



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Luciana Norberto Fiuza de Oliveira

GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA NA COORDENAÇÃO DE SAÚDE
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Rio de Janeiro

2022

Luciana Norberto Fiuza de Oliveira

GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA NA COORDENAÇÃO DE SAÚDE
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Helena Maria Seidl Fonseca

Rio de Janeiro

2022

Luciana Norberto Fiuza de Oliveira

GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA NA COORDENAÇÃO DE SAÚDE
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos bons espíritos pela energia da esperança , pela alegria de servir, pelas provações com que me esclareces, e por todas as bençãos de amor que me proporcionas.

Ao meu esposo Roberto pela compreensão, carinho e apoio em todos os momentos.

Agradeço a meu filho por crescer feliz e seguro, o amor que chegou junto com você foi suficiente para dar sentido todos os dias da minha vida.

Agradeço à equipe no Setor de odontologia d a COSAU pela competência, afinco no trabalho e pela parceria constante.

Agradeço aos meus colegas do C-SUP 2022 pela determinação, solidariedade, garra e senso de humor, que foram uma inspiração para tornar esse percurso não apenas agradável, mas curiosamente divertido.

À minha Tutora Helena Seidl pelo ensino, dedicação, paciência, orientação e compreensão para transpor as dificuldades e alcançar os objetivos.

Namastê!

“ O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher. ”. Cora Coralina

RESUMO

A Coordenação de Saúde da Presidência da República, localizada no anexo III do Palácio do Planalto, é responsável pelo atendimento médico e odontológico do Presidente da República, Vice-Presidente e de cerca de 3700 servidores. O Setor de Odontologia tem como atribuições a realização de perícias, atendimentos de baixa e média complexidade, bem como serviço de urgência e promover ações de saúde bucal.

Considera-se que o prontuário odontológico é um conjunto de documentos padronizados de ordem clínica, administrativa e legal, a fim de armazenar informações dos pacientes como: identificação, história clínica, exames clínicos e complementares, modelos de estudo, estado geral de saúde, cópias de atestados e prescrições, entre outros documentos de ordem legal. Além da sua importância na clínica odontológica o prontuário pode ser usado com a finalidade jurídica, e na identificação odontolegal.

O sistema informatizado de prontuário utilizado (Sistema Integrado de Saúde-SISAU), apresenta deficiências em diversos requisitos, como por exemplo, não possui espaço para o arquivamento das radiografias, e o acesso às informações registradas por cada profissional é limitado, não permitindo que seja visualizado um plano de tratamento, evolução, intercorrências, conduta clínica e exames solicitados, de forma a gerar uma solução de continuidade ou retratamento desnecessário. O atual aparelho radiográfico não permite a digitalização e o adequado arquivamento das imagens obtidas.

O presente projeto de intervenção tem por objetivo estabelecer uma documentação odontológica que seja mais adequada e efetiva para o Setor de odontologia da COSAU.

Palavras-chave: documentação odontológica; prontuário informatizado, radiografia digital.

LISTA DE SIGLAS

COSAU – Coordenação de Saúde da Presidência da República

SISAU – Sistema Integrado de Saúde

CRO – Conselho Regional de Odontologia

CFO – Conselho Federal de Odontologia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Imagem da anamnese do SISAU.

Ilustração 2: Imagem do plano de tratamento do SISAU.

Ilustração 3: Imagem do Odontograma do SISAU.

Ilustração 4: Imagem de Exames solicitados do SISAU.

Ilustração 5: Imagem do aparelho scan.

Ilustração 6: Imagem das radiografias digitalizada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	2
1.1.1 Objetivo Geral	2
1.1.2 Objetivos Específicos	2
1.2 JUSTIFICATIVA	2
1.3 METODOLOGIA.....	3
2 REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO	3
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	7
2.2.1 Diabetes Melittus.....	9
2.2.2 Sistema de Saúde da Marinha	9
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	10
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	10
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	11
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	12
3.4 GESTÃO DO PROJETO	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A gestão da documentação odontológica na Coordenação de Saúde da Presidência da República (COSAU) foi eleita como projeto de intervenção, devido ao fato de notar-se a deficiência em que encontra-se atualmente o prontuário eletrônico e o arquivamento das imagens radiológicas.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, por meio do parecer nº125/92, o prontuário odontológico é o conjunto de toda documentação obtida durante um tratamento odontológico, sendo um documento obrigatório e de grande relevância. Ele deve conter informações importantes como a identificação do paciente e sua história clínica, um detalhado exame clínico, exames complementares, planos de tratamento e evolução do tratamento. (CFO- Código de Ética Odontológica, 2012).

Um prontuário bem elaborado permite ao profissional comprovar, em qualquer época, que o diagnóstico e tratamento prestados ao paciente foram realizados, propiciar a consulta sobre o estágio em que se encontra o tratamento, bem como avaliar a conduta efetuada, além de servir como objeto de proteção civil do profissional, no caso de ações judiciais e de instrumento de consulta em situações de identificação humano. (CROSP - Guia Prático). Nesse contexto, as radiografias digitais possuem melhor qualidade de imagem e permitem o arquivamento ao prontuário eletrônico e a imagem passa a não possuir validade, já que está digitalizada. (SOUZA et al., 2014).

Todos os documentos produzidos no atendimento do paciente devem ser arquivados, conforme preceitua o artigo 5º, inciso VIII do Código de Ética Odontológica. Dessa forma, o prontuário digital é uma ferramenta de extrema utilidade, que além de eliminar os espaços físicos, proporciona uma facilidade de acesso e organização de dados disponíveis no sistema. (FONSECA et al, 2012).

O processo de informatização dos prontuários apresenta diversas vantagens, como:

- Economia: diminuição de gastos com papel, arquivamento e gráfica e diminuição do espaço necessário para arquivos;
- Rapidez: a agilidade no acesso as informações, bem como a atualização de informações e troca de dados;
- Ensino e pesquisa: o acesso a um banco de dados fornece uma casuística que pode ser usada em pesquisas científicas, e permite a troca de informações entre profissionais. (CROSC, 2014).

A utilização dos sistemas informatizados é irreversível em todas as áreas das atividades humanas e não deixaria também de ser na Odontologia também. Estamos em um período de transição onde algumas dificuldades necessitam ainda ser contornadas. (HOLANDA et al.,2010).

O exposto trabalho é requisito para conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a Escola de Guerra Naval (EGN) na modalidade de ensino à distância. Está organizado em introdução, que aborda os objetivos e a justificativa, referencial teórico, que contempla dados bibliográfico sobre a temática em questão, metodologia, seguida do projeto de intervenção com a descrição da situação-problema, programação das ações, a matriz de programação das ações e as considerações finais.

A presente proposta foi avaliada como sendo de possível governabilidade por esta autora, e visa propor a implementação um novo modelo de prontuário eletrônico a ser utilizado pelo Sistema Integrado de Saúde (SISAU) e a aquisição de um aparelho radiológico digital, a fim de otimizar e melhorar a qualidade no atendimento odontológico na COSAU.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Estabelecer uma documentação odontológica que seja mais adequada e efetiva para o Setor de odontologia da COSAU.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as falhas existentes no prontuário eletrônico (SISAU) utilizado pelo Setor de Odontologia;
- b) Elaborar um novo modelo de prontuário eletrônico;
- c) Adquirir um aparelho de radiografia digital;
- d) Capacitar a equipe de cirurgiões dentistas quanto ao uso do novo prontuário e do aparelho de scanner radiológico.

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar este trabalho decorre da necessidade de se estabelecer uma documentação odontológica que seja mais adequada e efetiva para o Setor de Odontologia da COSAU.

Para que um tratamento seja corretamente executado, torna-se imprescindível o acesso de forma rápida e precisa ao prontuário odontológico, principalmente para que um mesmo paciente possa ser atendido por diversos profissionais da mesma especialidade ou especialidades diferentes. Este prontuário, por sua vez, deve conter o registro de todo o detalhe que envolva o cuidado ao paciente durante a assistência, desde a identificação, anamnese, plano de tratamento, odontograma, registro minucioso dos procedimentos e materiais utilizados, medicamentos prescritos, exames complementares e todas as informações necessárias para a segurança do tratamento proposto (RIZZO,2018).

Devido ao prontuário em vigor (Sistema Integrado em Saúde-SISAU) apresentar deficiências em diversos requisitos (falta de espaço para o odontograma e para anexar exames, por exemplo), o acesso as informações registradas por cada profissional responsável pelo atendimento ao usuário é limitado, não permitindo que seja visualizado um plano de tratamento, evolução, intercorrências, conduta clínica, prescrições e exames solicitados, de forma a gerar uma

solução de continuidade ou retratamento desnecessário.

O aparelho radiológico em uso é do tipo convencional, que além de não permitir o arquivamento das imagens no prontuário eletrônico, emite maior dose de radiação, possui qualidade de imagem inferior e acarreta geração de resíduos tóxicos. Com a aquisição de um scanner digital, elimina-se o processamento químico das radiografias, diminuindo os custos para o correto descarte e pela necessidade de aquisição de filme e soluções reveladoras e fixadoras, bem como contribui com a sustentabilidade do meio ambiente. (SOUZA et al., 2014).

Com a reformulação do sistema de prontuário eletrônico em uso, tem-se por objetivo facilitar a visualização de todos os documentos necessários na tela do computador, garantindo agilidade, precisão no atendimento, sendo um grande aliado na segurança do paciente e do profissional.

Desde o início de 2021, passei a ocupar o cargo de Chefe do Setor de Odontologia da COSAU, e com isso, obtive maior autonomia para reunir a equipe, estabelecer novas diretrizes e buscar novos incentivos, junto à chefia superior, no que se refere a recursos humanos e materiais.

1.3 METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo de intervenção com abordagem quantitativa e está de acordo com a metodologia da problematização, a qual utiliza a Estrutura do Método do Arco de Maguerez, onde se percebe a realidade através do processo de observação, seguindo-se a identificação de problemas, com reflexão, teorização, formulação de hipóteses de solução e elaboração de propostas, inserido em um contexto (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

O que se pretende é promover uma mudança no prontuário odontológico digital (SISAU) do Setor de Odontologia da COSAU, através da gestão de recursos materiais e humanos.

Esta autora, ao exercer funções no Setor de Odontologia da COSAU, obervou que o prontuário digital utillizado apresentava diversos pontos deficientes, como por exemplo : a falta de espaço adequado para a descrição dos procedimentos realizados, ausência de um odontograma e dificuldade em compartilhar informações. Outro ponto relevante notado foi a inexistencia de arquivamento das radiografias obtidas, uma vez que o aparelho existente não permite o arquivamento em meio digital . Esta realidade causava grande insatisfação, não somente a esta autora, mas também a toda equipe do setor , uma vez que não se conseguia obter informações precisas e completas.

Com o problema identificado, a equipe de cirurgiões-dentistas levantou os possíveis fatores relacionados ao referido problema: inadequação da documentação exigida pelo Conselho Federal de Odontologia; dificuldade em compartilhar as informações entre os profissionais; e ausência de arquivamento das imagens radiográficas.

Para a etapa de teorização buscou-se embasamento científico das causas elencadas com a realização de uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados (Medline, Portal CAPES, DATASUS, Scielo) para a obtenção de artigos científicos relacionados ao problema. Obtiveram-se artigos que descreviam novos protocolos de coleta, os índices aceitáveis de contaminação de hemoculturas e uma nova metodologia de diagnóstico laboratorial rápido da sepse com a utilização do MALDI TOF. Foram selecionados alguns artigos científicos dentre eles os de Wimmer *et al.* (2012) e de Perez *et al.* (2013), os quais fundamentaram este trabalho.

Sendo assim, para a elaboração das hipóteses para este projeto, esta autora considerou aquela que representaria maior impacto na redução do tempo de diagnóstico, que tivesse disponibilidade de recursos tecnológicos (equipamentos), materiais (insumos laboratoriais) e humanos, e que fosse de possível governabilidade, elegendo assim, a implantação de uma metodologia de diagnóstico rápido da sepse, em substituição a convencional, como hipótese principal para solucionar o longo tempo de prontificação dos

exames laboratoriais de pacientes com sepse.

Na busca pelo alcance dos objetivos deste trabalho, esta autora elaborou uma matriz de programação de ações, na qual relaciona as metas a serem atingidas, bem como, o detalhamento das ações que já foram adotadas e aquelas que se pretende implementar.

Foram realizadas reuniões com membros dos setores de Bacteriologia, CCIH, CTI, Farmácia Clínica, IPB e Auditoria do HNMD para a análise das ações e delineamento dos recursos necessários e dos produtos a serem alcançados para o cumprimento das metas estabelecidas. Foram também, realizadas coleta de dados para a obtenção dos indicadores a serem calculados e monitorados.

Além disso, foi elaborado um projeto de pesquisa para a realização de um estudo intervencional de ensaio clínico do tipo retrospectivo e prospectivo, do qual este trabalho é parte integrante, que analisará também, a adoção de um novo fluxograma terapêutico para o paciente séptico, avaliando os impactos gerados pelas novas metodologias, observando essencialmente, quatro variáveis: tempo de diagnóstico laboratorial, número de dias de internação, taxa de mortalidade e custos de hospitalização. O projeto de pesquisa foi submetido a apreciação do CAPPq-HNMD e do CEP-HNMD e já obteve aprovação de ambas as comissões.

Desta forma, este trabalho fornecerá subsídios para a concretização do projeto de pesquisa acima citado, em um processo integrado e contínuo, com a participação de equipes multidisciplinares. TATIANA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção cujo produto é um projeto de intervenção. A pesquisa de intervenção explica os problemas encontrados e propõe soluções para a efetiva resolução dos mesmos, interferindo na realidade estudada.

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção desenvolvida por meio de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo produto é um projeto de intervenção. A pesquisa de intervenção explica os problemas e propõe soluções com o objetivo de resolvê-los efetivamente.

Para a identificação do problema foi realizada uma pesquisa interna entre os profissionais de saúde da PNRG. Foi realizado *Brainstorming*, depois agrupamento dos problemas afins e através da Técnica do Grupo Nominal chegou-se no problema prioritário e suas possíveis causas. A partir das possíveis causas, foram selecionadas as causas críticas, ou seja, as causas onde a autora tivesse governabilidade, que permitisse ação gerencial e reduzisse ou eliminasse o problema. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos, revistas e publicações sobre o tema para ser usada como referencial teórico e coleta de dados para a identificação dos descritores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, vem se discutindo sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). A declaração de Alma-Ata, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, define a Atenção Primária como sendo o primeiro contato dos indivíduos e de toda comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados aos locais de sua residência e trabalho (o mais próximo possível). Representa, assim, o primeiro nível do processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). Nas proposições da declaração, a APS é entendida como função central do sistema de saúde integrando um processo permanente de assistência (prevenção, promoção, cura e reabilitação), o que considera essencial para o desenvolvimento econômico e social contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

O conceito de atenção primária convencional se tornou mais amplo e todos os países se depararam com a necessidade de providenciar mudanças para se adequarem ao novo conceito. “A Conferência Internacional sobre os cuidados Primários de Saúde concita à ação

internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam aplicados em todo o mundo (...)" (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 3). Mas nem todos os países conseguiram organizar seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. Foram surgindo diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada país (ABRAHÃO, 2007).

Com o passar dos anos, o conceito de Atenção Primária à Saúde foi se ampliando cada vez mais. Starfield (2002) conceitua a Atenção Primária como o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção não apenas direcionada para a enfermidade, mas também sobre a pessoa, fornece atenção para todas as condições (com exceção das muito incomuns e raras) e coordena a atenção prestada em outro lugar ou por terceiros.

Starfield (2002) descreve os quatro atributos dos serviços de APS, denominados atributos essenciais, que são: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

- a) Acessibilidade: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde;
- b) Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo;
- c) Integralidade: relação dos serviços disponíveis e prestados pelo serviço de AB. Refere-se à atenção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, onde estão incluídos os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;
- d) Coordenação do cuidado: toda a equipe e os profissionais de saúde da AB devem ser capazes de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Não significa apenas encaminhar o paciente (transferir responsabilidade), mas sim coordenar os projetos terapêuticos (STARFIELD, 2002).

Além disso, outros três atributos, denominados atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS. Um deles é a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), considerando na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, o contexto familiar (STARFIELD, 2002).

Outro atributo é a orientação comunitária, que consiste no reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde de toda a comunidade através dos dados epidemiológicos e do contato direto.

Finalmente, a Competência cultural, que é o atributo que se refere à adaptação da equipe e dos profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Os atributos essenciais e derivados, mesmo estando intimamente interrelacionados na prática assistencial dos serviços de AB, podem ser avaliados separadamente. Um serviço de AB quando apresenta os quatro atributos essenciais, pode ser considerado provedor de atenção primária, aumentando seu poder de interação ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde trabalha para alcançar o maior número destes atributos, ele se torna capaz de desempenhar atenção integral à sua comunidade. Portanto, essa definição da Atenção Primária à Saúde pode guiar as estratégias de avaliação dos serviços de saúde baseados na APS. Para definir um serviço como realmente provedor de Atenção Primária à Saúde, é fundamental a identificação rigorosa da presença dos atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002).

A Portaria nº 648/2006, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define a AB como um conjunto de ações de saúde (individuais e coletivas) que englobam tanto a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, quanto o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A PNAB considera o termo Atenção Primária à Saúde equivalente ao termo Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Em 2011, considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da AB no Brasil, a Portaria nº 2488/2011 foi aprovada e acrescentou mais um objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O conceito de AB foi se ampliando e se adaptando aos contextos sociais, econômicos e políticos de cada país, mas a sua característica principal, permaneceu a mesma: Atenção Básica como porta de entrada para todos os usuários às redes de serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

De acordo com PNAB, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, além de funcionar como um centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012b). Por isso, é essencial que seus princípios sejam orientados pela universalidade, vínculo, acessibilidade, continuidade do cuidado, responsabilização, integralidade da atenção, equidade, humanização e participação social (BRASIL, 2012b). A Atenção Básica deve ser acolhedora, resolutiva e que avance na gestão e

coordenação do cuidado do usuário nas demais RAS. Para isso, se torna importante o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento. O serviço de saúde deve acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva através da resolução ou da diminuição dos danos e/ou sofrimentos, ou ainda ofertar a possibilidade de resolução em outros pontos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2012b).

Em poucas palavras, pode-se dizer que o objetivo da AB é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento de maior complexidade. A Atenção Básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2012b). Com isso, para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a AB deve cumprir algumas funções (BRASIL, 2012b):

- Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;
- e - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012b, p. 25-26).

Diante do exposto, pode-se verificar o quanto é importante o atendimento de qualidade na AB e que, para desempenhar as suas funções, a AB deverá ser dotada de recursos humanos qualificados e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema. Uma AB de qualidade, resolutiva evita internações hospitalares ou, no mínimo, diminui a frequência para algumas doenças que podem ser controladas por ela (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011). Alguns exemplos de ações da AB que reduzem as internações hospitalares são expostos por MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011. Entre eles estão as internações por doenças infecciosas evitáveis pela vacinação (sarampo, difteria, etc) e o tratamento imediato nos casos de gastroenterite e pneumonia.

A suposição básica por trás do indicador de hospitalizações evitáveis é de que para um determinado conjunto de doenças, o acesso à atenção primária de saúde de qualidade deveria ter resultado na prevenção ou na melhor gestão destas doenças para prevenir hospitalizações ou reduzir a sua frequência (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011, p. 9).

2.2 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

As principais doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela morte de 03 em cada 05 pessoas no mundo (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011). São elas: doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas e diabetes (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011).

Em 2002, foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde, a Iniciativa CARMEM (*Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles*) que reúne recomendações de prevenção e controle das DCNT (CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S., 2011). O objetivo da Iniciativa CARMEM é de influenciar, como um todo, o processo saúde-doença, ocasionando melhora do estado de saúde e reduzindo os fatores de risco relacionados com as DCNT. Mostra a necessidade do envolvimento efetivo de todos os profissionais de saúde, especialmente no combate aos fatores de risco das DCNT e na sua prevenção. Com isso, o envolvimento da Atenção Básica se torna de suma importância. Ela é responsável pela prevenção e controle das DCNT (CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S., 2011).

A orientação dos pacientes quanto aos fatores de risco para DCNT deve ser realizada através do trabalho multidisciplinar, onde todos os profissionais da AB estão capacitados para realizar a orientação necessária, otimizando, assim, o tempo da consulta médica (CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S., 2011). Dessa forma, a formação dos recursos humanos determinará a qualidade do cuidado disponibilizado aos usuários do sistema de saúde (CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S., 2011). É necessário investir na capacitação da equipe de saúde para maximizar a contribuição da AB na prevenção e controle das doenças crônicas (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011).

A contribuição da AB na prevenção e controle das DCNT se dá através da prevenção primária dos fatores de risco, da prevenção secundária das complicações causadas por fatores de risco existentes e da prevenção terciária que significa a reabilitação e prevenção de futuras complicações resultantes de acidente vascular cerebral ou diabetes não controlada (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011). “A maior parte das evidências sobre a eficácia da atenção primária parece estar na área da prevenção secundária através da gestão de fatores de risco e da coordenação dos cuidados e medicamentos obtidos através de especialistas e hospitais.” (BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K., 2002 *apud* MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011, p. 4).

A atenção em saúde para as doenças crônicas tem sido, para a AB, um grande desafio (BRASIL, 2014). As DCNT são multifatoriais, possuem determinantes socioculturais e biológicos necessitando do envolvimento das diversas categorias de profissionais da saúde, do próprio indivíduo e suas famílias (BRASIL, 2014). Tanto a saúde baseada em evidências quanto a medicina baseada em evidências tornaram-se ferramentas importantes para ajudar os profissionais nas tomadas de decisão (BRASIL, 2014). Com a grande quantidade de informações que estão disponíveis, não é fácil manter os profissionais sempre atualizados. O uso de diretrizes e protocolos de atendimento e de encaminhamento, revisados periodicamente, e adaptados a cada realidade regional, orientam tanto os profissionais solicitantes quanto as ações dos profissionais reguladores (BRASIL, 2015a).

O uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas Equipes de Saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, em tratamentos mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em Saúde (BRASIL, 2014, p. 41).

A aplicação de uma medicina preventiva necessita de uma prática consciente de educação tanto da parte dos médicos quanto dos demais profissionais da saúde, onde além de conhecerem as medidas preventivas específicas, deverão investigar os aspectos sociais e os hábitos de vida de cada paciente (CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S., 2011). O estilo de vida, segundo Brasil (2014), é um dos maiores responsáveis pela alta prevalência das doenças crônicas. O tabagismo, o uso abusivo de álcool, a ausência de alimentação saudável, o sedentarismo constituem fatores de risco que necessitam ser investigados e combatidos. É fundamental também que tanto os pacientes com doenças crônicas quanto seus familiares estejam bem informados e capacitados a cumprirem o tratamento (autocuidado). Com isso, os resultados são menos complicações e menos necessidades de consultas com especialistas e hospitalizações (BRASIL, 2014).

O autocuidado não significa que o médico dirá apenas o que é para ser feito. O paciente e seus familiares precisam receber apoio a todo instante para resolverem os problemas que possam surgir e se manterem motivados para seguirem com o tratamento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). Brasil (2014) relaciona os três pilares que sustentam o conceito e a prática do autocuidado: problemas de manejo clínico, mudanças necessárias de estilo de vida e problemas emocionais. O autocuidado em grupos, segundo a OMS, tem obtido resultados mais eficientes (BRASIL, 2014). A busca de soluções em conjunto associada ao emprego de técnicas educativas facilita a apropriação do autocuidado pelo paciente (BRASIL, 2014).

2.2.1 Diabetes Mellitus

Em virtude de suas graves complicações, com alto impacto social e econômico e alta morbimortalidade, o Diabetes Mellitus se tornou um problema de saúde pública (TAVARES *et al.*, 2014). Em relação ao número de casos, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição (prevalência de 4,6% em 2000) para a 6ª posição em 2030 (prevalência de 11,3%) (BRASIL, 2013).

Para o controle do DM na AB é necessário o controle regular da glicemia, o controle dos fatores de risco cardiovascular, o fornecimento de medicamentos hipoglicemiantes e a coordenação com os outros níveis de atenção (MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C., 2011). Além do controle da glicemia, é esperado como resultado o desenvolvimento do autocuidado que também contribui para a diminuição da morbimortalidade e para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

A realização de ações educativas sistematizadas e contínuas é fundamental para se alcançar o controle do DM (BRASIL, 2013). As atividades podem ser realizadas individualmente ou em grupo sendo que as realizadas em grupo proporcionam maior integração através das trocas de saberes entre os pacientes e a equipe de saúde gerando um resultado melhor no controle da doença (TAVARES *et al.*, 2014).

A enfermagem, durante o processo educativo, deve preconizar a orientação de medidas para melhorar a qualidade de vida, entre elas o hábito de uma alimentação saudável, redução do consumo de álcool, estímulo às atividades físicas e o abandono do tabagismo (BRASIL, 2013). A enfermagem deverá também estimular e auxiliar cada paciente a desenvolver seu plano de autocuidado através da identificação dos fatores de risco durante as atividades e o acompanhamento (BRASIL, 2013). É necessário a realização de ações que auxiliem os pacientes a conviverem melhor com o DM e possam ter condições de perceber os riscos à sua saúde e desenvolver habilidades para superar os problemas tornando-os corresponsáveis pelo seu cuidado (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de evitar leões mais profundas, infecções e amputações, o exame dos pés encontra-se entre as atividades importantes no cuidado do paciente diabético (BRASIL, 2013; TAVARES *et al.*, 2014). Pode ser realizado pela enfermagem ou pelo médico da AB e tem papel importante na redução das complicações (BRASIL, 2013).

2.2.2 Sistema de Saúde da Marinha (SSM)

O primeiro eixo de ação do subsistema assistencial da marinha é a prevenção e promoção da saúde, realizado por meio dos Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais

(BRASIL, 2012a). Deve ser executado por toda rede do SSM e coordenado pelo Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) em âmbito nacional.

Os Programas de Saúde da Marinha são desenvolvidos a partir de linhas de cuidado e estão descritos no Manual dos Programas de Saúde da Marinha – DSM 2006 (BRASIL, 2015b). Dentre os vários programas pode-se citar: Programa de Imunização, Programa de Diabetes, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Hipertensão Arterial, entre outros (BRASIL, 2015b).

O Programa de Controle do Diabetes Mellitus é realizado pela AB e visa além de promover ações de prevenção e promoção de saúde, também identificar grupos de risco para promover ações mais específicas (BRASIL, 2015b). O Programa descreve as atribuições de cada membro da equipe de saúde (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico) e destaca a importância da ação interdisciplinar na prevenção e controle do DM (BRASIL, 2015b).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A PNRG foi inaugurada em fevereiro de 2016 e está localizada no Centro de Rio Grande - RS. Presta apoio aos militares da ativa, da inativa e dependentes do Comando do 5º Distrito Naval que possui sob sua jurisdição, um total de 10 Organizações Militares (OM). Destas, apenas 03 possuem médico em seu efetivo.

A PNRG disponibiliza atendimento ambulatorial nas especialidades de Clínica Médica, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia Básica, Oftalmologia, Psiquiatria e Traumatologia-Ortopedia. Presta também atendimento na Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Além dos atendimentos ambulatoriais, o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) presta apoio aos casos emergenciais e funciona 24hs. É apoiada por um setor de diagnóstico laboratorial, radiologia para exames gerais simples e eletrocardiografia.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

O problema escolhido foi a dificuldade de acesso dos pacientes a consulta com a especialidade de Endocrinologia. Com isso, formulou-se a seguinte pergunta: Que problemas contribuem para a dificuldade de acesso dos pacientes da PNRG à consulta com a especialidade de Endocrinologia?

Para descrever o problema foram coletados alguns dados e identificados 02 descritores:

- a) Tempo médio de espera para consulta com a especialidade de Endocrinologia de aproximadamente 60 dias; e
- b) Gasto de R\$1.080,00 por mês de transporte rodoviário para as consultas de Endocrinologia realizadas em outro município (Porto Alegre).

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA

No desenvolver da pesquisa, esta autora deparou-se com algumas possíveis causas que poderiam explicar o problema. Dentre as possíveis causas, foram identificadas as causas críticas, aquelas que atacadas gerencialmente, levam à diminuição ou à resolução do problema.

Como possíveis causas pode-se elencar a ausência do especialista em Endocrinologia para atendimento ambulatorial na PNRG e o estilo de vida dos usuários propensos ao desenvolvimento dos transtornos das glândulas endócrinas. Como causas críticas têm-se o excesso de encaminhamentos oriundos do ambulatório de Clínica Médica e do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e os pacientes com diagnóstico de transtorno das glândulas endócrinas pouco orientados sobre a importância do acompanhamento da sua saúde.

Em decorrência das causas relacionadas, foi encontrado como conseqüências o aumento do número de casos de complicações relacionados aos transtornos das glândulas endócrinas; a dificuldade em manter controle e tratamento dos transtornos das glândulas endócrinas; o aumento no número de dispensas e licenças médicas; e o aumento de gastos com o custeio das passagens para Porto Alegre para realização de consultas com a especialidade de Endocrinologia.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: Dificuldade de acesso dos pacientes da PNRG à consulta com a especialidade de Endocrinologia.

- Descritor 01: Tempo médio de espera para consulta com a especialidade de Endocrinologia de aproximadamente 60 dias.

Descritor 02: Gasto médio de R\$1.080,00 por mês de transporte rodoviário para as consultas de Endocrinologia realizadas em outro município (Porto Alegre).

- Indicador 01: Tempo de espera para consulta com a especialidade de Endocrinologia.

Indicador 02: Valor gasto mensal com transporte rodoviário para as consultas de Endocrinologia realizadas em outro município (Porto Alegre).

- Forma de Cálculo 01: Contagem dos dias entre a solicitação do agendamento e a data da consulta.

Forma de Cálculo 02: Valor unitário do transporte rodoviário (ida e volta) x número de encaminhamentos mensal para especialidade de Endocrinologia.

Fonte: Departamento de Medicina da PNRG (realiza as solicitações dos agendamentos e das passagens).

- Meta 01: Reduzir o tempo de espera por uma consulta de Endocrinologia para 30 dias até maio de 2018.

Meta 02: Reduzir em 50% o valor gasto mensal com transporte rodoviário para as consultas de Endocrinologia até maio de 2018.

- Resultados alcançados/esperados: Redução do tempo de espera por uma consulta com a especialidade de Endocrinologia e redução dos gastos com transporte para as consultas com a especialidade de Endocrinologia.

Matriz de Programação de Ações I:

Causa crítica 01: Excesso de encaminhamentos oriundos do ambulatório de Clínica Médica e do Serviço de Pronto Atendimento.

- Descritor 01: 100% dos pacientes com transtornos das glândulas endócrinas são encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia.

Descritor 02: Ausência de protocolo de atendimento para CM/SPA com as indicações de encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia.

- Indicador 01: Percentual de pacientes com transtornos das glândulas endócrinas encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia.

Indicador 02: Ausência de protocolo de atendimento para CM/SPA com as indicações de encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia.

- Forma de Cálculo: Número de pacientes atendidos na CM e no SPA com transtornos das glândulas endócrinas encaminhados para atendimento com o especialista / Número total de pacientes atendidos na CM e no SPA com transtornos das glândulas endócrinas x 100.

Fonte: SPA/SAME/Departamento de Medicina

- Periodicidade da análise: Mensal para avaliação do cumprimento do protocolo estabelecido e alcance das metas.

- Meta 01: Redução de pelo menos 50% no número de encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia até maio de 2018.

Meta 02: Protocolo de atendimento para CM/SPA com as indicações de encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia implantado até maio/18.

- Resultados alcançados/esperados: Melhoria da assistência aos pacientes com transtornos das glândulas endócrinas e diminuição dos encaminhamentos desnecessários para a especialidade de Endocrinologia.

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Identificar as principais causas (CIDs - Código Internacional de Doenças) de encaminhamentos à Clínica de Endocrinologia de julho a setembro/17	Humanos Físicos: papel, caneta, cadeira, mesa	Causas identificadas	Setembro/17	1T(RM2-Md) Sassone
Elaborar um protocolo de atendimento para CM/SPA com as indicações dos encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia	Humanos Físicos: papel, caneta, grampeador, cadeiras, mesa	Protocolo elaborado	Fevereiro/18	CC(Md) Lovato CC(Md) Valeska Ramos 1T(RM2-Md) Sassone 1T(RM2-Md) Hassan
Capacitar os 16 médicos do ambulatório de CM/SPA em transtornos das glândulas endócrinas através de treinamento nos moldes tradicionais	Humanos Físicos: Sala, computador, tela para exibição, papel, caneta, mesa, cadeiras	16 profissionais capacitados	Abril/18	CC(Md) Lovato 1T(RM2-Md) Sassone 1T(RM2-Md) Hassan
Divulgar o protocolo por meio de cópias que serão entregues aos médicos e fixadas em cada consultório médico	Humanos Físicos: computador, impressora, fita adesiva, grampeador	Divulgação realizada	Março/18	1T(RM2-Md) Sassone 1T(RM2-Md) Hassan
Disponibilizar médico de				

referência por turno de atendimento para solucionar dúvidas que possam aparecer durante a realização dos atendimentos	Humanos	Disponibilização realizada	Março/18	CC(Md) Lovato CC(Md) Valeska Ramos 1T(RM2-Md) Sassone 1T(RM2-Md) Hassan
Avaliar a aceitabilidade entre os médicos com relação ao uso do protocolo elaborado	Humanos	Avaliação realizada	Agosto/18	CC(Md)Lovato CC(Md) Valeska Ramos

Matriz de Programação de Ações II:

Causa crítica 02: Pacientes com diagnóstico de transtorno das glândulas endócrinas pouco orientados sobre a importância do acompanhamento da sua saúde.

- Descritor: 100% dos pacientes encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia são pouco orientados.
- Indicador: Percentual de pacientes encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia que são pouco orientados quanto aos cuidados da saúde e consequências da doença.
- Forma de Cálculo: Número de pacientes encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia que são pouco orientados / número total de pacientes encaminhados para consulta com a especialidade de Endocrinologia x 100. Fonte: Departamento de Medicina
- Periodicidade de Análise: Mensal para avaliação do cumprimento do protocolo estabelecido e alcance das metas.
- Meta: Aumento de 50% de pacientes mais orientados, com menos indicações para consultas em clínicas especializadas e menos indicações de atendimento em unidades de emergência devido complicações em abril/18.
 - Resultados alcançados/esperados: Diminuição da necessidade de encaminhamentos para a especialidade de Endocrinologia e para as unidades de emergência devido complicações.

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Capacitar os 15 enfermeiros/técnicos de enfermagem quanto ao manejo dos casos através de treinamentos nos moldes tradicionais	Humanos Físicos: Sala, computador, tela para exibição, papel, caneta, mesa, cadeiras	15 Profissionais capacitados	Fevereiro/18	1T(RM2-Md) Mukay 1T(RM2-Md) Hassan 1T(RM2-S) Marcos Adriano GM(RM2-S) Marcelli
Realizar o HGT e exame dos pés nos pacientes com DM antes das consultas (enfermagem) enfatizando a educação em saúde	Humanos Físicos: sala, aparelho de HGT, fita HGT, luva, algodão, álcool, papel, caneta, cadeira, mesa	HGT e exame dos pés realizados	A partir de março/18	GM(RM2-S) Marcelli SO-EF Vinícius 3SG-EF Marilice CB(RM2-EF) Küster CB(RM2-EF) Márcia
Realizar atividades de educação em saúde (palestras, vídeos) para os pacientes com transtornos das glândulas endócrinas e seus acompanhantes na sala de espera (enfermagem)	Humanos Físicos: sala, computador, tela para exibição, cadeiras, mesa	Atividades educativas realizadas	A partir de março/18 diariamente	GM(RM2-S) Marcelli SO-EF Vinícius 3SG-EF Marilice CB(RM2-EF) Küster CB(RM2-EF) Márcia
Elaborar panfleto educativo para ser distribuído aos pacientes e seus acompanhantes	Humanos Físico: papel cochê com brilho, computador, impressora, mesa, cadeiras, papel, caneta	Panfleto elaborado	Fevereiro/18	CC(Md) Lovato 1T(RM2-Md) Hassan 1T(RM2-Md) Sassone GM(RM2-S) Marcelli

Distribuir os panfletos educativos nas atividades de educação em saúde e nas realizações dos censos	Humanos	Panfletos distribuídos	Março/18	GM(RM2-S) Marcell SO-EF Vinícius 3SG-EF Marilice CB(RM2-EF) Küster CB(RM2-EF) Márcia
Criar grupos de pacientes com DM incluindo 01 familiar de cada paciente (cada grupo com no máximo 20 integrantes)	Humanos	Grupos criados	Março/18	SO-EF Vinícius CB(RM2-EF) Küster
Realizar atividades recreativas /educativas com os grupos de pacientes com DM (bimestral)	Humanos Físico: local para recreação (CAMARIG), material esportivo	Reuniões realizadas	Março/18	GM(RM2-S) Marcell SO-EF Vinícius CB(RM2-EF) Küster CB(RM2-EF) Márcia

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pelo Departamento de Medicina (CC(Md) Valeska Ramos, CC(Md) Lovato, 1T(RM2-Md) Sassoni) juntamente com o Departamento de Enfermagem (1T(RM2-S) Marcos Adriano, 1T(RM2-S) Marcelli). Ambos serão responsáveis pelo acompanhamento das ações propostas na matriz avaliando sua eficácia através da realização de reuniões mensais. Dentre os objetivos das reuniões é importante ressaltar a identificação das falhas para poder corrigi-las antes que ocorram recidivas e a verificação se as ações obtiveram resultados o mais próximo do esperado.

Foi realizada reunião em agosto de 2017 para acompanhar a eficácia da maneira escolhida para identificação dos principais CIDs de encaminhamento para consultas com a especialidade de Endocrinologia, não sendo necessário nenhum tipo de intervenção. Outra reunião foi realizada em outubro de 2017 para serem listados os principais CIDs identificados. Os resultados obtidos, do mais prevalente para o menos prevalente, foram:

- DM (47,06%);
- Alterações dos hormônios Tireoidianos (23,53%);
- Obesidade (11,77%);
- Avaliação para Cirurgia Bariátrica (5,88%);
- Ginecomastia(5,88%); e
- Hirsutismo (5,88%).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance dos objetivos deste projeto de intervenção será identificado ao ponto que as ações forem sendo realizadas. A primeira ação foi cumprida com êxito e no prazo estipulado.

Algumas dificuldades estão sendo levadas em consideração, sendo as principais delas a escassez de recursos humanos e a sobrecarga dos militares que acumulam vários encargos colaterais. Com isso, foi necessário prolongar os prazos para não tornar impraticável o cumprimento das ações e colocado em risco o sucesso da execução do projeto.

Os profissionais envolvidos encontram-se bastante motivados e ansiosos para que o projeto seja colocado em prática com brevidade. Particularmente, a autora deste projeto compartilha dos mesmos sentimentos. Poder colocar em prática todo aprendizado após o

término de um curso, com o objetivo de melhorar o desempenho do seu local de trabalho através de um projeto elaborado todo por si mesma, é bastante gratificante.

A realização do Curso de Gestão em Saúde será muito importante para minha carreira na Marinha do Brasil. O curso despertou nesta autora questionamentos, estratégias antes nunca realizadas e que serão de grande utilização na melhoria da qualidade da assistência na PNRG.

Espera-se que o sucesso deste projeto de intervenção estimule o desenvolvimento de novos projetos na PNRG e que este se torne um projeto piloto que possa ser adaptado para diminuir o encaminhamento para outras clínicas especializadas e que possa diminuir também os casos de complicações sendo atendidos no SPA pela baixa resolutividade da AB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. **Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde**. Informe-se em promoção da saúde, Rio de Janeiro, RJ, v. 03, n. 1, p. 01-03, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 22abr. 2017.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de março de 2006. Seção 1. p.71-76. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 21abr. 2017.

BRASIL (2011). Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1. p.48-55. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 21abr. 2017.

BRASIL (2012a). Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar**. Rev3-Mod5. Rio de Janeiro, 2012

BRASIL (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012, 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 21abr. 2017.

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013, 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>> Acesso em: 24set. 2017.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014, 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab35>> Acesso em: 24set. 2017.

BRASIL (2015a). Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: Endocrinologia e Nefrologia**. Brasília, DF, 2015, v. 1, 20 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf> Acesso em: 23set. 2017.

BRASIL (2015b). Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual de Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>> Acesso em: 23set. 2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 28abr. 2017.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Serviços de Saúde**: Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14249/1/Ines%20Dorado.%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria.%202011.pdf>> Acesso em 23set. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado**: Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília, DF, 2010, 232 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf> Acesso em 23set. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002, 726 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf> Acesso em: 25fev. 2017.

TAVARES, V. S. *et al.* **Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 3, p. 527-536, jul./set. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300015> Acesso em 24set. 2017.