



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SAÚDE DA FAMÍLIA: MICROINTERVENÇÕES EM PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO, ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E AÇÕES DE
PREVENÇÃO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA ESF CONQUISTA, EM BREU BRANCO(PA)**

ALEXEIS CAPDEVILA KINDELAN

NATAL/RN
2021

SAÚDE DA FAMÍLIA: MICROINTERVENÇÕES EM PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO, ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E AÇÕES DE PREVENÇÃO
CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ESF
CONQUISTA, EM BREU BRANCO(PA)

ALEXEIS CAPDEVILA KINDELAN

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervensões realizadas no cenário de prática da Estratégia de Saúde da Família Conquista, no município de Breu Branco, no Estado do Pará, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: incrementar o número de consultas de planejamento familiar; ampliar a busca ativa de mulheres na idade fértil; realizar o seguimento adequado das consultas de saúde da criança; e diminuir a incidência das complicações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Para isso foram realizadas algumas ações, a exemplo de revisão bibliográfica, formação da equipe, consultas médicas, palestras, avaliação integral, exames complementares e específicos, entre outros. Identificou-se a necessidade permanente de busca ativa do público alvo com realização de estratégias semestrais visando o atendimento mais humanizado. A Estratégia Saúde da Família atua diretamente com ações para a manutenção da saúde básica no país. Conclui-se que as ações realizadas organizaram os serviços ofertados e estimularam reflexões e reconhecimento da população em suas necessidades e singularidades.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	07
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	10
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
6. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

O posto de saúde Estratégia de Saúde da Família (ESF) Conquista está alocado na rua Pastor Araújo s/nº, ao lado do SAMU, no município de Breu Branco, microrregião do Lago de Tucuruí, estado do Pará. A população estimada do município no ano de 2020, segundo o IBGE, foi de 67.332 pessoas com PIB per capita de R\$ 8.800,88 e Índice de desenvolvimento Humano (IDH-2010) de 0,568 (médio).

A ESF Conquista dá cobertura a 6.430 habitantes divididos em dois bairros (Conquista e Liberdade). A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma técnica em saúde bucal, 13 agentes comunitários de saúde.

O bairro é considerado de alta vulnerabilidade e muito perigoso (quanto a segurança), além de possuir saneamento básico deficiente: sem distribuição de água potável e com 30% do bairro sem rede de esgoto. A coleta de lixo é regular, porém insuficiente; a situação econômica da população varia de extrema baixa renda a pessoas com nível socioeconômico médio.

A assistência em planejamento familiar deve ser parte integrante do conjunto de ações da equipe de saúde da atenção básica direcionadas à saúde da mulher, do homem, do casal e da família, em uma visão de atendimento integral à saúde. O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser a base ético-política dessa assistência (KANTOROVÁ et al., 2020).

Atualmente, a equipe possui 28 gestantes acompanhadas, sendo 10 adolescentes (35,7%), uma mulher de 42 anos (3,5%) e três com doenças crônicas não transmissíveis (10,7% - uma com asma brônquica, uma com hipotireoidismo e uma com Hipertensão Arterial Sistêmica) as quais a maioria chegaram à consulta de pré-natal sem nenhuma ou pouca informação sobre planejamento familiar, cuidado pré-concepcional e sobre sua importância para o desfecho da gravidez.

Um dos principais problemas enfrentados neste posto de saúde é a má organização da agenda da demanda programada e espontânea e o não interesse ou falta de tempo dos responsáveis legais pela criança para o seguimento adequado das consultas, o que faz com que exista inadequado controle sobre a evolução das crianças e famílias e suas possíveis consequências à saúde.

Outro problema bastante recorrente é a falta de cuidados do próprio paciente que possui uma Doença Crônica não transmissível (DCNT), fundamentalmente Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Um dos principais pilares do tratamento é a mudança do estilo de vida, a qual por ser subjetiva (maioritariamente dependente do paciente) leva, muitas vezes, ao inadequado controle da doença tendo como desfecho o aumento das complicações como Doença Renal Crônica, Acidente Vascular Cerebral, Doença Coronariana, amputações etc., o que leva a uma elevada incidência e prevalência no território.

Assim, os objetivos das três microintervenções são: incrementar o número de consultas

de planejamento familiar, em conjunto com a equipe, aumentando a busca ativa de mulheres na idade fértil, de riscos e com DCNT; realizar o seguimento adequado das consultas de saúde da criança, aumentando o número de consultas de demanda programada; e diminuir a incidência das complicações das DCNT.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

ORGANIZANDO O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA ESF CONQUISTA, EM BREU BRANCO (PA)

Introdução

Um dos pontos fundamentais para a efetividade das ações de planejamento familiar é o acesso às informações que possibilite ao indivíduo condições de realizar escolhas conscientes a partir da sua realidade e, de tal forma, que promova o desenvolvimento da sua autonomia, resultando na melhoria das suas condições de vida e saúde.

Estima-se que em 2019 existiam 1900 milhões de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) no mundo, das quais 1112 milhões necessitavam de planejamento familiar. Destes, 842 milhões usam métodos anticoncepcionais e 270 milhões têm necessidades não atendidas no campo da contracepção (NU, 2019; KANTOROVÁ et al., 2020).

A porcentagem de mulheres em idade reprodutiva com necessidades de planejamento familiar atendidas por métodos modernos (correspondente ao indicador 3.7.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) foi de 75,7% globalmente em 2019 (KANTOROVÁ et al., 2020).

Atualmente, um dos questionamentos em relação às políticas públicas relativas ao direito reprodutivo, além de seu provável esvaziamento, refere-se a pouca responsabilidade atribuída aos homens no processo de planejar a família. Nesse sentido, também é questionado o fato de que as políticas oficiais pouco fazem além de apoiar programas limitados a atendimento médico/ ambulatorial (exames, distribuição de contraceptivos), deixando-se de lado grande parte das propostas que buscam o esclarecimento da população acerca dos impactos e da sustentabilidade que seriam necessários para um planejamento familiar eficaz e democrático.

A assistência em planejamento familiar deve ser parte integrante do conjunto de ações da equipe de saúde da atenção básica direcionadas à saúde da mulher, do homem, do casal e da família, em uma visão de atendimento integral à saúde. O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser a base ético-política dessa assistência. A equipe de saúde identificou alta incidência e prevalência de mulheres em idade fértil que não fazem controle pré-concepcional e gravidez não planejada.

Atualmente, a equipe de saúde cobre uma população de 28 gestantes, sendo: 10 adolescentes (35,7%); uma mulher de 42 anos (3,5%); e três com doenças crônicas não transmissíveis (10,7%) - uma com asma brônquica, uma com hipotireoidismo e uma Hipertensão Arterial Sistêmica.

A maioria das grávidas chegaram à consulta de pré-natal sem nenhuma ou com pouca informação sobre planejamento familiar e cuidado pré-concepcional, bem como sua importância para o desfecho da gravidez segura.

Neste contexto, os objetivos da microintervenção foram: elaborar estratégias de intervenção para diminuir a incidência de gravidez não planejada e seus riscos; diminuir a incidência de desfechos negativos maternos e fetais durante o atendimento pré e pós-natal; ampliar o acesso às consultas de atendimento pré-concepcional de mulheres em idade fértil; e acrescentar conhecimentos sobre saúde reprodutiva melhorando a qualidade de atendimento no território.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção sobre o tema planejamento familiar, ocorrida nos meses de fevereiro e março de 2021. A população alvo foi: mulheres de 15 a 49 anos de idade com potencial de engravidar, em união estável junto ao esposo, pertencente a Unidade de Saúde da Família (USF) Conquista, localizada no bairro de mesmo nome no município de Breu Branco.

O território adscrito à USF Conquista, de porte tipo I, abrange uma população de 6430 habitantes do bairro Conquista e de parte do bairro Liberdade. A equipe de saúde é composta por um Médico, uma Enfermeira, duas Técnicas de Enfermagem, um Cirurgião-Dentista, uma Técnica em Saúde Bucal e 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O primeiro passo foi revisar a bibliografia atualizada sobre planejamento familiar - feita por toda a equipe de saúde - e organizar a busca ativa de usuárias nessa faixa etária e com as características descritas - ação levada a cabo pelos ACS. Posteriormente, foi organizado um horário de 4 horas de consultas médicas semanais, incluindo uma palestra antes do início das consultas. Foi oferecido assessoramento ao casal, indicado exames complementares básicos e específicos, em caso de algum fator de risco ou patologia associada, e encaminhamento a consulta especializada a casos que necessitavam este tipo de atendimento.

Resultados

Foram identificados, pelos ACS, 24 casais com disponibilidade para participar da ação, destes, de um total de 16 casais citados, participaram um total de 5 casais no período da intervenção, resultado alentador tendo em conta que nunca foi feita consulta de planejamento familiar com participação do casal. Entre os casos avaliados: uma mulher de 30 anos apresentava patologia associada (Hipertensão Arterial Sistêmica), controlada, em uso de tratamento medicamentoso; duas usuárias apresentaram anemia leve, sendo indicado tratamento com suplementos vitamínicos e oferecido métodos anticoncepcionais até corrigir a anemia. Foram esclarecidas todas as dúvidas do casal, assim como o compromisso de participar na consulta de seguimento.

Continuidade das ações

A intervenção continuará com a colaboração de toda a equipe de saúde para: organizar a busca ativa dos casais; incrementar o horário de consultas semanais, que inclui 4 horas a mais de consulta com o enfermeiro, para facilitar o acesso em horários e dias diferentes; solicitar recursos da Secretaria de Saúde, como: cartazes, folders, folhetos, cartilhas, entre outros; aumentar a variedade de métodos anticoncepcionais disponíveis; continuar a pesquisa e a leitura de referências atualizadas.

Considerações finais

Até o momento, o desenrolar da intervenção ainda está no início, de forma que ainda não é possível estimar o impacto das ações implantadas. A continuidade das atividades permitirá estimar o alcance de um desfecho significativo.

Esses passos iniciais - que ampliaram o acesso, a atenção e a assistência aos casais, de forma planejada e sistemática - tornaram satisfatória a intervenção e encorajaram a equipe a continuar com o trabalho, feito em muito pouco tempo.

Existem muitos pontos a considerar, enquanto fragilidades, que incluem: o pouco conhecimento sobre o assunto; a falta de tempo; a falta de motivação e interesse por um setor da população-alvo; a falta de financiamento necessário para implementar as políticas sobre saúde reprodutiva no município e na área de saúde, entre outros.

Torna-se importante transmitir o conhecimento pessoa a pessoa de forma escalonada, de Médico e Enfermeiro ao resto da equipe e da equipe de saúde à população, sem perder a fé. Pouco a pouco será alcançado o objetivo fundamental de melhoria nos indicadores de saúde como, por exemplo, morbidade e mortalidade materno-infantil.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ORGANIZANDO ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA NA ESF CONQUISTA, EM BREU BRANCO (PA)

Introdução

O desenvolvimento cerebral e biológico, durante os primeiros anos de vida, depende da qualidade da estimulação que a criança recebe de seu ambiente: família, comunidade e sociedade. O desenvolvimento na primeira infância, por sua vez, é um determinante da saúde, do bem-estar e da capacidade de aprendizagem ao longo da vida. A conjunção desses dados aponta para o desenvolvimento da primeira infância como Determinante Social da Saúde (BRASIL, 2018; OMS, 2021).

De todos os Determinantes Sociais de Saúde, o desenvolvimento da primeira infância é o mais facilmente compreendido pelos líderes econômicos das sociedades, porque um melhor desenvolvimento da primeira infância não significa apenas melhoria da saúde, mas também a existência de uma força de trabalho mais produtiva e a redução de custos tanto na justiça criminal quanto em outros componentes da rede de seguridade social. As instituições fiscais e monetárias nos níveis nacional e internacional devem reconhecer que o gasto para melhorar o desenvolvimento da primeira infância é um investimento e deve, portanto, incorporá-lo em suas políticas (OMS, 2021).

Na região de atuação ocorreram grandes avanços na redução da mortalidade e morbidade infantil, usando intervenções baseadas em evidências e novos conhecimentos e tecnologias. No entanto, ainda conforme a OMS (2021), a exclusão social persistente, as desigualdades de gênero, classe e étnica e as desigualdades generalizadas têm efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento das crianças e constituem um dos maiores desafios da região.

As intervenções que protegem às crianças e promovem a máxima realização do seu potencial podem melhorar o desenvolvimento cognitivo e emocional, o que facilita o acesso ao emprego produtivo, uma maior mobilidade social e redução das desigualdades no futuro.

Destaca-se, segundo Villas Boas (2019), que: a taxa de mortalidade infantil no Brasil — medida pelo número de mortes antes de completar um ano de idade — foi de 12,4 a cada mil nascidos vivos no ano 2018, abaixo da taxa de 12,8 do ano anterior; e a taxa de mortalidade na infância — indicador que aponta a probabilidade de um recém-nascido não completar os cinco anos de idade — também recuou. Em 2017, 14,9 crianças de cada mil nascidas vivas não completavam cinco anos de idade. No ano 2018, a taxa foi de 14,4 por mil, baixa de 3,4%. É o que aponta a “Tábua de Mortalidade 2018”.

No cenário de atuação, a taxa de mortalidade infantil no município de Breu Branco é de 24,2 para mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade na infância no ano 2019 foi 18,3 por cada mil nascidas vivas, que representam valores acima da média nacional (FAPESPA, 2020). A área adscrita da Unidade de Saúde tem impacto nesse indicador, cujo valor pode ser diminuído

com um seguimento apropriado no pré-natal e nas avaliações adequadas e contínuas do crescimento e desenvolvimento da criança.

Portanto, os objetivos dessa intervenção foram: realizar o seguimento adequado em consulta de saúde da criança; aumentar o número de consultas de demanda programada; e identificar problemas de saúde - fundamentalmente no crescimento e desenvolvimento - de forma precoce, para tratá-los de forma adequada e estratificada, através de atendimento especializado ou não, segundo cada caso/situação.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção sobre o tema 'Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento', onde a população alvo foi: crianças desde o nascimento até os 5 anos de idade pertencentes a Unidade de Saúde da Família (USF) Conquista, localizada no bairro de mesmo nome, no município de Breu Branco (PA).

O território adscrito à USF Conquista, de porte tipo I, abrange uma população de 6430 habitantes do bairro Conquista e parte do bairro Liberdade. A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma técnica em saúde bucal e 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O período da intervenção foi desde o mês de março até o mês de maio 2021.

O primeiro passo foi revisar a bibliografia atualizada sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), feita por toda a equipe de saúde, e organizar a busca ativa de pacientes nessa faixa etária e com as características descritas para, em seguida, explicar aos tutores das crianças a importância do seguimento em consulta do crescimento e desenvolvimento da criança. Essa ação foi levada a cabo pelos ACS.

Por sua vez, foi organizado um horário de quatro horas de consultas médicas e de consultas de enfermagem semanais, que inclui uma atividade educativa antes do início das consultas, juntamente com a aferição de peso, estatura ou altura durante a triagem realizada pela técnica de enfermagem.

A média de tempo de consulta foi de 15 minutos, com avaliação integral à criança e a orientação os tutores, de acordo à faixa etária da criança, indicando exames complementares básicos e específicos, em caso de alguma alteração na avaliação, e encaminhamento à consulta especializada para os casos identificados que precisaram desse tipo de atenção.

Resultados

O universo (n) de estudo foi: 0 a 6 meses (25); 6 a 12 meses (37); 1 a 5 anos (271).

Foram feitas consultas médicas e consultas com o enfermeiro. De um total de 94 consultas de 0 a 5 anos, foram feitas 51 consultas no período de estudo o que representou 54% do total de consultas a realizar, incremento discreto comparado com os meses de fevereiro e março que foi de 49%.

A maior dificuldade foi na faixa etária de 1 a 5 anos, onde foram realizadas 19 consultas

de um total de 47 a fazer, o que representou 40,4%.

Não foram detectadas doenças graves ou alterações do crescimento e desenvolvimento nos casos avaliados/acompanhados.

Continuidade das ações

“A mais recente política voltada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Os eixos envolvem toda a rede de atenção à saúde, desde a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil. A rede de atenção à saúde da criança envolve: rede cegonha: pessoa com deficiência; urgência e emergência; atenção psicossocial; e doenças crônicas”(MACEDO, 2016, p.7).

As crianças e adolescentes até a idade de 15 anos (192 meses), devem ser atendidas de acordo com as normas e rotinas de cada serviço de saúde. A estratificação em ciclos de vida objetiva contemplar as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento até a chegada da puberdade (BRASIL, 2015; MACEDO, 2016).

Para dar continuidade nas ações, a equipe de saúde fará busca ativa em caso de falta de comparecimento às consultas e/ou outros procedimentos necessários, como imunização, coleta de exames e visitas domiciliares. Também será necessária uma atuação multiprofissional para averiguação de possíveis causas para a não adesão ao plano de cuidado, para acolhimento imediato de crianças em situação de risco, e para identificação precoce de sinais e sintomas de perigo. Assim, as ações poderão garantir a continuidade da atenção no território.

Considerações finais

“As ações e os serviços para a Atenção Integral à Saúde da Criança são coordenados pela Atenção Básica, a partir da avaliação do risco individual e coletivo”, observadas as especificidades previstas para crianças que necessitam de proteção especial (FIOCRUZ, 2021).

“Na composição da integralidade da atenção à saúde da criança na APS, com as ações de atenção à demanda espontânea e programática, também as ações de prevenção e promoção de saúde e vigilância em saúde no território constituem importante espaço de atuação”(FIOCRUZ, 2021).

Assim, conhecer a realidade epidemiológica da população de crianças da área de cobertura é importante para planejar intervenções coletivas nos determinantes de saúde relacionados a ela.

Um dos principais problemas enfrentados foi o não interesse ou a falta de tempo dos responsáveis legais pela criança para o seguimento adequado em consulta. Alguns usuários relataram que a distância entre a UBS e a residência é muito grande, sendo causa de desmotivação para ir à consulta programada. E outros usuários acharam desnecessário a ida para a consulta quando a criança não apresentava alguma condição ou doença, valorizando esse momento apenas em caso de agravos/doenças.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

ORGANIZANDO AS AÇÕES DE PREVENÇÃO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ESF CONQUISTA, EM BREU BRANCO(PA)

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente, e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida (com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária), além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral (MALTA *et al.*, 2013).

As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. As quatro principais DCNT são: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias. Elas possuem fatores de risco em comum e modificáveis, a saber: tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e o uso abusivo de álcool (WHO, 2011).

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesse território, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A equipe da atenção básica deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos) (BRASIL 2005).

Os objetivos dessa microintervenção, de certa forma, coincidem com os do Ministério da Saúde implementados na base da assistência sanitária: reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame

preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; encaminhar para serviço especializado todas as mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção sobre o tema prevenção e controle das DCNT, onde a população alvo foi a população de idade igual ou maior a 10 anos com fatores de risco de DCNT e pacientes portadores de DCNT, pertencentes à USF Conquista, localizada no bairro de mesmo nome, no município de Breu Branco, no Estado do Pará.

Foram utilizadas as seguintes estratégias para planejamento e execução da intervenção: roda de leitura a partir de levantamento bibliográfico atualizado; estimativa rápida; busca ativa de pessoas com DCNT; e planejamento de ações coletivas de educação e promoção de saúde.

Resultados

Foram realizados com a intervenção:

a) Estimativa rápida sobre a incidência e prevalência das DCNT, em particular a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Asma Brônquica, Doença pulmonar Obstrutiva Crônica, Câncer de Colo Uterino, Câncer de Próstata e Câncer de mama;

b) Pesquisa sobre os principais fatores de risco de essas doenças, fazendo medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico;

c) Incremento de ações em promoção à saúde (a importância da atividade física, alimentação saudável, redução do tabagismo e consumo de álcool, perda do peso, a coleta do PCCU, realização da mamografia, do toque retal em homens) realizadas nos espaços públicos, como escolas e igrejas e praças, ministrando palestras antes das consultas;

d) Parceria/colaboração com a secretaria de educação para criar espaço (local e horário disponível) para atividade física com professor(a) de educação física na área de saúde adscrita ao PSF;

e) Busca ativa (realizado pelas ACS) dos pacientes faltosos à consulta de seguimento, para controle em consulta; aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, facilitado pelo acesso gratuito dos medicamentos, bem como a simplificação das prescrições e a verificação do tratamento nas visitas domiciliares aos pacientes com DCNT não controlados, segundo os protocolos estabelecidos;

f) Atualização dos registros individuais, fazendo ênfase nos fatores de riscos e preocupações dos pacientes.

O trabalho visou as mudanças comportamentais, tais como: a realização de atividades físicas regulares, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a cessação do tabagismo; o

aumento de adesão ao tratamento medicamentoso; a identificação de forma precoce de doenças como câncer de mama, de colo de útero e prostático. Assim, espera-se a aquisição de um estilo de vida mais saudável, diminuindo a morbidade das DCNT e suas complicações para alcançar uma expectativa de vida maior.

Continuidade das ações

O trabalho de advocacia visa demonstrar que ações de promoção da saúde são factíveis e efetivas na redução da morbimortalidade das DCNT. A divulgação de iniciativas, principalmente junto aos gestores e membros dos conselhos de saúde é fundamental para criar consensos sobre a importância do investimento em prevenção. O estabelecimento de parcerias com outros setores governamentais e não governamentais também é imprescindível, visto que inúmeras das ações de promoção de saúde depende de decisões externas a esse setor.

Torna-se ainda importante o investimento avaliação de ações, programas e políticas de prevenção de DCNT, desenvolvendo parcerias com órgãos formadores e instituições de pesquisa. As avaliações frequentes são necessárias para cumprir a missão de reavaliar e corrigir os rumos do processo de trabalho.

Esta intervenção tem objetivos para alcance a longo prazo impossíveis de sucesso se não houver a capacidade de manutenção dessas ações de forma permanente, com a cooperação de todos os integrantes da equipe, dos pacientes e de suas famílias. Logo, o impacto do trabalho será visível em anos, mas a melhora do modo e estilo de vida serão palpáveis a curto prazo.

Considerações finais

Como o tratamento das condições crônicas requer a modificação de comportamentos e de estilos de vida cotidianos, é necessário enfatizar a função e a responsabilidade central do paciente e de sua família nos cuidados com a sua saúde.

Atualmente, tende-se a relegar o paciente à uma posição de passividade no cuidado, perdendo a oportunidade de exercer um efeito multiplicador do que ele pode fazer para promover a saúde pessoal. Portanto, o cuidado para as condições crônicas deve ser reorientado ao paciente e em seu ambiente familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso objetivou apresentar relatos críticos das microintervenções realizadas no posto de saúde Estratégia de Saúde da Família conquista, localizado no município de Breu Branco, no Estado do Pará - especificamente no âmbito do planejamento reprodutivo, na atenção à saúde da criança e nas ações de prevenção controle das doenças crônicas não transmissíveis.

A saúde da família abrange diferentes aspectos que são norteados pela prevenção de doenças, vigilância e promoção da saúde e integralidade do cuidado, assumidos no compromisso de profissionais capacitados que atuam diretamente na atenção da Atenção Primária em Saúde e na sua articulação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

A primeira intervenção enfatizou o planejamento familiar, visto que na ESF conquista se identificou um índice considerável de mulheres em período gravídico sem a orientação necessária sobre os cuidados no período pré-concepcional e nos meses finais e posterior à concepção.

As ações foram realizadas mediante análise do perfil dos casais e da formação teórica dos profissionais de saúde, que serviu de base para a orientação e participação em tais ações.

Como resultados finais, atenta-se para a necessidade do prosseguimento da ação de orientação de planejamento familiar para todas grávidas e casais, haja vista a inserção da unidade de saúde em uma área onde há pouca instrução escolar, social e de informações específicas.

As dificuldades encontradas foram relacionadas com a falta de motivação em buscar informações dos próprios participantes e, ainda, o desinteresse em participar das ações. Neste caso, os profissionais de saúde precisam arguir do seu dever de conscientizar e orientar quanto aos procedimentos cabíveis no planejamento familiar através, por exemplo, de palestras mensais, folders, campanhas ou visitas domiciliares.

A microintervenção sobre Saúde da Criança foi considerada de grande êxito, pois alcançou os objetivos de conscientização e orientação sobre o acompanhamento da família junto aos profissionais de saúde no desenvolvimento das crianças, especificamente de 0 a 5 anos de idade.

Tendo por base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, as ações foram realizadas através de capacitações prévia da equipe afim de identificar os pontos principais descritos nessa política e que poderiam ser realizados no território. Posteriormente, foram realizadas consultas com as crianças, juntamente com seus tutores, pois sua participação foi de suma importância para o prosseguimento das ações em suas residências.

Como resultados, identificou-se a necessidade da implantação permanente da busca ativa dos familiares as rotinas de consulta, vacinas e realização de exames periodicamente, pois

tratava-se de uma responsabilidade conjunta dos pais com os profissionais de saúde quanto ao cuidado em saúde e outras necessidades da criança assistida, inclusive visando a identificação de crianças que poderiam se encontrar em situação de risco.

A terceira intervenção, sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, foi realizada com base na educação em saúde, pois se atentou com a organização de rodas de leitura e planejamento de ações coletivas de educação e de promoção em saúde. Como resultados, identificou-se a participação ativa dos sujeitos, sobre a importância de manter uma qualidade de vida ativa, com a mudança de hábitos alimentares e comportamentais, visando a manutenção de sua saúde.

Por fim, as ações realizadas resultaram na reflexão sobre a importância do reconhecimento da população alvo em suas necessidades e especificidades e à melhoria no atendimento. Tendo como princípio a promoção em saúde, as ações apontaram para a necessidade de maior acolhimento, de diálogo, de humanização e de intervenções que devem ser realizadas periodicamente.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> Acesso em 21 de julho de 2021.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. **Portaria GM n. 1130, de 5 de agosto de 2015**: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU. 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-a-Saude-da-Crian%C3%A7a.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2021.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 29 mai. 2021.

FAPESPA - Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas. **Anuário Estatístico do Pará**. 2020. Governo do Pará. 2020. Disponível em: <http://www.fapespa.pa.gov.br/menu/170>. Acesso em 21 de julho de 2021.

FIOCRUZ. **Organização da Atenção à Saúde da Criança**: PNAISC como orientadora das práticas. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

GOULART. Flavio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf> Acesso em 21 de julho de 2021.

KANTOROVÁ, V. et al. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. **PLoS Med.** v.17, n.2, e1003026.

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003026>. Acesso em 21 de julho de 2021.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

NACIONES UNIDAS. **The 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals: An opportunity for Latin America and the Caribbean. Goals, Targets and Global Indicators**. Nueva York: Naciones Unidas, 2019. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40156>. Acesso em: 02 abr. 2021.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Oficina Regional para as Américas**. 2021. OMS. Disponível em: <https://www.who.int/countries/bra/es/>. Acesso em: 29 mai. 2021.

VILLAS BOAS, B. **IBGE: Mortalidade infantil cai no Brasil, mas segue longe de padrão desenvolvido. Valor Econômico**. 2019. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/11/28/ibge-mortalidade-infantil-cai-no-brasil-mas-segue-longe-de-padrao-desenvolvido.ghtml>. Acesso em: 29 mai. 2021.

WHO. World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010** [internet]. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Acesso em: 29 mai. 2021.