



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

**RELATO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS COLÔNIA NO
MUNICÍPIO DE ITAÊTE (BA)**

ANA MARIA ALMANZA QUISPE

NATAL/RN
2021

RELATO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS COLÔNIA NO MUNICÍPIO DE
ITAÊTE (BA)

ANA MARIA ALMANZA QUISPE

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 Unidade Básica de Saúde "Colônia", no município de Itaetê, no Estado da Bahia, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: prevenir a gravidez precoce, organizar a atenção à saúde da criança e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no território. A realização dessas ações, de forma singular, foi de muito aprendizado, tanto pessoal como profissional, permitindo uma interação satisfatória entre a equipe de saúde e a população e também entre pacientes e familiares, buscando melhorar a qualidade de vida e de atendimento aos usuários com o meta de cumprir com as principais regras e/ou princípios básicos de saúde

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	06
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	09
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
6. REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

O município de Itaetê está localizado na região da Chapada Diamantina, no estado da Bahia e faz parte da microrregião de Seabra e da macrorregião de saúde centro-leste, na regional de saúde Itaberaba. Sua população, estimada pelo IBGE em 2018, era de 15.999 habitantes. O município conta com sete equipes de saúde da família, sendo elas três na área urbana (Sede, 25 de setembro, Canabrava) e quatro na área rural (Bananeiras, Colônia, Rosely e Rumo).

A rede de saúde, além da atenção básica, atualmente tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital de pequeno porte que, além de funcionar como maternidade, disponibiliza a realização das seguintes especialidades: fisioterapia e ultrassonografia, além de ter uma rede de regulação, condução e manutenção dos pacientes para tratamento fora do município. Também conta com uma farmácia popular.

O cenário de atuação é na Unidade de Saúde da Família (USF) Colônia onde, apesar de infraestrutura simples, conta com médico, enfermeira, técnico de enfermagem, vacinadora, recepcionista e seladora, seis agentes comunitários de saúde e dois agentes de epidemias. Também conta com o apoio de profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e CAPS. A unidade presta atendimento de demanda espontânea e referenciada de casos com difícil resolução para o hospital de itaete(BA).

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado na forma de três relatos de experiências que tiveram os objetivos prevenir a gravidez precoce, organizar a atenção à saúde da criança e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no território.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

CONTRIBUIÇÕES PARA PREVENIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA UBS COLÔNIA, EM ITAETÊ (BA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

A gravidez na adolescência é considerada a que ocorre entre os 10 e 20 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), envolvendo muito mais do que problemas físicos, pois há também problemas emocionais, sociais, entre outros. Diversos fatores concorrem para a sua ocorrência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, englobando o uso inadequado de contraceptivos.

Um dos mais importantes fatores de prevenção é a educação. Uma educação sexual integrada e compreensiva faz parte da promoção do bem-estar de adolescentes e jovens ao realçar a importância do comportamento sexual responsável, o respeito pelo(a) outro(a), a igualdade e equidade de gênero, assim como a proteção da gravidez inoportuna, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV, a defesa contra violência sexual incestuosa, bem como outras violências e abusos.

Foi identificado, na UBS colônia, em Itaetê (BA), um aumento de casos de gravidez nessa faixa etária, motivo pelo qual a equipe de saúde ficou motivada a ter mais atenção nas ações de prevenção, mas também verificar se nesse fenômeno existe influência tanto do âmbito familiar quanto da sociedade.

Portanto, o objetivo dessa microintervenção foi orientar, educar e desenvolver ações de prevenção para a gravidez na adolescência.

Metodologia

O formato de intervenção adotado foi para além das consultas individuais diárias nos adolescentes na UBS, por agendamento ou de maneira espontânea. Foram feitas palestras sobre os métodos contraceptivos, mediadas pelo Médico e pela Enfermeira. Foram convidados os adolescentes da faixa etária de 13 anos em diante, além dos pais ou pessoas interessadas no tema.

Resultados

A palestra teve informações sobre as definições e os tipos de métodos contraceptivos, pois se reconhecem dois grupos principais: os reversíveis, que são comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos (DIU), hormonais e os de emergência; e os definitivos, que são os cirúrgicos (esterilização cirúrgica feminina e masculina).

Os contraceptivos oferecidos normalmente na Unidade de Saúde são os métodos reversíveis (hormonais e de barreira): pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03

mg + levonorgestrel 0,15 mg); minipílula (noretisterona 0,35 mg); injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg); injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg); preservativos masculino e feminino (camisinha);

No caso de outros métodos, como o diafragma e o DIU, e os métodos definitivos (concepção cirúrgica: laqueadura/vasectomia), são realizados encaminhamentos com relatório médico para a Secretaria de Saúde para, posteriormente, ser avaliada e tratada com especialista.

Os contraceptivos orais e injetáveis e preservativo masculino são os métodos mais utilizados na rotina das nossas pacientes. Embora se tenha a disposição tais contraceptivos os jovens não usam de forma adequada, principalmente por falta de informação. Por tanto, a taxa de natalidade, principalmente entre adolescentes, aumentou significativamente.

No final da palestra, teve roda de perguntas e/ou de dúvidas com respostas aos participantes, além disso, foram apresentados os métodos contraceptivos disponíveis naquele momento na unidade e foi feito um lanche para descontrair e ter mais intimidade com os participantes, mesmo em época de pandemia, onde foram tomadas as diversas ações de proteção individual com uso de máscara obrigatória na unidade e álcool gel.

A atividade foi produtiva para a equipe de saúde pois foi observado que ainda tem adolescentes que precisam de informação mais explícita e de fácil explicação para a compreensão de tal tema, mesmo que já possua uma pequena noção, algumas de forma errada, por exemplo, de que o preservativo, além de prevenção de gravidez também é capaz de evitar a transmissão de doenças sexuais, até mesmo com informações sobre o primeiro ato sexual na vida do adolescente.

No início, a participação no grupo foi tímida, só ouvindo, mas, a partir da roda de perguntas os adolescentes se mostraram mais soltos, perguntando sem medo nem vergonha. Embora foi realizada com um pequeno grupo de adolescentes e outras pessoas (mais ou menos de 18 pessoas no total), a participação foi satisfatória, pois os próprios participantes aprovaram a palestra como educativa para eles e solicitaram a replicação da ação em outras oportunidades.

Portanto, ao final, a equipe percebeu a necessidade de realizar mais palestras com outros temas, especialmente para esse grupo, para uma boa circulação da informação sobre a saúde na adolescência, além da possibilidade de usar outros materiais, como vídeos, brincadeiras ou outros métodos para melhor compressão dos participantes.

Considerações finais

As dificuldades encontradas foram, no início, para convocação para a atividade onde alguns pais/mães não aceitaram a proposta indicando que os/as filhas/filhos ainda não estavam na idade para educação sexual, e no dia da palestra houve um número pequeno de participantes. Também ocorreu falta de materiais didáticos, sendo vídeos ou relatos e falta de

participantes que tem moradia distantes da unidade, em assentamentos, por falta de transporte, locais onde ainda se tem mais adolescentes e pessoas com pouca informação sobre o tema de educação sexual.

Enfim, observou-se que a iniciativa foi satisfatória, tanto para a equipe quanto para os participantes. Posteriormente foi definido que essas ações ocorreriam a cada mês, com a realização de uma ou duas palestras especialmente para adolescentes, sobre temas de relevância nessa faixa etária, com solicitação de materiais didáticos, que sejam de fácil compreensão para o público alvo.

Também foi planejado a participação integrada, em ações futuras, de outros profissionais de saúde, como Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico, entre outros.

Para cumprir com um dos principais pilares da saúde que é a boa saúde na adolescência, foi pensado realizar, juntamente com a Secretaria de Educação, essas palestras sobre educação sexual para os adolescentes nas escolas do território, previamente solicitando autorização aos pais de família para tal atividade com fim de evitar algum tipo de confusão. Assim, espera-se conseguir os objetivos propostos e ter bons resultados a médio e longo prazo com essas atividades.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS COLÔNIA, EM ITAETÊ (BA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

No acompanhamento regular do Crescimento e Desenvolvimento, o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Esse calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada. Algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2013).

Adotar medidas para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis significa garantir um direito da população e cumprir uma obrigação do Estado. A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional das crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, invariavelmente afetam o crescimento infantil (ONIS, 1993).

Na UBS de Colônia o atendimento de puericultura é realizado especificamente no dia de quinta feira, agendada, e também era realizada de forma espontânea todos os dias, de segunda a sexta feira, primeiramente com a enfermeira, para observação e registro das medidas antropométricas, caderneta de vacinação, alimentação, e queixa principal da criança e/ou entre outros.

Para os casos onde se precisava de consulta medica, essa era feita no mesmo dia, sendo que, caso tenha vaga, era remarcada para o outro dia, mas sempre tentando resolver durante o máximo de tempo possível.

Também era realizada a avaliação do recém-nascido (RN) e puérpera, em domicilio, pela enfermeira e pelo ACS, durante a primeira semana de vida, com o objetivo de orientar os cuidados e riscos intra-domiciliares do RN e da puérpera, nessa semana, e aconselhar para levar na unidade para a avaliação medica e a realização dos testes do RN.

Após os dois primeiros meses de atuação na UBS, houveram reuniões com a equipe de saúde e com os ACS para destacar as dificuldades e falhas que aconteciam, para melhorar o atendimento do público alvo. Foi percebido que a maioria das mães ou tutores das crianças não tinham conhecimento suficiente sobre a importância do acompanhamento de rotina de puericultura (dita anteriormente no calendário de consultas), especialmente as mães de primeiros filhos. Assim, a equipe decidiu realizar uma microintervenção para promover ações educativas sobre a saúde infantil e importância da puericultura para a saúde das crianças.

Metodologia

Decidiu-se realizar palestras educativas para os responsáveis e/ou pais das crianças utilizando como tema a importância do acompanhamento regular das consultas com o objetivo para melhorar o atendimento na unidade. Para tal, foi utilizada como material didático principal a caderneta de saúde da criança apresentando o conteúdo de forma geral, pois várias mães nem sequer olharam uma vez a caderneta. Assim, o desenvolvimento também deverá ser anotado na caderneta e ambos, crescimento e desenvolvimento, seriam mostrados aos pais e ou cuidadores.

Resultados

A caderneta constitui, portanto, uma das políticas de saúde da criança e é distribuída gratuitamente para todas as crianças nascidas no território brasileiro, existindo uma versão para a menina e outra para o menino, em função das suas especificidades distintas no crescimento e desenvolvimento.

O conteúdo da caderneta apresenta os direitos da criança e dos pais, as orientações sobre registro de nascimento, a amamentação e a alimentação saudável, a vacinação, o crescimento e desenvolvimento, os sinais de perigo de doenças graves, a prevenção de acidentes e violências, entre outros. Vê-se, ainda, o calendário de consultas, a primeira e as subsequentes, os marcadores de crescimento e desenvolvimento, e a classificação da criança segundo risco.

O convite para participação na palestra foi realizado com antecedência de uma semana pelos agentes comunitários de saúde, para toda a comunidade alvo da região, incluindo aqueles que moram em locais mais afastados, onde tem crianças.

A atividade foi realizada uma quinta-feira pela manhã, exclusivamente, no dia de atendimento de puericultura. A ação teve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde em disponibilizar materiais didáticos como bonecas, fichas educativas, cadernetas, além de transporte para as famílias de localidades afastadas.

A primeira palestra educativa foi feita por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, educador físico, e psicólogo. Ao final da palestra, houve roda de perguntas e de dúvidas onde se teve uma boa participação e interação entre os convidados e a equipe de saúde.

E, no final, a despedida foi feita com um lanche interativo entre brincadeiras e risadas por todos, portanto a atividade foi satisfatória para a equipe, pela participação da população com a aceitação de maneira simples e educativa do conteúdo da caderneta, assim como a participação dos profissionais para realizar uma atividade divertida e de fácil explicação para o público alvo.

Considerações finais

As dificuldades visualizadas foram mais na parte estrutural da unidade, por ser pequena para um público participante maior.

Os resultados foram percebidos com o passar das semanas onde se teve um maior número de consultas no dia de puericultura, com acompanhamento regular das crianças.

A palestra foi mantida em toda primeira quinta-feira do mês, embora as vezes só com a participação de alguns profissionais e já com o público menor, mas tendo bons resultados em cada final de atividade.

Atualmente, após a chegada da pandemia, as palestras foram suspensas, mas a informação e atualização de forma individual nas consultas no dia da puericultura continuam ou em qualquer dia da semana de forma espontânea, com o objetivo de realizar um bom atendimento pediátrico.

A equipe de saúde se encontra esperançosa para a retomada das ações educativas, sempre com os cuidados necessários para a proteção da equipe e dos usuários.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

CONTRIBUIÇÕES PARA PREVENIR AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UBS COLÔNIA, EM ITAETÊ (BA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional resultou em um aumento das prevalências de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT (doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, neoplasias, obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras) são consideradas problemas de saúde pública no mundo. Sua etiologia é complexa e envolve fatores de risco não modificáveis (genética, sexo e idade) e modificáveis (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de bebidas alcoólicas). (SCHMIDT et al., 2011).

Entre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica estão: processo de transição demográfica (queda nas taxas de fecundidade e natalidade, aumento na expectativa de vida, progressivo aumento na proporção de idoso); transição nutricional (diminuição expressiva dos índices de desnutrição, maior acesso a alimentos em geral, mecanização da produção e aumento da produção de alimentos, globalização de hábitos alimentares pouco saudáveis, aumento do número de pessoas com excesso de peso; Crescimento da renda, industrialização, desenvolvimento econômico e social (expansão do saneamento básico, resolução dos principais problemas infecciosos de saúde pública, melhor acesso aos sistemas de saúde); Hábitos de vida relacionados à urbanização (consumo de cigarros, uso de drogas ilícitas, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo). (SCHMIDT et al., 2011).

Além da mortalidade, as DCNT apresentam forte carga de complicações relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações e perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. Desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade. A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

“No Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas são portadoras de HAS, sendo 35% constituídas de indivíduos com 40 anos e/ou mais. Estimativas da Organização Mundial de

Saúde inferem que o número de portadores da HA em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025” (ASSIS, 2012, p.02).

“O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e se constitui em um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Nos anos 2000, havia 151 milhões de pessoas com DM em todo o mundo. Em 2015, o número total de pessoas com diabetes já chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8%. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa devido ao custo econômico associado à doença. Se a epidemia global de DM continuar aumentando, haverá, muito provavelmente, um crescimento maciço das despesas de saúde nos próximos anos. Atualmente, cerca de 12% das despesas globais em saúde já são atribuídas ao cuidado das pessoas com diabetes e suas complicações” (LACERDA, 2018, p.01).

Na UBS da colônia já seguem alguns planos e/ou atividades de prevenção das DCNT, sendo várias atividades voltadas, principalmente, para a promoção e prevenção das DCNT.

Existem as consultas agendadas especificamente para essa população alvo com atendimento nos dias de segunda e quarta-feira, duas vezes por semana da semana, pela manhã e tarde, além de consulta de forma espontânea, onde são realizadas a triagem com a enfermeira e técnica de enfermagem, medidas de Pressão Arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas, revisão de caderneta de hipertenso ou de diabetes com as receitas, se estiver ou não atualizadas, avaliação no uso correto das medicações e entre outras, com posterior avaliação medica se necessário ou até transferência para unidade hospitalar dependendo do caso.

Finalmente os pacientes já saem da unidade com a consulta de retorno marcada a cada 15 dias ou mensal. Nos casos de acamados ou em situações de difícil acesso na unidade, são realizadas as visitas domiciliares marcadas quinzenal ou, em casos mais urgentes, no mesmo dia após a solicitação.

Embora a unidade tenha número alto de pacientes com DCNT, ainda observa-se dificuldade para a compreensão do uso adequado das medicações ou abandono dos tratamentos medicamentosos, e a importância deles para prevenção, falhas na mudança de hábitos do estilo de vida, para evitar futuras complicações severas e até mesmo a morte.

Desenvolvimento

Nessa direção, todos os meses são feitas reuniões com a equipe de saúde, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde, sobre os problemas relatados e com a intenção de formular alguma medida ou atividade para realizar a cada mês com o intuito de melhorar o atendimento, diminuir o risco de complicações e, principalmente, informar aos pacientes e aos familiares sobre o estado de saúde dos mesmos.

Nesse contexto, foi feita de forma global uma atividade coletiva chamada Feira da Saúde (trimestral) com ajuda da Secretaria de Saúde e de outros profissionais, entre eles,

nutricionista, educador físico, psicólogo, dentista, onde houve: palestras educativas, avaliação médica, odontológica, nutricional, realização de exames laboratoriais de rotina (hemograma, glicemia, sumário de urina), realização de ECG, e marcação para avaliação com especialista, agendada para atendimento em centro de referência e, caso alguma situação exigia precisar de avaliação mais específica e imediata, a pessoa era encaminhada para o hospital e/ou marcação para retorno na unidade na semana seguinte, para controle. Havia também ações na área de lazer com alimentação saudável e atividades de fácil execução com ajuda do educador físico e do nutricionista.

Considerações finais

As dificuldades observadas aconteceram durante o início das atividades por demora da chegada de alguns pacientes, onde naquele dia teve até queda de energia, que prejudicou a realização do ECG, bem como dificuldades na organização por ordem de chegada, entre outros problemas estruturais ou de logística. Entretanto, durante a atividade propriamente dita, houve boa aceitação por parte da população com participação em diferentes atividades, com pacientes e familiares interagindo junto com a equipe de saúde, esclarecendo dúvidas em geral. No final a população se mostrava satisfeita com a feira de saúde e solicitaram que a mesma fosse realizada de forma regular e não apenas pontual.

As mudanças foram observadas no transcurso das semanas onde os familiares apresentaram maior interesse na saúde dos pacientes, que tiveram melhor aceitação da própria doença no âmbito familiar e na sociedade, assim como o melhor uso das medicações por parte dos doentes e um maior número de pessoas, especialmente maiores de 40 anos, realizando caminhadas na região. Atualmente, devido à pandemia da Covid-19, as aglomerações foram suspensas, mas, mesmo assim, foram realizados encontros em grupo de prioridades executando as diferentes atividades com um menor grupo de pessoas, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas durante a realização das microintervenções trouxeram vários pontos positivos e negativos que puderam ajudar para melhorar o acolhimento, atendimento, e tratamento aos usuários da UBS de Colônia, do município de Itaetê, Bahia.

Entre dos pontos negativos, de forma geral, tem-se uma UBS de estrutura pequena, simples e com limitados materiais didáticos para apresentações, a maior parte feitas com improvisações. Além disso, dificuldades na organização das atividades, falta de participantes, principalmente aqueles com moradias em assentamentos, por falta de transporte.

A unidade não possui equipe de saúde bucal, nem setor de laboratórios, o que impossibilita realizar uma melhor qualidade de saúde de forma mais completa. Outra situação desfavorável é a demora em atendimento dos especialistas (marcação e tratamento) em centros de referência, falta de transporte apropriado (ambulância) para a locomoção de pacientes da UBS até o hospital.

Sobre os pontos positivos, houve aceitação e satisfação tanto da equipe de saúde como da população sobre as diversas atividades realizadas, mostrando mudanças no transcurso do tempo após as atividades, como maior número de atendimentos nas consultas, maior participação dos familiares, diminuição das gestações e diminuição da incidência de doenças sexualmente transmissíveis e melhor controle das doenças crônicas.

A realização desse Trabalho de Conclusão de Curso, em forma particular, foi de muito aprendizado, tanto pessoal como profissional, e finalmente, permitiu uma interação satisfatória entre a equipe de saúde e a população para uma melhor qualidade de atendimento em forma geral aos usuários da unidade de saúde.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1.949-1.961, 2011.