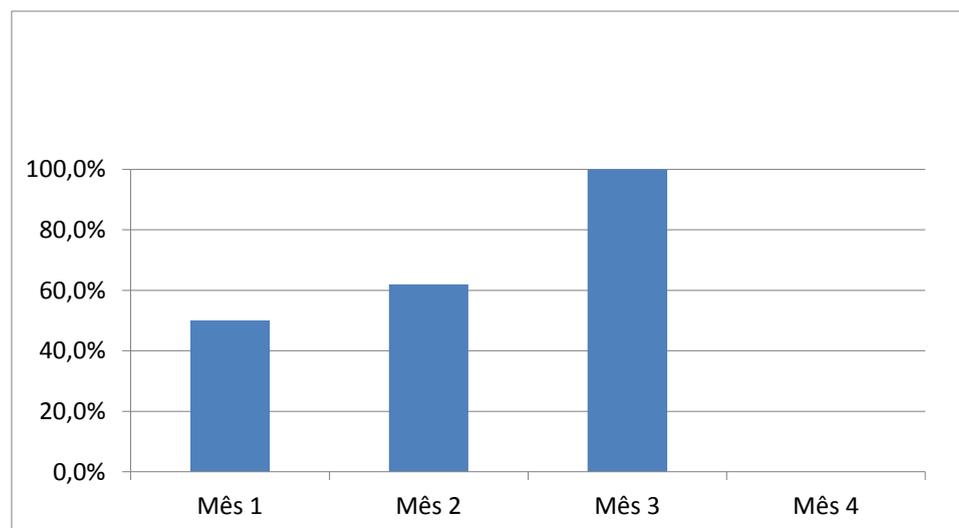


Figura 4- Proporção de usuários com diabetes com os exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Com respeito aos exames complementares, tínhamos como objetivo alcançar 100% dos usuários HAS. No entanto no primeiro mês foram apenas 20 (34,5%) usuários cadastrados, no segundo mês 60 (53,6%), e no terceiro mês 108 (62,4%) estavam com os exames complementares em dia (Figura 5). Por tanto, não conseguimos atingir a meta, devido aos constantes problemas no sistema de marcação pelo SUS ocasionados na unidade, e também as frequentes mudanças de funcionário responsável pela regulação na unidade nesse período.

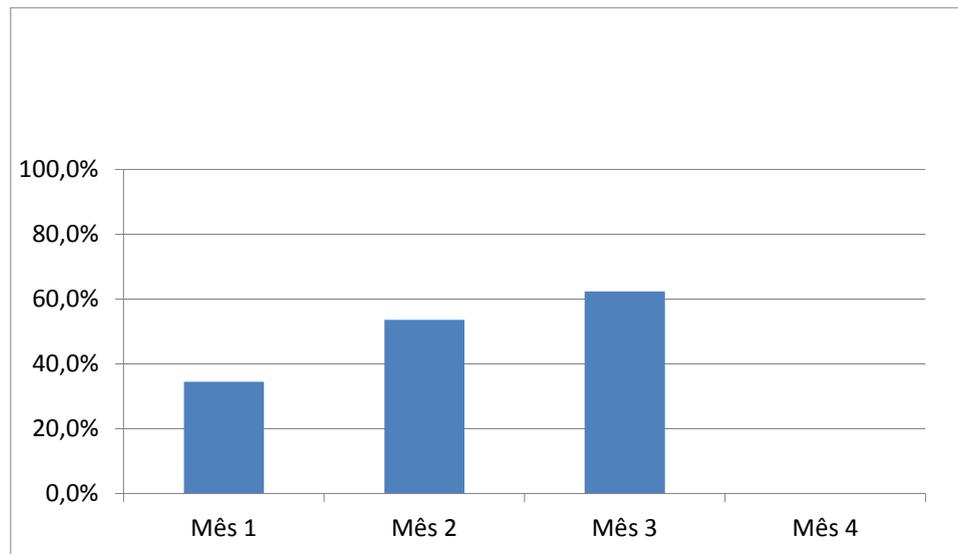


Figura 5 - Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Em relação aos usuários DM, tínhamos como meta também atingir 100% dos exames complementares em dia. Entretanto no primeiro mês apenas 09 (34,6%) usuários estavam com exames em dia, no segundo mês 27 (60%), e no terceiro mês 55 (75,3%) usuários estavam em dia. Sendo assim, não conseguimos alcançar a meta, ou seja, vários fatores contribuíram para esse resultado, como as várias trocas do atendente de regulação ocorridas na unidade, assim como, as permanentes falhas no sistema de marcação do SUS.

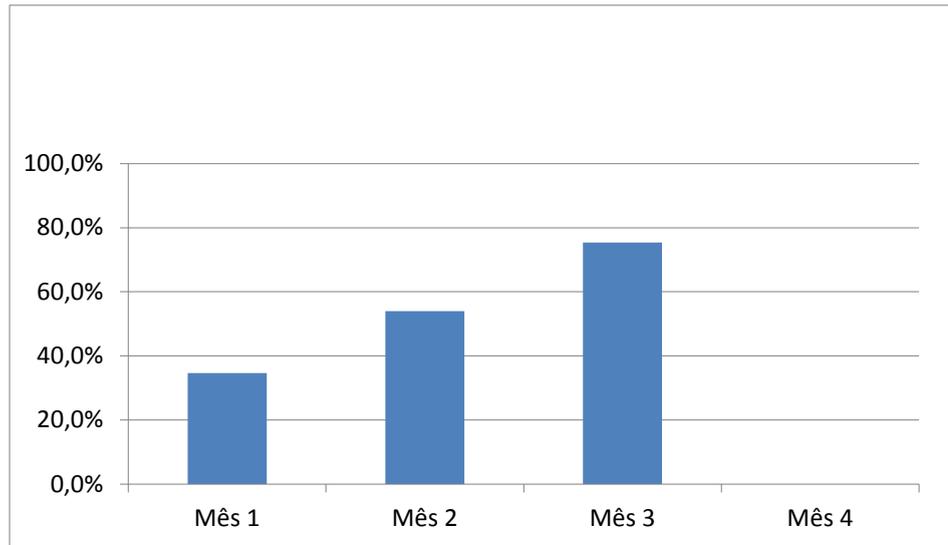


Figura 6 - Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Tínhamos como objetivo alcançar 100% nas prescrições de medicamentos da Farmácia Popular para os usuários HAS. No primeiro mês 58 (100%) usuários tinham esta prescrição, no segundo mês 112 (100%), e no terceiro mês 172 (99,4%) usuários faziam uso de medicamentos da farmácia popular (Figura 7). No entanto devido um dos usuários atendido pelo projeto também fazer acompanhamento com um médico particular, e utilizar remédios que não são entregues pela farmácia popular, ocasionou o não cumprimento desta meta.

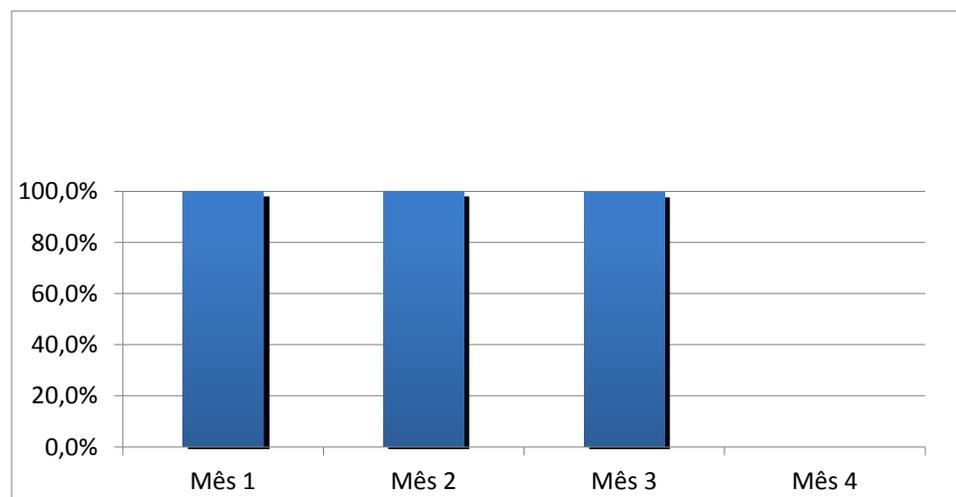


Figura 7 - Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Para os usuários DM a meta era alcançar 100% nas prescrições de medicamentos da Farmácia Popular. No primeiro mês 25 (96,2%) usuários tinham esta prescrição, no segundo mês 49 (98%), e no terceiro mês 72 (98,6%) usuários faziam uso destes medicamentos (Figura 8). Entretanto, um dos usuários também fazia acompanhamento por médico do setor privado, assim como, também fazia uso de medicação não pertencente ao grupo de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular.

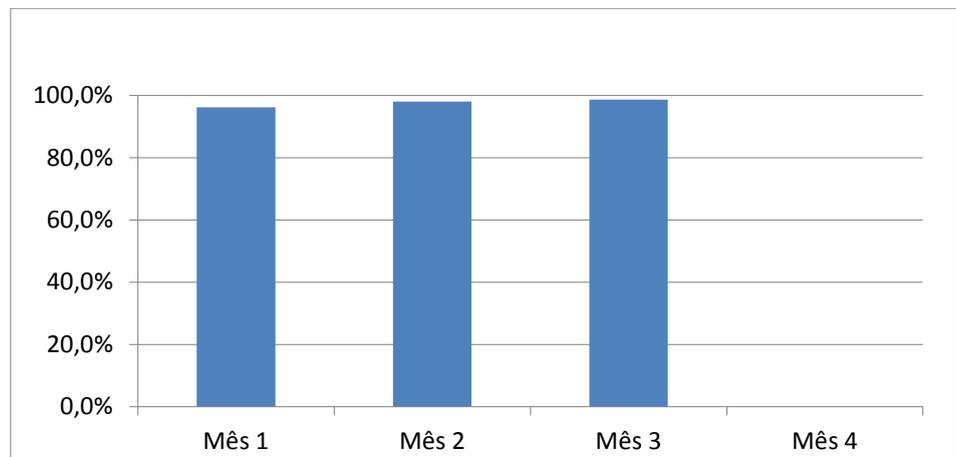


Figura 8 - Proporção de usuários com diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPeI.

A meta a ser alcançada era de 100% de usuários HAS com avaliação de atendimento odontológico. No primeiro mês foram 58 (100%) usuários avaliados, no segundo mês 112 (100%), e no terceiro mês 173 (100%) usuários foram avaliados. Por tanto, os usuários atendidos no projeto de intervenção, eram encaminhados à UBS Samaritana. Pois o gestor havia feito uma parceria entre a UBS Samaritana e a nossa unidade de saúde, com relação ao programa de saúde bucal, já que a nossa unidade não dispõem do profissional odontólogo, assim como, também não temos a instalação adequada para esse serviço.

Para os usuários DM a meta estipulada também era de 100% para a necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês foram avaliados 26 (100%) usuários, no segundo mês 50 (100%), e no terceiro mês 73 (100%) usuários foram avaliados. Sendo assim, conseguimos atingir nossa meta. Todavia devemos

ênfatizar a parceria firmada com a UBS Samaritana, onde encaminhamos todos os usuáios para atendimento clínico odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de HAS e/ou DM.

Tínhamos como meta, alcançar 100% dos comparecimentos dos usuáios HAS nas consultas agendadas na unidade. Por este motivo não tivemos nenhum usuáio faltoso as consultas durante os três meses de intervenção. Este resultado foi alcançado através do engajamento de toda a equipe, pois sempre ênfatizávamos nas reuniões esta questão, ou seja, a busca ativa era um dos pontos fundamentais do desenvolvimento do projeto.

Para os usuáios DM, tínhamos como objetivo 100% de comparecimentos nas consultas agendadas na unidade. Felizmente também não tivemos usuáios DM faltosos às consultas durante os três meses de intervenção. Novamente devemos ênfatizar a preocupação de toda a equipe em relação à busca ativa, pois sempre nas reuniões semanais fazíamos um planejamento minucioso com toda equipe. Foram realizadas todas as consultas agendadas por busca ativa, onde nenhum usuáio recusou-se a prosseguir com o acompanhamento, após a implantação do projeto, sendo que a busca ativa foi o fator principal no desenvolvimento do projeto. Segundo os ACS, a busca ativa conseguiu estreitar os laços deles com os usuáios, pois o projeto de intervenção valoriza o trabalho do ACS na área de abrangência.

Objetivo 4: melhorar o registro de informações dos usuáios HAS e/ou DM.

Em relação às fichas de acompanhamento dos usuáios HAS, procuramos alcançar 100% de organização. Logo no primeiro mês conseguimos 28 (48,3%) usuáios com registro adequado, no segundo mês 67 (59,8%) usuáios, e no terceiro mês 173 (100%) usuáios estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 9). Conseguimos organizar e adequar todo o processo de registro de atendimento dos usuáios, onde foi imprescindível a participação do atendente social.

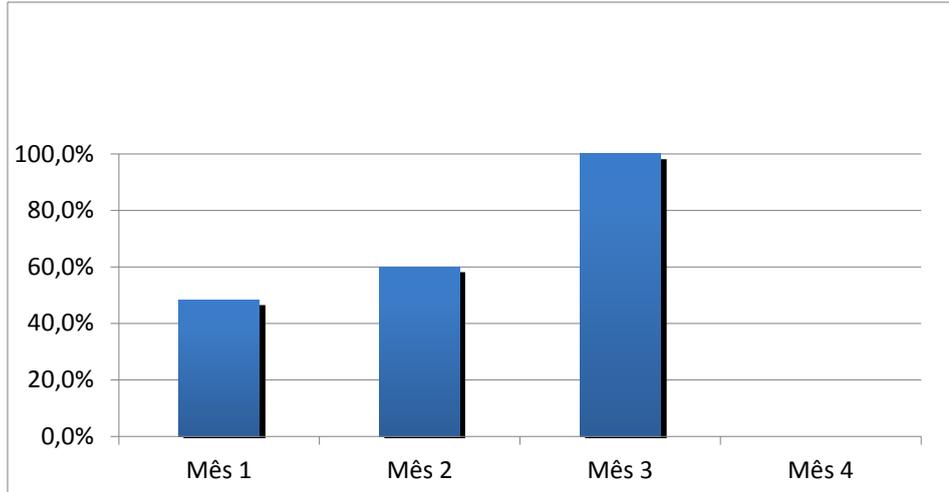


Figura 9 - Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Para os usuários DM, tínhamos como objetivo alcançar 100% nos registros de acompanhamento. Sendo assim, no primeiro mês tivemos 12 (46,2%) usuários registrados, no segundo mês 31 (62%) e no terceiro mês 73 (100%) usuários (Figura 10). Foram organizados e adequados todo o processo de registro de atendimento dos usuários pelo atendente social.

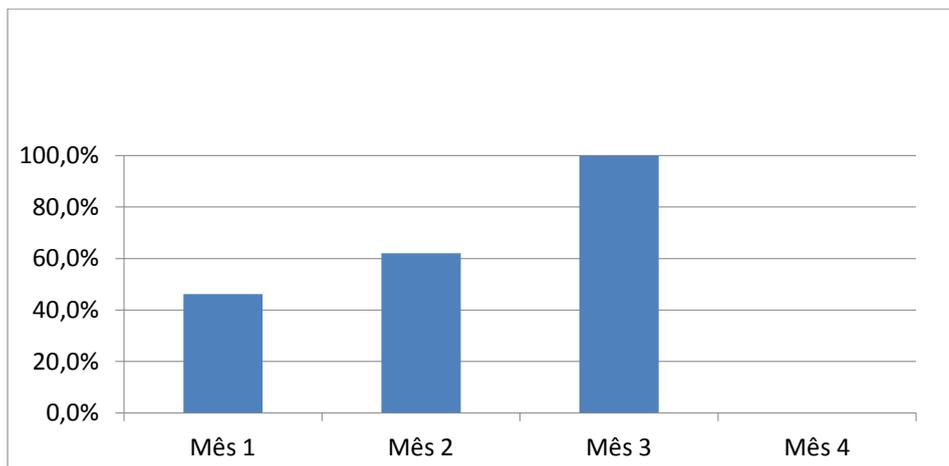


Figura 10 - Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco pra doença cardiovascular.

A meta proposta para este objetivo era mapear 100% dos HAS e DM em relação ao risco cardiovascular. A proporção de HAS com estratificação de risco cardiovascular durante o primeiro foi realizada em 20 (34,5%) usuários, no segundo mês 60 (53,6%) usuários e no terceiro 118 (68,2%) usuários (Figura 11). A meta não foi alcançada devido aos problemas com a marcação de exames que durante o projeto passamos mais de uma semana sem atendente, além da demora que também ocasiona a marcação de exames onde muitas das vezes não há vagas disponíveis no sistema, ou seja, a cidade não atende apenas seus moradores, pois serve de referência para várias cidades vizinhas.

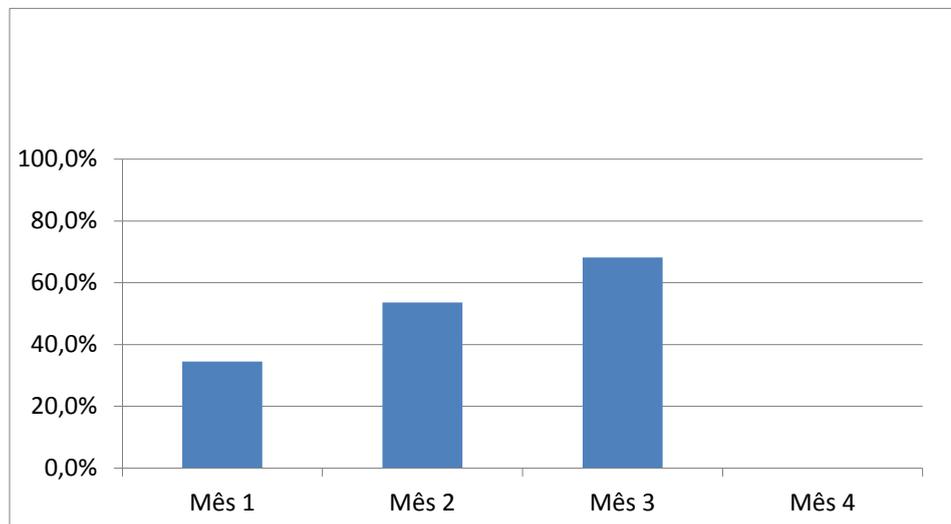


Figura 11 - Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Em relação à proporção de DM com a estratificação de risco cardiovascular, durante o primeiro mês foram cadastrados 9 (34,6%) usuários, durante o segundo 27 (54%) usuários e no terceiro 73 (100%) usuários tiveram esta avaliação em dia (Figura 12). Devido à DM ser um critério maior para a avaliação do risco cardiovascular, classificando os usuários como de alto risco, primamos por avaliar todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2013).

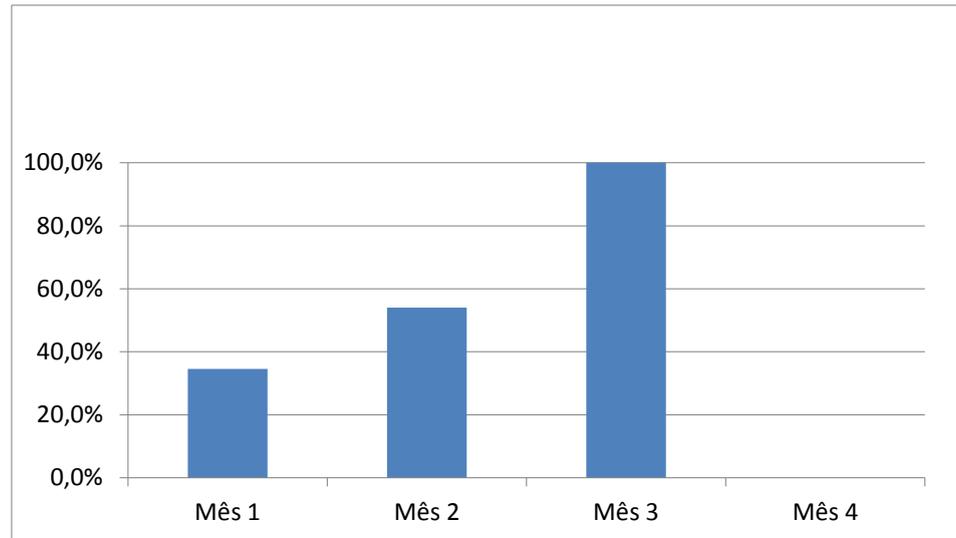


Figura 12 - Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Buscamos como meta orientar 100% dos usuários HAS envolvidos no projeto para uma alimentação saudável. Por tanto, no primeiro mês foram 58 (100%) usuários orientados, no segundo mês 112 (100%), e no terceiro mês 173 (100%) usuários. Procurou-se orientar os usuários em todas as consultas sobre a importância da alimentação saudável e a relação da alimentação saudável com a HAS e DM. Enfatizamos em todas as palestras a importância da alimentação saudável, onde contamos com a participação da nutricionista do NASF.

Em relação aos usuários DM envolvidos no projeto, buscamos orientar 100% destes em relação à alimentação saudável. Sendo assim, no primeiro mês foram 26 (100%) usuários orientados, no segundo mês 50 (100%), e no terceiro mês 73 (100%) usuários. Orientamos em todas as consultas médicas sobre a importância da alimentação saudável e a relação dessas patologias com a DM e HAS. Sempre procuramos em todas as palestras ressaltar a importância da alimentação saudável, onde contamos com o apoio do NASF e também de toda equipe da unidade.

Buscamos como meta orientar 100% dos HAS envolvidos no projeto sobre a importância de ter o hábito de praticar atividade física regular. No primeiro mês foram orientados 58 (100%) usuários, no segundo mês 112 (100%) e no terceiro mês 173 (100%) usuários. Sendo assim, procuramos reforçar em todas as consultas e palestras a importância de se praticar atividades físicas e no grupo de HAS e DM,

também eram realizadas atividades físicas com a participação do fisioterapeuta do NASF.

Em relação aos usuários DM envolvidos no projeto, buscamos orientar 100% destes, sobre a importância de ter práticas de atividade física regular. Sendo assim, no primeiro mês foram orientados 26 (100%) usuários, no segundo mês 50 (100%), e no terceiro mês 73 (100%). Sempre procuramos em todas as consultas e palestras ressaltar a importância de praticar atividades físicas também nos grupos de HAS e DM foram realizadas atividades físicas.

Buscamos como meta orientar 100% dos usuários HAS sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram 58 usuários orientados (100%) usuários, no segundo mês 112 (100%), e no terceiro mês 173 (100%) usuários. Sendo assim, procuramos reforçar em todas as palestras e consultas os males causados pelo tabagismo.

Em relação aos usuários DM envolvidos no projeto, buscamos orientar 100% destes sobre os riscos do tabagismo. Sendo assim, no primeiro mês foram orientados 26 (100%) usuários, no segundo mês 50 (100%) e no terceiro mês 73 (100%) usuários. Sempre procuramos em todas as palestras e consultas ressaltar os malefícios causados pelo fumo.

Buscamos como meta orientar 100% dos HAS sobre higiene bucal. Por tanto no primeiro mês foram orientados 58 (100%) usuários, no segundo mês 112 (100%), e no terceiro mês 173 (100%) usuários. Sendo assim, procuramos reforçar em todas as palestras e consultas a importância de ter um cuidado especial sobre higiene bucal.

Em relação aos usuários DM envolvidos no projeto, buscamos orientar 100%, sobre higiene bucal. Sendo assim, no primeiro mês 26 (100%) usuários receberam esta orientação, no segundo mês 50 (100%) e no terceiro mês 73 (100%) usuários foram orientados. Sempre procuramos em todas as palestras ressaltar a importância de ter um cuidado especial com higiene bucal.

Ocorreram várias palestras durante todo este processo de aplicação do projeto de intervenção. Onde o que se buscou principalmente nessas palestras aos HAS e DM foi mostrar a importância da alimentação saudável, higiene bucal e enfatizar a valorização da atividade física, assim como, também foi abordada nessas palestras os males que são causados o tabagismo, e doenças que são desenvolvidas através deste vício. Os ACS realizaram dramatizações envolvendo situações típicas

do dia a dia da comunidade, mostrando a importância de cada alimento usado diariamente por todos, e também como mudanças em pequenas atitudes, como deixar de fumar e fazer pequenas caminhadas podem ser benéficas à saúde.

4.2 Discussão

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos- alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013).

Tanto a DM, como a HAS demonstram ser um problema grave de saúde pública, pois predominam em todo território brasileiro, ou seja, são responsáveis por estar associada a diversas outras doenças que acometem a população, que foram constatadas com avaliações (BRASIL, 2013).

A intervenção realizada na UBS Rodoviária no município da Parnaíba/PI não alcançou a meta proposta de cobertura de atenção aos HAS e DM, mas propiciou uma melhoria na qualidade do atendimento médico e melhoria dos registros de informação nos prontuários. Pode-se destacar a avaliação integral realizada para os usuários HAS e DM, avaliação do risco cardiovascular, identificação de complicações oculares, renais e circulatórias.

A maior importância que teve a intervenção para a equipe foi à capacitação sobre o manejo dos HAS e DM, segundo os protocolos preconizados pelo Ministério de Saúde (caderno de atenção básico número 35 e 34), reforçou também a interação entre os membros da equipe, valorizando o trabalho de cada profissional e definindo as atribuições dos mesmos. A equipe avaliou como a principal fortaleza da intervenção o trabalho de busca ativa feito pelos ACS, aprofundando a relação ACS, família e o indivíduo, além das ações de acolhimento realizadas desde a chegada dos usuários com a atendente de marcação que recebe os usuários, procurando suas fichas de atendimento e assim encaminham para a triagem com a técnica de enfermagem, esta realiza avaliação nutricional, medição da pressão arterial e glicemia de jejum capilar. Após isso o usuário é encaminhado ao atendimento

médico. A enfermeira e os ACS que entre suas atribuições realizam busca ativa dos usuários faltosos as consultas e aqueles que não estão sendo acompanhados pela equipe.

A rotina de trabalho apontada pela intervenção apresentou bons resultados, além da incorporação dos serviços à rotina da unidade. A equipe começou a aplicar os demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde, como o programa de atenção ao pré-natal, puericultura e idosos. O grupo de HAS e DM foi de suma importância, pois além dos benefícios para o usuário também foi uma ferramenta utilizada pela equipe no relacionamento com a comunidade. O grande objetivo dos grupos foi levar as informações para os usuários e os mesmos atuarem como promotores de saúde, adquirindo conhecimentos e levando à sua família e comunidade em geral.

Antes da intervenção as atividades para os usuários HAS e DM eram realizadas como consultas espontâneas exigindo aos usuários chegar a UBS de madrugada para a marcação de consultas e a consulta só era realizada pelo médico. Com a intervenção iniciou-se o planejamento das consultas aos usuários e exigiu a cada membro da equipe cumprir suas atribuições. O acolhimento iniciava desde a recepção, passando pela técnica de enfermagem (classificando o risco do usuário e priorizando-os), enfermeira e médico, então o usuário voltava à recepção com o planejamento da próxima consulta. A média dos usuários atendidos por dia aumentou consideravelmente.

A intervenção estreitou a relação da equipe com a comunidade, esta percebeu que as atividades foram voltadas para o benefício da saúde, onde a equipe escutou suas queixas e preocupações, dando resolutividade na própria unidade de saúde ou encaminhando a outros níveis de atenção quando necessário. Os usuários HAS e DM e seus familiares demonstram satisfação pelas atividades realizadas para melhorar seus resultados de saúde. E como ganho fundamental ficou o grupo de HAS e DM.

Se fosse realizar a intervenção neste momento daria uma maior importância às atividades para informar o programa de HAS e DM para toda a comunidade e lideranças comunitárias. Permitiria uma maior divulgação das atividades que seriam feitas, garantindo uma maior participação da comunidade, mobilizando a família e o indivíduo. Também reforçaríamos a capacitação aos membros da equipe,

aprofundando suas atribuições, discutiria com o gestor a possibilidade de garantir atendimento médico no horário da tarde para facilitar alcançar as metas propostas.

A dinâmica empregada durante a intervenção desde o início também foi estendida a todos os outros programas de saúde que são feitas em nossa unidade. O acolhimento como atividade fundamental que recepciona o usuário, escutam suas queixas, encaminhando aos demais serviços da unidade como a vacinação, nebulização, entrega de medicamentos, avaliação nutricional, medição de pressão arterial e glicemia capilar, a classificação de risco feita pela técnica de enfermagem que classifica e prioriza o atendimento, encaminhando a enfermeira ou ao médico com base na prioridade da classificação.

A intervenção se deve melhorar acrescentando outros indicadores que permitam identificar com tempo as complicações derivadas dessas doenças como, por exemplo, a insuficiência renal crônica. Esperamos também que o gestor garanta a ficha de retroalimentação quando for preciso encaminhar um usuário a outro nível de atenção.

O próximo passo é continuar com o acompanhamento aos usuários que participaram da intervenção, monitorando a entrega de exames complementares, além de identificar a busca ativa dos usuários HAS e/ou DM que não estejam sendo acompanhados pela equipe. Continuaremos com pesquisa da medição da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos para identificar possíveis novos casos, e estender a rotina utilizada durante a intervenção aos demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como: assistência ao pré-natal, puericultura e idosos.

5 Relatório de intervenção para gestores

À Secretaria Municipal de Saúde,

Apresenta-se a descrição dos resultados da intervenção realizada na UBS Rodoviária no município de Parnaíba. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, de 19 de janeiro a 17 de abril, teve como população alvo os usuários HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS. O objetivo principal do projeto foi melhorar e qualificar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Rodoviária.

Um dos principais objetivos do projeto foi aumentar a cobertura da população HAS e/OU DM da área de abrangência da UBS, detalhando os achados, no primeiro mês de intervenção cadastramos 58 (9,1%) usuários HAS, no segundo mês 112 (17,5%) HAS e no terceiro mês 173 (27,1%) usuários HAS foram cadastrados (Figura 1).

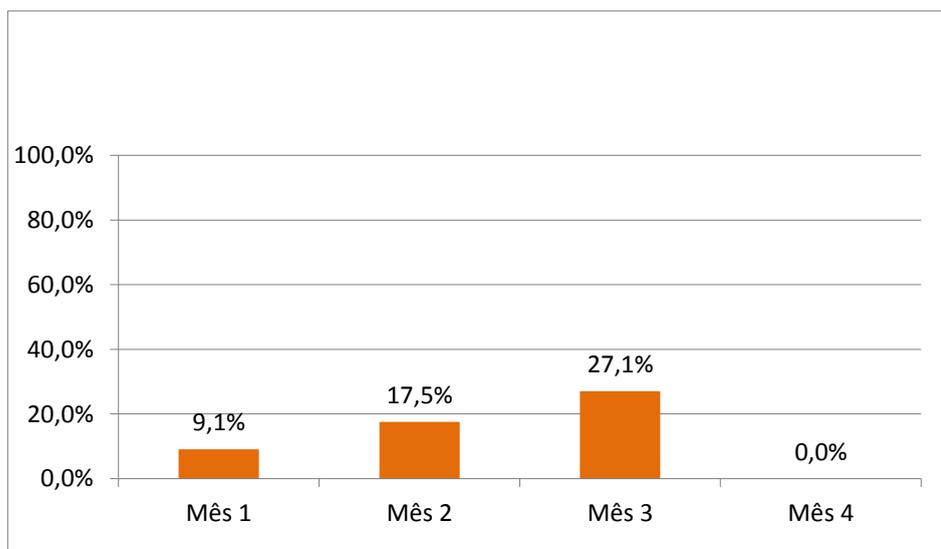


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Com relação à cobertura de usuários DM no primeiro mês cadastramos 26 (16,5%) usuários, no segundo mês 50 (31,6%) DM e no terceiro mês 73 (46,2%) usuários foram cadastrados (Figura 2).

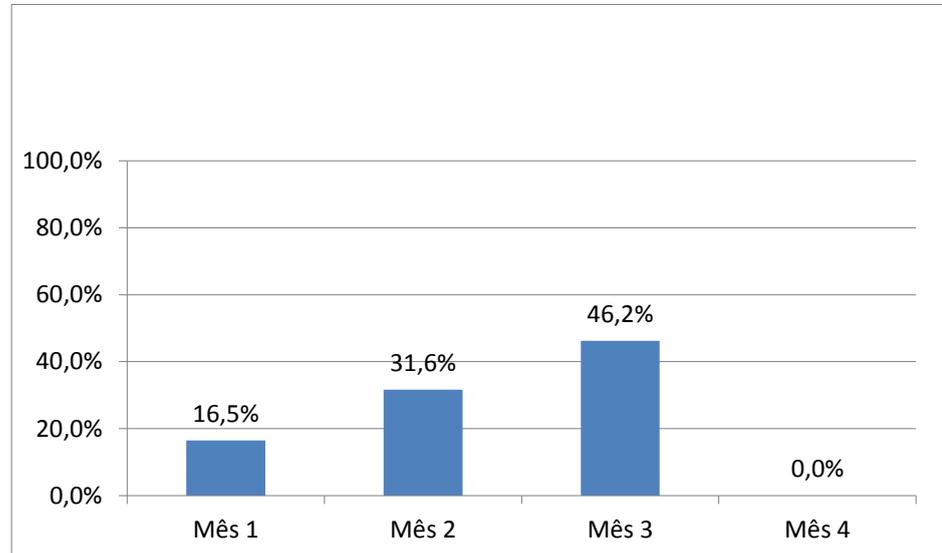


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Estes resultados foram devido a diversos fatores, dentre eles a estrutura física da unidade que é dividida com outro módulo (MOD- 29; PACS), impossibilitando atendimentos em outro turno de trabalho. Para que haja modificações, é preciso que a gestão desmembre os módulos em unidades diferentes, tendo uma estrutura física para cada módulo. O projeto de intervenção foi implantado apenas na unidade que funciona pelo turno da manhã, onde atuo, porque a equipe da tarde estava sem enfermeira, que havia entrado de licença maternidade no início do projeto, onde a equipe justificou que ficaria prejudicada sem a presença da enfermeira. Dessa maneira, realizaram-se consultas médicas todas as segundas, terças, quartas e quintas-feiras pela manhã, ou seja, em apenas quatro dias da semana, porque na sexta-feira é utilizado para a especialização do médico. Ainda como sugestão, pode-se estender o projeto de intervenção para o público da área de abrangência do módulo da tarde, mas não foram inseridos na planilha de coleta de dados.

Para melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM, a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários HAS. Sendo assim, no primeiro mês cadastramos 28 (48,3%) usuários, no segundo mês 67 (59,8%) e no terceiro mês 173 (100%) usuários estavam com exame clínico apropriado. Para os usuários DM a meta também era realizar 100% de exame clínico

apropriado em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês conseguimos cadastrar 13 (50%) DM, no segundo mês 31 (62%) e no terceiro mês 73 (100%) usuários estavam com exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos alcançar essas metas devido à preocupação da equipe de manter compromisso com o projeto, ou seja, procurávamos seguir sempre um padrão de atendimento.

Com respeito aos exames complementares, tínhamos como objetivo alcançar 100% dos usuários HAS e DM. No entanto no primeiro mês foram apenas 20 (34,5%) usuários HAS cadastrados, no segundo mês 60 (53,6%), e no terceiro mês 108 (62,4%) usuários estavam com os exames complementares em dia. Em relação aos usuários DM, no primeiro mês apenas 09 (34,6%) usuários estavam com exames em dia, no segundo mês 27 (60%), e no terceiro mês 55 (75,3%) usuários estavam em dia. Outro indicador relacionado com a melhora da qualidade é o atendimento odontológico, onde todos os usuários HAS e DM cadastrados durante a intervenção receberam avaliação deste tipo de atendimento.

Não conseguimos obter êxito na melhoria da cobertura e alguns indicadores de qualidade devido aos constantes problemas no sistema de marcação pelo SUS ocasionados na unidade, pela mudança de funcionário responsável pela regulação na unidade nesse período, como também relacionado à alta demanda que temos, pois nossa unidade está alocada em um bairro da cidade com alta densidade populacional e com grande porcentagem de população descoberta de ESF. Em relação aos indicadores de qualidade, muitos foram melhorando mês a mês como os mencionados à cima, e felizmente conseguimos atingir a meta proposta em sua maioria, isso reflete na melhora da qualificação de nossos serviços.

Foi de grande importância à participação ativa dos membros da gestão que deu resolutividade aos problemas supracitados. E como sugestão, o funcionário que presta atendimento de regulação deve ter estabilidade no local de trabalho e equipe, estreitando assim o vínculo com a comunidade para que não haja fragilidades na assistência.

Nossa unidade não dispõe do programa de atendimento a saúde bucal (PSB), nem tão pouco de um profissional odontólogo, assim como, também não temos a instalação adequada para esse serviço. Por tanto, os usuários atendidos no projeto de intervenção foram encaminhados à UBS Samaritana. Pois o gestor havia feito uma parceria entre a UBS Samaritana e a nossa unidade de saúde, com relação ao

programa de saúde bucal. Além da parceria que foi de grande impacto para a saúde bucal dos usuários o PSB se tornou indispensável para manutenção do programa de atenção aos HAS e/ou DM e aos demais programas.

O projeto de intervenção permitiu a equipe conhecer e identificar novos casos com essas patologias, assim iniciando tratamento e cuidados específicos. Também proporcionou rastrear usuários com riscos e complicações relacionadas. Contudo melhorando o estado de saúde do usuário e gerando impacto positivo no demonstrativo de indicadores de saúde do município. Outro ponto importante foi à organização da equipe e a inserção da rotina de serviços na UBS.

Com a participação e contribuição ativa dos gestores, o projeto se realizou de forma satisfatória, garantido pela gestão que não mediu esforços para apoiar e atender as solicitações da equipe. Assim, com essa parceria que gerou grandes resultados, outras comunidades podem ser contempladas e outros programas do Ministério da Saúde podem ser alvos de intervenção.

6. Relatório da intervenção para comunidade

Comunidade,

Apresenta-se o relatório de intervenção realizado na UBS Rodoviária no município de Parnaíba, este foi desenvolvido durante 12 semanas e teve como foco melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM residentes na área da abrangência da unidade.

O projeto tinha como objetivo aumentar a cobertura dos usuários residentes na área, de 59% para 80% para os DM e de 41% para 75% para os HAS. Ao final do terceiro mês alcançamos uma cobertura 46,2% (73) para os usuários DM e 27,1% (173) para os usuários HAS (Figura 1 e 2). Este resultado acima foi ocasionado por diversos fatores, como: a estrutura física da unidade que é dividida por dois módulos, onde o atendimento é feito apenas na parte da manhã, porque pela parte da tarde funciona outro módulo. Assim, realizam-se as consultas médicas toda segunda, terça, quarta e quinta-feira, ou seja, em apenas quatro dias da semana na parte da manhã.

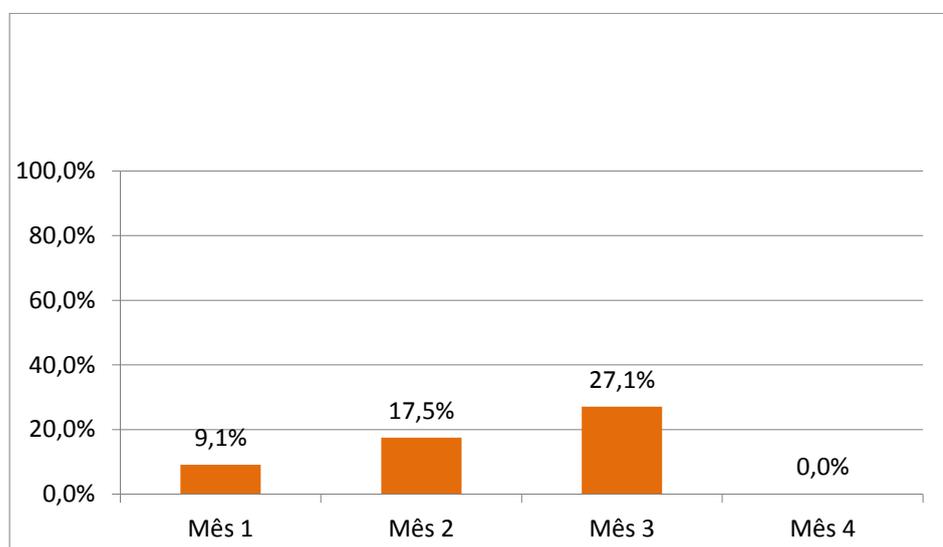


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

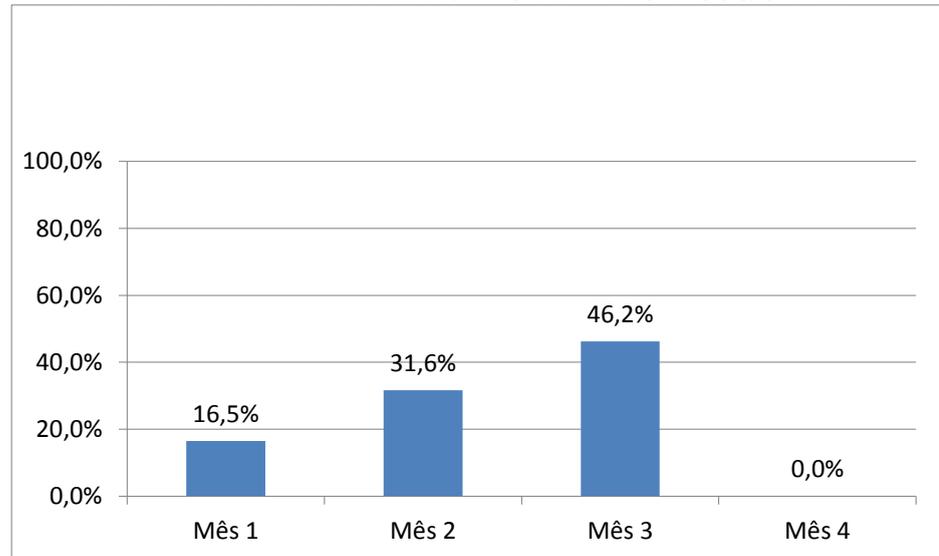


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Rodoviária, Parnaíba/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Diante dos indicadores de qualidade durante os três meses de intervenção não tivemos nenhum usuário DM e HAS faltoso às consultas. Deve-se enfatizar a preocupação de toda equipe em relação à busca ativa, pois sempre nas reuniões semanais fazíamos um planejamento minucioso com toda equipe. Foram realizadas todas as consultas agendadas por busca ativa, pois nenhum usuário recusou-se a prosseguir com o acompanhamento, após a implantação do projeto, sendo que a busca ativa foi o fator principal no desenvolvimento do projeto. Ao final da intervenção todos os usuários HAS e DM cadastrados estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo e 62% dos HAS e 75% dos DM estavam com os exames complementares em dia. Outro ponto positivo foi que todos os usuários cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Para melhorar o registro de informações dos usuários HAS e/ou DM, se preencheu as fichas de acompanhamento e fichas espelho, assim, a equipe conseguiu organizar e adequar todo o processo de registro de atendimento dos usuários. Esta organização foi fundamental para agilizar e melhorar os registros destes usuários.

A comunidade teve um ganho ao participar ativamente do projeto e pela dinâmica de trabalho empregada que melhorou todo o processo de acolhimento do

fluxo de atendimento da unidade, beneficiando um maior número de usuários. Ao longo da intervenção houve algumas restrições de agendamento de consultas de outros programas, no entanto houve melhora significativa da qualidade de atendimento aos usuários HAS e DM. As atividades de busca ativa possibilitou que a equipe tivesse uma maior interação com a comunidade, estreitando o vínculo do profissional com os usuários.

A equipe priorizou a visita domiciliar de usuários HAS e DM que não estavam procurando atendimento na UBS, proporcionando sua incorporação ao projeto. Foi muito gratificante a criação do grupo de HAS e/ou DM pelo fato de estreitar vínculo e conseguir enfatizar a importância das ações de promoção e prevenção da saúde. Realizou-se, atividades mensais reforçando a importância da participação ativa da comunidade, com o intuito de melhorar a saúde dos sujeitos envolvidos. Além disso, obtivemos a participação das lideranças comunitárias da área, enfatizando que será implementado a rotina de trabalho as ações desenvolvidas durante a intervenção, dando continuidade a logística de implementação do projeto e estendendo a outros programas de atenção a saúde.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

No início a expectativa em relação ao desenvolvimento do curso era de que seria muito difícil de realizar, principalmente após o conhecimento da língua portuguesa e a dificuldades com acesso a internet, porém, ao longo da implementação das ações, o trabalho foi tornando-se cada vez mais viável e justificado pela melhoria constante desses desafios já citados acima.

Quando ingressei no Curso de Especialização de Saúde da Família, na primeira semana do curso na unidade de análise situacional tivemos um atraso no envio das tarefas causado pela acessibilidade a internet, além disso, desmotivado pela frequente cobrança da orientadora. Ao final dessa unidade mudei de orientadora e considero que seu acompanhamento foi decisivo em minha interpretação da importância do curso, que motivou a participar mais ativamente do mesmo, aprofundou meu conhecimento em várias temáticas abordadas nos casos clínicos e nas práticas clínicas.

Considero que a implementação do projeto de intervenção foi o ponto máximo da motivação e do meu enriquecimento pessoal, por que a dinâmica oferecida pelo curso contemplava os parâmetros fundamentais para melhorar a qualidade da atenção dos usuários hipertenso e diabético. O caderno de atenção básica foi instrumentos muito valiosos para aprofundar meu conhecimento dessas doenças. O resultado final de todo o processo de aprendizagem considero que foi positivo e ajudou em meu enriquecimento profissional.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertensão, v. 13, n. 1, jan./mar. 2010.

Apêndices

APENDICE A- Palestra Grupo de Hipertensão e Diabetes



APENDICE B - Palestra Grupo de Hipertensão e Diabetes



APÊNDICE C – Reunião com Gestores em saúde



APÊNDICE D – Busca ativa de usuários por ACS



APENDICE E – Capacitação da equipe



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

