



**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 – PEPSUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Mudança no Estilo de Vida**  
**Macaíba / RN**

**SENEJAD ARIADNE MORAIS PEREIRA**

---

**NATAL/RN**  
**2018**

---

---

SENEJAD ARIADNE MORAIS PEREIRA

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.

**TÚLIO FELIPE VIEIRA DE MELO**

---

Dedico a realização deste trabalho , primeiramente a deus por ter aberto a minha mente para que com sabedoria pudesse ajudar e criar as microintervenções que no meu território se fizeram eficazes; logo agradecer também a minha família por todo o apoio de sempre e confiança em tudo que faço , assim bem como o noivo, por entender as varias horas que me pegava redigindo meu TCC.

---

Agradeço a deus , minha família e meu noivo Ivan . Assim bem como ao meu orientador Túlio Felipe Vieira De Melo, que com sua paciência ,sempre esteve disposto a me ajudar e orientar .

---

---

## **RESUMO**

Neste trabalho tivemos como prioridade abarcar da melhor forma ,uma mudança contextual da rotina de vida das pessoas .Usamos como base as duvidas e queixas mais frequentes dos pacientes e a partir daí montamos cada intervenção mediante a necessidade de cada grupo em questão. Conseguindo assim uma mudança nos hábitos diários dos pacientes para sua melhor qualidade de vida .

Palavras Chaves: Mudança nos hábitos; qualidade de vida.

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	
MICROINTERVENÇÃO I.....	
MICROINTERVENÇÃO II.....	
MICROINTERVENÇÃO III.....	
MICROINTERVENÇÃO IV.....	
MICROINTERVENÇÃO V.....	
MICROINTERVENÇÃO VI.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERENCIAS .....	
APENDICE.....	
ANEXOS.....	

---

---

## APRESENTAÇÃO

Iniciamos nossas intervenções baseadas nas queixas principais dos pacientes que chegavam em ambos os consultórios (médico e de enfermagem). Em sua grande maioria os pacientes advindos da clínica médica. Realizamos uma reunião e pontuamos o que de fato seria efetivo para mudar a realidade do que os pacientes nos pediam, entretanto também sendo as microintervenções multidisciplinares.

Junto a equipe atuante na cidade de Macaíba/RN na ESF de Loteamento Esperança criamos as 6 microintervenções, a qual em sua grande maioria com resposta positiva dos pacientes. Algumas microintervenções tiveram um impacto maior na vida dos pacientes, conseguindo mudar o contexto diário que o mesmo se encontrava inserido. A melhoria de uma forma geral da qualidade de vida dos pacientes tão como a grande acessibilidade a unidade de saúde facilitou e evoluiu de forma progressiva gerando na comunidade um feedback positivo para com as microintervenções que eram ali realizadas.

Conseguimos gerar um efeito “avalanche” na comunidade em que atuamos, onde os outros pacientes viam a evolução favorável dos seus vizinhos e colegas, e logo em seguida já se sentiam confortáveis a aderir tal mudança, outro atrativo e diferencial foi a forma de acolher, onde todos os esclarecimentos eram realizados de forma prática e rápida. Desta forma me sinto a vontade para explanar e descrever sobre cada microintervenção descrita no decorrer do tcc.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Mudança no Estilo de Vida - MEV**

Para a identificação dessas fragilidades convocou-se uma reunião, com todos os membros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Traíras, município de Macaíba/RN, com o objetivo de realizar uma autoavaliação crítica e reflexiva de todo o processo de trabalho da equipe. Para isso, utilizou-se como instrumento o manual de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ). Na reunião pode-se discutir acerca das dimensões e subdimensões do AMAQ, produzindo uma escala avaliativa onde os pontos mais frágeis, com pontuação igual ou inferior a 5, seriam analisados criteriosamente.

Na análise da realidade em nossa comunidade e área de abrangência pode-se perceber uma demanda de pacientes com descontinuidade da linha de cuidado referente ao sobrepeso e obesidade. Sendo esse tema escolhido para a construção de nossa matriz de intervenção. “A obesidade apresenta etiologia multifatorial destacando-se como fatores de risco passíveis de modificação a alimentação não saudável e a inatividade física. No tocante à alimentação, modificações importantes têm sido observadas na dieta dos brasileiros nos últimos anos, com destaque para o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados e redução daqueles minimamente processados como frutas, verduras e legumes” (CESAR, 2012, p.452.).

Pode-se perceber também que muitos desses usuários se perdem na rede, uma vez que a grande maioria destes apenas realizavam exames complementares e tentavam realizar “dietas” as quais não conseguiam cumprir e não retornavam às consultas. No entanto, não basta apenas encaminhar para a nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), ou ainda tentar convencê-los a mudar os hábitos, é necessário reestabelecer metas e elaborar planos de cuidados direcionados a cada paciente.

Buscando alcançar essa meta, foi formado um grupo - com pacientes que se enquadram em tais características - e o inserimos em um programa já existente no nosso município, “Macaíba na Medida”, que conta com a atuação frequente da nutricionista, psicóloga e educador físico do NASF. Esse grupo tem objetivo de realizar uma mudança de hábitos de vida desses pacientes e será acompanhado a cada mês em reuniões pré-determinadas para abordagem de temas relacionados a alimentação saudável, hábito da



---

prática de exercício físico e acompanhamento médico e de enfermagem e dos demais profissionais que irão compor o projeto.

O grupo é composto por homens e mulheres entre 20-45 anos , valendo destacar a participação de um dos ACS e da enfermeira, onde todos relatam a prática incorreta da alimentação e da inatividade física. Na primeira reunião realizou-se a coleta de dados básicos sobre as pacientes como:

- Quais suas queixas principais ?
- O quanto a elevação do peso esta afetando sua saúde física e mental ?
- Se a motivação do grupo iria ajudá-los?
- Aplicado a mudança no estilo de vida (MEV) e acompanhamento da perda de peso saudável e consciente de forma correta junto a ESF seria prosseguida mesmo ao final do grupo?

Realizou-se também uma demonstração aos pacientes junto aos profissionais do NASF com atividades educativas realizadas pelos mesmos.

Vale ressaltar que infelizmente uma das grandes fragilidades para realizar a intervenção é o mau costume dos próprios pacientes desacreditarem nos grupos realizados e acharem que apenas consultas individualizadas com os profissionais resolvem todos os problemas. Entretanto, no primeiro contato, mesmo que com pouca adesão no inicio espera-se que a motivação para realizar a MEV seja passada para os outros pacientes e que os mesmo possam se motivar a participarem do grupo. Espera-se ainda um aumento do numero de pacientes que queiram iniciar uma vida mais saudável e dar continuidade a essa linha de cuidado. Entretanto a empolgação dos que estão presentes no grupo é uma das grande potencialidades que os motiva de forma progressiva para um bom resultado.

Traça-se assim metas e planos em conjunto para efetivar a intervenção (tabela 1 e 2), sendo elas:

- Pesagem, medida e realização de Índice de Massa Corporal (IMC) de cada paciente;
- Solicitação de exames de rotina para identificar enfermidades associadas a elevação do peso;
- Reuniões mensais para relato dos pacientes;

- 
- Mensalmente será introduzido um tema contextualizado, ajudando-os a facilitar as técnicas dietéticas;
  - Introdução da prática de exercícios físicos junto ao educador físico do NASF;
  - Realização de atividade física em grupo em cada reunião junto a pesagem mensal e relato de melhoria após adesão ao MEV.

A estratégia adotada por nós é a recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) que, de uma forma generalizada, se propõe a diminuir riscos e prejuízos de ordem biológica e psicossociais quando associados a comportamentos e práticas indevidas que causam de risco à saúde, sem exigir a eliminação de tal comportamento para que a oferta de cuidado aconteça. O objetivo principal é respeitar as escolhas e formas em que os pacientes se comportam, por exemplo: propor para pacientes que compõem o Hiperdia (Hipertensos e Diabéticos) formas novas de ingestão de açúcar e sal, ou a introdução de novos hábitos de vida no dia a dia do paciente que possam evoluir e facilitar o manejo do quadro clínico no decorrer do tratamento.

Foi idealizado e realizado um cartão para acompanhamento regular dos pacientes em cada reunião, para que como equipe multiprofissional possamos avaliá-los de forma ampla. No cartão contam as seguintes informações: data, peso, IMC, circunferência abdominal e pressão arterial. Esse cartão servirá de base para construir um instrumento de registro e acompanhamento de indicadores de saúde, que terá o objetivo de avaliar e rastrear o risco de evento cardiovascular dos usuários que estão no grupo de obesos e sobrepeso. Tabela 3.

A microintervenção foi uma experiência exitosa para a equipe. Com ela, pode-se realizar uma avaliação de toda a equipe e unidade de saúde, discutindo ponto a ponto as potencialidades e fragilidades do processo de trabalho. Assim, tivemos a oportunidade de traçar estratégias com o intuito de minimizar tais fragilidades e de potencializar os pontos positivos. No processo de construção da microintervenção, nos deparamos com muitos obstáculos como a falta de materiais e estrutura, mas o comprometimento da equipe estimulou a construção das ações. Sendo assim, com a manutenção do processo autoavaliativo, a equipe poderá conhecer melhor as necessidades do serviço.

**Tabela 1.** Descrição das ações.

<b>Estratégias para alcance dos objetivos e metas</b>	<b>Atividades a serem desenvolvidas</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>	<b>Mecanismo de avaliação de resultados</b>
Realização de reuniões mensais para pesagem, medição, calculo de IMC e redução de danos a saúde. Junção do Macaíba na medida ao MEV.	Reuniões mensais Introdução da alimentação saudável Pratica de exercícios físicos	Balança de ate 150kg Fita métrica Esfignomonometro Estetoscópio Cartão MEV do usuário para seu controle próprio Calculadora.	Conscientizar uma melhor qualidade de vida, com hábitos mais saudáveis. Perca de peso adequada. Adequação de alimentação. Pratica de atividade física.	Médica da ESF. Enfermeira ESF Psicologa Nasf Nutricionista Nasf Educador Fisico Nasf	Mensal. Total de 6 reuniões ate a conclusão do projeto.	Planilha de avaliação para resultados e progressão.

**Tabela 2.** Acompanhamento das ações.

	<b>Planejamento</b>	<b>Troca de alimentos de forma consciente?</b>	<b>Prática de atividade física regular?</b>	<b>Ingeriu água corretamente?</b>	<b>Sintomas patológicos?</b>	<b>Como esta o Sono?</b>	<b>Diuresis / Catarsis?</b>
<b>1ª Reunião</b>							
<b>2ª</b>							

<b>Reunião</b>							
<b>3ª Reunião</b>							
<b>4ª Reunião</b>							
<b>5ª Reunião</b>							
<b>6ª Reunião</b>							

**Tabela 3.** Instrumento de registro e acompanhamento do indicador.

Data	Peso	Circunferência Abdominal	IMC (Índice de Massa Corporal)	Pressão Arterial

## **CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

Realizar uma escuta qualificada e de qualidade, é de grande valia para os profissionais de saúde, tanto para com os usuários da unidade básica. Assim sendo estamos

---

em uma fase adaptativa para implantação e reformulação de uma nova forma de acolhimento ao paciente, tanto da demanda espontânea, quanto da demanda agendada.

Para os pacientes pertencentes a demanda espontânea, estamos qualificando a escuta e melhorando a compreensão do que é necessário a ser resolvido naquele determinado momento, essa escuta inicial é realizada pela técnica de enfermagem, logo pela enfermeira em caso de ausência de ambas, pela médica. Entretanto para os pacientes pertencentes a demanda agendada, reformulamos a entrega de “fichas”, onde antes se realizava uma vez por semana. Agora dividimos o total de atendimentos para clínica médica e fracionamos por dias. Onde assim o paciente tem a disposição de se adequar a qual dia lhe convêm comparecer a unidade de saúde para realizar sua consulta. Gerando assim uma satisfação dos pacientes ali atendidos, e uma rotatividade maior de pacientes , tendo em vista que o paciente agora tem a oportunidade de se adequar as suas atividades cotidianas e ao mesmo tempo cuidar de sua saúde.

Temos pontos baixos em nossa intervenção, pois ainda não conseguimos retirar por completo a entrega as tão temidas “fichas”, gerando assim uma acumulo de pessoas na porta da unidade básica pela madrugada arriscando suas vidas. Outro ponto importante, seria a capacitação das nossas ACS, para também estarem realizando essa triagem em nossas áreas. Aumentando assim o acesso dos usuários a UBS.

A organização da população adscrita pertencente a unidade básica de saúde, se correlaciona com a forma em que o paciente é recebido e acolhido dentro da sua unidade de origem. Muitas vezes lutamos contra invasões de pacientes pertencentes as outras unidades de saude, porém eles relatam que não se sentem acolhidos e bem informados em sua unidade como na nossa. Muitas vezes o que falta é a adequação da fala para com o outro, é saber escutar o que o outro precisa relatar, sem questioná-lo.

Já implantado e com sucesso, o paciente pertencente ao cuidado programado e continuado já sai da sala do atendimento, passa pela recepção e ja agenda seu retorno com sua data previamente estabelecida ali naquele instante. Outro ponto alto que vale a pena destacar é a introdução de um dia para análise de exames, onde os pacientes não precisam pegar fichas para apenas mostrar seu exame ao médico. O usuário dirige-se ao balcão da recepção onde encontra-se a técnica com o livro de marcação de análise de exames, o paciente ali estabelece uma data que seja mais cômodo para ele dentro dos prazos preestabelecidos pela unidade.

---

Em reunião com a nossa equipe, decidimos realizar um levantamento de opiniões, sobre a forma melhor de retirar a entrega das fichas e conscientizar os pacientes que a escuta qualificada seria a melhor forma de acabar com as filas noturnas. Capacitar os ACS para realizarem salas de espera dentro da unidade também é um ponto que almejamos, os mesmo poderiam abordar temas comuns e cotidianos que iriam esclarecer muitas dúvidas dos pacientes que se encontram ouvintes naquele momento.

Sabe-se que infelizmente o fator cultural interfere com muito em nosso meio e isso leva a más práticas da população. Estamos preso a uma mente primitiva, onde o paciente crer que se ele consegue uma “ficha” ele está assegurando seu acesso a consulta médica. Sendo que em sua grande maioria, são problemas relacionados a falta de informação adequada e orientação sobre a saúde ou ainda a forma de funcionamento do posto de saúde.

---

### **CAPÍTULO III: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

Realizar uma escuta qualificada e de qualidade, é de grande valia para os profissionais de saúde, tanto para com os usuários da unidade básica. Assim sendo estamos em uma fase adaptativa para implantação e reformulação de uma nova forma de acolhimento ao paciente, tanto da demanda espontânea, quanto da demanda agendada.

Para os pacientes pertencentes a demanda espontânea, estamos qualificando a escuta e melhorando a compreensão do que é necessário a ser resolvido naquele determinado momento, essa escuta inicial é realizada pela técnica de enfermagem, logo pela enfermeira em caso de ausência de ambas, pela médica. Entretanto para os pacientes pertencentes a demanda agendada, reformulamos a entrega de “fichas”, onde antes se realizava uma vez por semana. Agora dividimos o total de atendimentos para clínica médica e fracionamos por dias. Onde assim o paciente tem a disposição de se adequar a qual dia lhe convém comparecer a unidade de saúde para realizar sua consulta. Gerando assim uma satisfação dos pacientes ali atendidos, e uma rotatividade maior de pacientes , tendo em vista que o paciente agora tem a oportunidade de se adequar as suas atividades cotidianas e ao mesmo tempo cuidar de sua saúde.

Temos pontos baixos em nossa intervenção, pois ainda não conseguimos retirar por completo a entrega as tão temidas “fichas”, gerando assim uma acumulo de pessoas na porta da unidade básica pela madrugada arriscando suas vidas. Outro ponto importante, seria a capacitação das nossas ACS, para também estarem realizando essa triagem em nossas áreas. Aumentando assim o acesso dos usuários a UBS.

A organização da população adscrita pertencente a unidade básica de saúde, se correlaciona com a forma em que o paciente é recebido e acolhido dentro da sua unidade de origem. Muitas vezes lutamos contra invasões de pacientes pertencentes as outras unidades de saude, porém eles relatam que não se sentem acolhidos e bem informados em sua unidade como na nossa. Muitas vezes o que falta é a adequação da fala para com o outro, é saber escutar o que o outro precisa relatar, sem questioná-lo.

Já implantado e com sucesso, o paciente pertencente ao cuidado programado e continuado já sai da sala do atendimento, passa pela recepção e ja agenda seu retorno com sua data previamente estabelecida ali naquele instante. Outro ponto alto que vale a pena destacar é a introdução de um dia para análise de exames, onde os pacientes não precisam

---

pegar fichas para apenas mostrar seu exame ao médico. O usuário dirige-se ao balcão da recepção onde encontra-se a técnica com o livro de marcação de análise de exames, o paciente ali estabelece uma data que seja mais cômodo para ele dentro dos prazos preestabelecidos pela unidade.

Em reunião com a nossa equipe, decidimos realizar um levantamento de opiniões, sobre a forma melhor de retirar a entrega das fichas e conscientizar os pacientes que a escuta qualificada seria a melhor forma de acabar com as filas noturnas. Capacitar os ACS para realizarem salas de espera dentro da unidade também é um ponto que almejamos, os mesmo poderiam abordar temas comuns e cotidianos que iriam esclarecer muitas dúvidas dos pacientes que se encontram ouvintes naquele momento.

Sabe-se que infelizmente o fator cultural interfere com muito em nosso meio e isso leva a más práticas da população. Estamos preso a uma mente primitiva, onde o paciente crer que se ele consegue uma “ficha” ele está assegurando seu acesso a consulta médica. Sendo que em sua grande maioria, são problemas relacionados a falta de informação adequada e orientação sobre a saúde ou ainda a forma de funcionamento do posto de saúde.



---

## **CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Este relato descreve a microintervenção sobre saúde mental na ESF Loteamento Esperança, pertencente a cidade de Macaíba/RN

Realizei uma reunião com a minha equipe de saúde, disponibilizei em minha agenda de consultas médicas um dia próprio para atender os pacientes da saúde mental. O paciente ali se dirige a sua consulta previamente já agendada em meu consultório, destino apenas cinco atendimentos para esse público, pois os mesmos precisarão de uma escuta competente e completa com uma média de tempo por consultas de 40 minutos a 1 hora. Realizar o entrelace com o paciente de uma terapêutica é de grande valia para a atenção psicossocial totalitária.

Organizei junto a minha equipe uma estimulação a realizar uma atividade terapêutica para os pacientes que ali mostrassem interesse em participar. Estimulamos a terapia ocupacional para que os pacientes ocupassem sua mente com bons pensamentos, ou que mesmo dessem um descanso para aquelas mentes que se encontrassem "hiperpensantes". De forma individual em suas consultas, perguntava um por um que coisas os faziam sentir-se relaxados? E de forma espontânea muitos me responderam assim: “ doutora, muitos anos atrás minha mãe me ensinou a fazer croché!” E a partir desses pequenos relatos dessa natureza entre várias consultas, decidi que em cada consulta de rotina iria pedir para que eles me trouxessem algo que tivessem produzido nesse intervalo de tempo entre as consultas de rotina.

Nas consultas seguintes para minha surpresa e alegria, os pacientes me trouxeram, vestidos, tapetes, florzinhas todas feitas por elas entre aquele espaço de tempo entre uma consulta e outra. Um chegou a me relatar que toda vida que estava desanimada, chorosa ou com pensamentos pessimistas sobre a vida, sentava-se em seu sofá e se colocava horas a realizar seu artesanato e que muitas vezes quando se dava conta já estava na hora de deitar-se. Ou seja, a paciente passou a ocupar sua mente, motivando-se a realizar seu artesanato para mostrar que “SIM” ela tinha conseguido atingir a meta de trazer para mostrar a doutora sua obra prima.

Dentre essas experiências vividas dentro da unidade podemos tirar como pontos positivos a adesão de mais pacientes se automotivando, realizando sua própria terapia e conseqüentemente tendo uma melhora significativa de seus quadros de saúde mental.

---

Em contra partida encontramos uma grande dificuldade pela parte dos homens a aceitarem e se motivarem a realizar uma terapia própria. Pode-se destacar apenas uma adesão masculina a tal realização dos artesanatos. O paciente decidiu realizar trabalhos com madeiras como sofás de pallet, cabeceiras de cama e estantes.

Podemos ainda considerar que a saúde mental junto a atenção psicossocial ainda está em um processo construtivo. É importante não deixar de enfatizar a participação constante dos acompanhantes dos pacientes em situações mais delicadas, pois os mesmos são de suma importância para a colaboração, estimulação e evolução do paciente, onde eles fazem o elo de ligação entre a convivência e o cuidado diário para com o médico que ali estará em acompanhamento do tratamento. O acompanhante se faz com um elo que permite novas formas de sociabilidade. Para tanto e não menos importante, devemos enfatizar a grande participação e atuação da psicóloga que muitas e muitas vezes abre sua agenda além do programado para receber os pacientes que se encontram com necessidades mais delicadas e que necessitam de uma resolução mais imediata.

Tal trabalho se faz como uma ação necessária para que possamos também trabalhar em conjunto com o médico especialista e o médico da unidade básica, assim bem como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) seu usuário e seu acompanhante, amenizando e fortalecendo as relações e as sincronizando-as, promovendo assim uma promoção de saúde também fora do espaço institucional.

---

## **CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**

Realizar um acompanhamento adequado e contínuo a uma criança é um fator determinante para o desenvolvimento progressivo mental e físico. Orientações quanto a nutrição e estímulos mentais é importantíssimo para evolução do recém nascido, criança e adolescente. Sabe-se que os fatores genéticos exercem grande influência sobre a criança como um todo. Assim, bem como a participação ativa da família para realizar o incentivo e estimulação diária (AVEJONAS, 2018; AMORIM, 2018).

Fizemos um levantamento de qual era a queixa principal das mães dentre as consultas de CD (crescimento e desenvolvimento), tanto médicas como da parte da enfermagem. Sendo ela quase unânime, a relação entre a falta de alimentação e o desenvolvimento psíquico. Qual era sua relação? O que interferia na criança? E quais formas e quais alimentos poderiam ser utilizados para que não houvesse prejuízo das crianças, mesmo com poucos recursos financeiros. Sendo essa uma queixa principal, recrutamos a nutricionista do NASF, que está atuante a cada 15 dias em nossa unidade, para levantarmos pontos que são relevantes para esclarecimento dessas mães. Para isso, realizamos uma ação educativa em conjunto para abordar os principais temas referentes à saúde da criança.

Na palestra, explanamos que o crescimento e desenvolvimento infantil adequado é fundamental desde de a vida intra uterina, onde com uma suplementação e alimentação adequada da mãe durante o pré-natal são fatores importantes para o sistema neurológico e físico da criança. Relatamos também a importância de alguns fatores bem incisivos tais como: gestação de alto risco, idade materna elevada, não adesão ao pré-natal, baixo peso, asfixia perinatal, infecções congênitas, aleitamento materno exclusivo menor que o preconizado e baixa escolaridade materna. Como isso abrimos então nossa roda de conversa. Vale a pena salientar que o fator familiar é de suma importância para a evolução da criança. Ambientes com conflitos e desavenças contínuas prejudicam o desenvolvimento psicossocial das crianças. Respondendo assim nossa primeira pergunta listada pelas mães.

Em relação a doenças relacionadas ao baixo peso e a desnutrição instalada na criança, abordamos a anemia ferropriva, queda de cabelo, unhas fracas, atraso no desenvolvimento intelectual, hiporretividade e sonolência excessiva. A introdução correta e adequada dos alimentos no avançar da idade podem afastar todas essas patologias. Para

que as mãe pudessem entender de uma forma mais simples criamos um panfleto com uma tabela instrutiva relacionando os meses da criança e quais alimentos adequados para serem introduzidos. Tabela essa desenvolvida e explanada de forma mais clara e precisa pela nutricionista que ali também se encontrava.

**Tabela 1. Alimentos indicados para cada mês de vida da criança.**

6 meses	Iniciar papinha de frutas, frutas raspadinhas como maçã e banana amassadas.  Ingerir água após a refeição e continuar no seio materno.
7 meses	Introduzir papinhas de legumes. Continuar o seio materno e ingerir água após a refeição.
8 meses	Mesclar refeições anteriores sem rigidez de horário.
9 meses	Incentivar a criança a comer com sua própria colher.
11 meses	Mesclar sólidos com pastosos.
12 meses	Criança com boa aceitação alimentar e ainda com seio materno, se possível.

A distribuição de tal panfleto gerou uma discussão entre as próprias mães que ali começaram a trocar suas experiências. Conseguiram observar os erros e acertos que cometeram na introdução dos alimentos dos filhos mais velhos. Correlacionamos os alimentos com uma queixa bem abundante no consultório, as temidas cólicas e gases que o recém-nascidos apresentam em seu primeiro mês de vida. Nesse momento, também entregamos uma pequena lista de quais alimentos devem ser evitados pelas mães que amamentam seus filhos.

---

Lista com alimentos que provocam excesso de gases nos recém-nascidos.

<b>Chocolates.</b>
<b>Refrigerantes e gaseificados.</b>
<b>Café.</b>
<b>Feijão com muitos dias de preparo.</b>
<b>Comidas com excesso de gorduras.</b>

Relembramos as mães a importância da realização da puericultura, do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e da atualização das vacinas corretamente. Relatos das mães começam a surgir de forma progressiva e as mesmas podem solicitar outros temas que elas queiram que seja explanado por nós para uma melhor compreensão, fato esse positivo para nossa microintervenção. Infelizmente um dos nossos pontos fracos ainda continua sendo a pouca adesão aos grupos e microintervensões.

Realizado a nossa microintervenção esperamos uma semana para avaliar o tipo de impacto gerado na população alvo e para nossa felicidade tivemos um feedback positivo, pois as próprias crianças que retornavam com sua mães para vacinação nos relatavam que “estavam comendo tudo que as tias tinha ensinado as suas mães”.

---

## **CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde**

Conhecer o processo saúde-doença de uma determinada enfermidade faz toda a diferença no decorrer da vida do paciente. Com essa premissa começo meu relato sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das DCNT mais prevalente e é considerada uma situação clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Assim bem como a Diabetes Mellitus, outra DCNT muito prevalente, é causada pela grande ingestão de alimentos ricos em açúcares, ou por um defeito na absorção de insulina do próprio corpo (Silveira, 2013).

Existem fatores diversos que contribuem tanto para HAS como para a DM e em sua grande maioria são praticamente os mesmos. Vale salientar que a obesidade destaca-se de longe como um fator primordial para o desenvolvimento de tais doenças crônicas, mas não apenas a obesidade colabora com ambas as doenças, a inatividade física e a ingestão constante e diária de bebidas alcoólicas, assim bem como o cigarro, são fatores que aumentam a gravidade das doenças em questão.

Em nossa unidade de saúde é destinado um dia para realizar o programa hiperdia “Hipertensão e Diabetes” (assim nomeado pelo ministério da saúde). Nossas consultas são realizadas em uma frequência de 3 meses, sendo tais consultas intercaladas entre médica e enfermeira. O programa não consiste apenas em renovação de receita, mas na conscientização do paciente para poder entender sua enfermidade para que assim possa tratá-la corretamente.

Para tanto em nossas consultas rotineiras de hiperdia, sempre pergunto aos meus pacientes, como é sua rotina alimentar? Pois quando os mesmos respondem que não sabem ao certo o que devem evitar, automaticamente dou as orientações iniciais e logo em seguida os encaminho para a nutricionista do NASF que se encontra em nossa unidade a cada 15 dias. Neste momento os pacientes tomaram ciência das mudanças alimentares a serem feitas, saliento ainda que a nutricionista sempre os orienta a fazer a ingestão constante de água para que o metabolismo possa trabalhar de forma melhor, pois muitos relatam que se esquecem de beber água, causando casos de sobrecarga renal e desidratação principalmente nos idosos. Os efeitos benéficos de uma dieta equilibrada e da prática de exercícios físicos na prevenção de doenças crônicas são amplamente divulgados e reconhecidos na literatura (Silveira, 2013)

---

Devemos reconhecer que muitas vezes o baixo nível socioeconômico, influencia diretamente nesse processo de cura. Pois na sua grande maioria das vezes os pacientes de uma forma geral relatam que não conseguem realizar a dieta por que “mau mau tem o feijão de comer” . Outro fator super influenciador é a ingestão correta dos medicamentos e em seus horários corretos. O medico deve ouvir o paciente de forma cautelosa para que ele possa, dizer que não sabe ler, sendo assim deveu sinalizar nas receitas ou na caixa dos medicamentos com desenhos e suas quantidades.

Ambos as enfermidades apresentam difícil motivação por parte dos pacientes para adesão ao tratamento. Na sua grande medida por referirem desconfortos ao tomarem as medicações principalmente por parte dos diabéticos, que em sua maioria aos que fazem uso de metformina relatam diarreia e tontura e associam que “a medicação esta fazendo mal a elas” Ambas as doenças dependem, para seu controle, de mudanças no estilo de vida sem duvidas e o uso contínuo de medicamentos, não para sua cura; mais para seu controle e evitar o aparecimento de complicações.

Valem salientar que a ESF fornece as medicações de base para ambas às doenças medicação fornecida na USF é padronizada, para tanto devemos realizar também uma escuta qualificada para saber o grau de instrução dos pacientes, pois de nada adiantaria passar varias medicações e entrega-las ao mesmo e eles realizarem a toma de forma inadequada por não saber “qual remédio é para isso, ou para aquilo”. Muitos relatam que, para resolver esse problema pedem ajuda da família e/ou dos próprios profissionais de saúde, que muitas vezes desenharam nas caixas das medicações para que eles possam se orientar quanto a toma da medicação e seus horários corretos.

Dessa forma eu e minha equipe fazemos o nosso “HIPERDIA” (programa de hipertensão e diabetes do ministério da saúde). Os pacientes que iniciam seu tratamento com a medica, logo em três meses tem seu retorno com a enfermeira, e logo se necessário agendado para os profissionais do NASF. Tendo assim um acompanhamento regular, saliento ainda que trocamos as agendas (medica- enfermeira) para que o paciente já saia da sua sala de atendimento com sua data de retorno marcada em seu cartão de acompanhamento.

Uma de nossas fragilidades infelizmente, em sua grande maioria das vezes os próprios pacientes descontinuem sua linha de cuidado. Eles assumem que já estão satisfeitos de apenas ingerir o medicamento em seu horário correto e não se preocupam

---

com os demais aconselhamentos que damos na unidade de saúde. Outros nos questionam que realmente não tem o que comer e que tomar o remédio dado pela “saúde” já esta de bom tamanho. Outros ainda mesmo que com condições preferem pegar seus medicamentos na farmácia popular, já que a receita lá tem sua validade por 6 meses, deixando o paciente mais cômodo. Fazendo assim com que haja uma quebra da linha de cuidado do mesmo pois ele acredita que por não esta faltando o medicamento não necessita ir a sua consulta a cada três meses.

Finalizo então meu relato com pontos positivos que foram o de entender o processo saúde-doença por parte dos pacientes e com fragilidades e dificuldades que é a adesão de forma contínua e integral do paciente a sua linha de cuidado oferecido por nós membros da unidade de saúde.



## CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Mudança do Estilo de Vida (MEV)</b>	Pessagem e medição bimestral dos participantes.	Perca de peso, medidas e praticas saudáveis rotineiras.	Incentivar e continuar com a pessagem bimestral dos participantes. Aos que atingiram suas metas traçar novas para sua manutenção .Aos novos integrantes, iniciar um novo ciclo com os mesmos objetivos .
<b>Ouvir Melhor</b>	Qualificar os profissionais da unidade de saúde para um acolhimento e escuta qualificada.	Melhor resolução dos problemas dos pacientes, menos “tulmultos”, e maior esclarecimento dos serviços prestados pela unidade.	Calma ao atender os pacientes , saber escutar suas queixas e principalmente saber entende-las e ter um olhar critico que cada situação especifica precisa.
<b>Gestantes em grupo</b>	Troca de experiência entre as mães	Melhor resolução , cuidados com o bebê, principalmente para as mães de primeira viagem.	Reuniões contínuas mensais para a troca de experiência e abordagem dos temas mais , assinalado nas consultas pelas próprias gestantes .
<b>Fazendo Arte</b>	Proporcionar aos pacientes uma ocupação mental .	Infelizmente tivemos pouca adesão ao grupo.	Tentaremos implementa-lo , novamente na vigência de 2019.
<b>Introdução Alimentar</b>	Ensinar de forma qualificada o que as crianças podem de fato ingerir.	Maior adesão das mães e crianças ao CD, e conseqüentemente , crianças com crescimento e desenvolvimentos adequados .	Pretendemos estender e aumentar o grupo . Abrangendo também as crianças que estão com sobrepeso e com desnutrição .
<b>Entendendo melhor</b>	Enfatizar e conscientizar o	Melhor controle dos níveis	Pretende-se acrescer ao grupo , uma horta orgânica , preparada

---

	paciente de sua enfermidade.	pressóricos , bem como dos glicêmicos , e adesão a realização de atividade física .	com mudinhas , tragas pelos próprios pacientes , para que eles possam relatar de que forma fazem consumo daquela hortaliça.
--	------------------------------	---	---

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluo de forma satisfatória esse conjunto de microintervenções , com uma evolução progressiva de ter intervindo de forma positiva no contexto diário de cada paciente. Realizamos projetos e os executamos de forma satisfatória todas as intervenções . Algumas com maior dificuldade por parte da adesão dos pacinetes , outras com demanda excessiva e já com grupo prontos para iniciar um novo ciclo . O efeito “avalanche” super positivo dentro da comunidade , concluímos com pacientes que iram participar da montagem e continuidade dos proximos grupos , para continuidade das ações.

## REFERÊNCIAS

COMINI CÉSAR, Cibele. **Fatores Associados Ao Excesso De Peso Entre Mulheres – 2012.** Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 de abril de 2018.

Landerdahl, M.; Ressel, L.; Martins, F.; Cabral, F.; Gonçalves M. **A Percepção De Mulheres Sobre Atenção Pré-Natal Em Uma Unidade Básica De Saúde.** Rio Grande do Sul.2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452007000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000100015&lng=pt&nrm=iso)> . Acesso em 01 de junho de 2018.

MARTINS , C.; SANTOS , D. ;LIMA , F.;GAÍVA, M. **Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento.** Brasilia . 2014. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000100079&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100079&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de junho de 2018.

AVEJONAS, Daniela Regina Molini et al. **Atenção Básica como ordenadora do cuidado ao bebê de risco para alterações do neurodesenvolvimento.** Scielo. São Paulo.Maio de 2018.Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822018000300302&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000300302&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 julho de 2018.

Souza, Maximiliano Loiola Ponte de. **Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014.**Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000200405&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200405&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 de setembro de 2018.

AMORIM, Leonardo de Paula et al. **Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2018, vol.27, no.1. ISSN 2237-9622. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000100308&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100308&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 julho de 2018.

---

Silveira, Janaína da et al. **Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia.** *Cad. saúde colet.*, Jun 2013, vol.21, no.2, p.129-134. ISSN 1414-462X. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 01.10.2018.

## APÊNDICES

Data	Peso	Circunferência Abdominal	IMC(Índice de Massa Corporal)	Pressão Arterial

### INSTRUMENTO DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES

Cartão de acompanhamento dos pacientes



M.E.V

MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA

Nome : \_\_\_\_\_

Ficha de Acompanhamento Médico

Nome do Paciente :

**PESO :**

1

2

3

4

5

6

**CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL**

1

2

3

4

5

6

**IMC**

1

2

3

4

5

6

**PRESSÃO ARTERIAL**

1

2

3

4

5

6

**OBSERVAÇÃO :**

---

**ANEXO**











Explicação na locorregional sobre o MEV – Mudança no estilo de vida .







Ações referente ao CD e Parto e Puerperio.







Outubro rosa com a participação dos pacientes do hiperdia , saúde mental e gestantes.  
Participação dos profissionais do NASF.





Materiais que seriam ministrados para as pacientes que pertenciam ao grupo de saúde mental.















Equipe Multidisciplinar sempre em conjunto nas intervenções .









Intervenção de parto e puerperio , junto a equipe do NASF.













Saúde do homem junto com a ação do novembro azul.





Hiperdia JUNINO com comidas avaliadas pela nutricionista para conscientização demonstrando o modo de preparo das mesmas.