



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

RELATOS DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA USF JOSÉ
JÚLIO DO MUNICÍPIO DE UIRAMUTÃ/RORAIMA

CRISTIANO DE ARRUDA ANDRADE

NATAL/RN
2021

RELATOS DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA USF JOSÉ JÚLIO DO
MUNICÍPIO DE UIRAMUTÃ/RORAIMA

CRISTIANO DE ARRUDA ANDRADE

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: CLEYTON CEZAR
SOUTO SILVA

NATAL/RN
2021

Agradeço minha família, en especial Maria Lisanyela Herrera Guzman minha esposa e meus
filhos Cristian Gabriel Arruda e Cristopher Daniel de Arruda Herrera.

Dedico este TCC a todas as pessoas envolvidas direta ou indiretamente, como toda equipe da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em atenção especial ao Tutor/Orientados Cleyton, a todos os profissionais que trabalham comigo que compreenderam os momentos que fiquei até mais tarde no trabalho estudando e concluindo cada etapa desta especialização.

RESUMO

O presente estudo trata de relatos de microintervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família José Júlio, no ano de 2021, as quais consistiram em identificar as principais necessidades presentes na unidade, bem como intervir de maneira resolutiva para que o serviço possa melhorar cada vez mais e repercutir de maneira benéfica na qualidade da assistência prestada. A finalidade principal desse estudo não foi apenas relatar, mas intervir na realidade constatada na unidade, uma vez que a observância de uma demanda e a não intervenção acarreta em negligência e repercute em queda da qualidade da assistência prestada. Uma vez constatada as demandas durante a realização das atividades laborais desenvolvidas na USF José Júlio, foram feitas reuniões com toda equipe para que fosse possível saná-las. Uma das dificuldades foi justamente reunir toda equipe por conta da rotina de trabalho, no entanto, conseguiu-se realizar tal feito. De fato, os profissionais de saúde, juntamente com a participação da população, podem mudar a realidade da qualidade da assistência prestada, principalmente no que se refere aos cuidados na primeira infância, nos cuidados aos idosos e às gestantes, uma vez que esse público é considerado de atenção prioritária, e, portanto, merece atenção redobrada dos profissionais.

Palavras-chaves: Microintervenções; Unidade de Saúde da Família; Uiramutã.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	07
3 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	10
4 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de relatos de microintervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família José Júlio, no ano de 2021, as quais consistiram em identificar as principais necessidades presentes na unidade, bem como intervir de maneira resolutiva para que o serviço possa melhorar cada vez mais e repercutir de maneira benéfica na qualidade da assistência prestada.

A finalidade principal desse estudo não foi apenas relatar, mas intervir na realidade constatada na unidade, uma vez que a observância de uma demanda e a não intervenção acarreta em negligência e repercute em queda da qualidade da assistência prestada.

O município de Uiramutã pertence ao estado de Roraima e possui 25 anos de emancipação. Antes, o município pertencia ao município de Normanedia. Dista cerca de 300 km da capital Boa Vista, estando o mesmo inserido em uma das principais reservas indígenas não só do estado, mas do Brasil inteiro, que é a Raposa Serra do Sol.

A saúde prestada às comunidades de difícil acesso fica a cargo da SESAI, através de ações de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste (DSEI Leste) em que qualquer intercorrência de média a alta complexidade os usuários são encaminhados à capital através de remoções aéreas e terrestres.

As demais, são atendidas na Unidade Mista na sede do município. Nas comunidades mais próximas e na sede do município, a assistência fica a cargo das UBS Davi Cavalcante de Lima, UBS José Júlio, Unidade Mista, UBS Caraparú, Samu, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, dentre outros.

De acordo com o último censo do IBGE, sendo 88,1% da população é indígena, ou seja, o município do estado de Roraima com maior percentual de indígenas. A equipe de saúde da USF José Júlio é composta por dois médicos, dois enfermeiros, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, quinze agentes comunitários de saúde, uma atendente de farmácia, um vacinador e um técnico em enfermagem para realizar procedimentos.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

2 MICROINTERVENÇÃO A RESPEITO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Durante a rotina de trabalho na USF José Júlio do município de Uiramutã, localizado no estado de Roraima, foi possível evidenciar muitos casos de gravidez na adolescência, inclusive na infância. Chegaram casos de crianças de 10 anos de idade grávidas para dar início ao pré-natal. Sabe-se dos riscos da gravidez para a adolescência, imagina-se para uma criança.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o período de criança vai desde o nascimento até doze anos incompletos, enquanto que a adolescência vai dos doze anos até dezoito anos incompletos (BRASIL, 1990). Portanto, os casos de gravidez precoce no referido município se apresentam nas adolescentes e nas crianças, o que pode se converter diversos riscos para o binômio materno-infantil, uma vez que a criança e o adolescente não estão preparados para comportar uma gestação, tanto fisiológica quanto psicologicamente.

Nesse sentido, a presente microintervenção buscou realizar intervenções junto à Secretaria Municipal de Educação (SEMED) de Uiramutã para orientar os professores a transmitir conteúdos referente à temática “Riscos da gravidez precoce”, bem como tratar das formas de prevenção da mesma.

A partir da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco. Da mesma forma, o Ministério da Saúde também adotou tal conceito para tratar da gravidade e risco em virtude da natureza clínica, biológica e comportamental do evento, bem como as repercussões sobre a mãe e o concepto (GALLO, 2011).

Segundo o autor supracitado, ao engravidar nesse período, adolescente poderá apresentar “problemas de crescimento e desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações na gravidez e problemas inerentes ao parto” (GALLO, 2011, p. 179).

METODOLOGIA

Devido ao período de pandemia, no intuito de evitar aglomerações, a microintervenção foi realizada através de uma reunião virtual no aplicativo Google Meet, cuja finalidade foi tratar de conteúdos referentes a gravidez precoce, quanto aos riscos e prevenção da mesma, bem como a conduta a ser adotada frente a cada caso evidenciado.

Além disso, foi transmitido conteúdo referente ao pré-natal, parto e puerpério no período de pandemia pelo Covid-19. Foi feita uma mesa redonda virtual, em que cada participante expressava sua visão e dúvidas as quais foram sanadas durante a o período. Aproveitando

também a oportunidade, os facilitadores do Selo Unicef no município também abordaram temáticas referente a pré-natal, parto e puerpério em tempos de Covid-19. A reunião ocorreu no dia 10 de setembro de 2020 e, cada profissional acessou o aplicativo através do aparelho celular, e, os que não tinham aparelhos celulares acompanharam nas salas de multimídia das escolas em que trabalham. A figura 01 ilustra o momento em que a reunião ocorrera.

Figura 01 – Reunião virtual através da plataforma Google Meet.



Fonte: Autoria própria

RESULTADOS ALCANÇADOS

Na fase inicial da pandemia, o Ministério Público recomendou que todos os profissionais de saúde do município não adentrassem as comunidades indígenas por conta do risco de disseminação do covid-19. Nesse sentido, a estratégia foi reunir as lideranças das comunidades, bem como os coordenadores pedagógicos e Agentes Comunitários de Saúde, para que os mesmos pudessem levar a cada família as informações pleiteadas.

Assim sendo, a presente microintervenção obteve seu êxito no momento em que foi realizada a capacitação e quanto os coordenadores pedagógicos elaboraram seus respectivos materiais pedagógicos com o referido conteúdo e entregou aos pais dos alunos para que os mesmos desenvolvessem as atividades com seus respectivos filhos.

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Posteriormente à reunião no Google Meet com diversos profissionais, foi realizada uma reunião com o coordenador de atenção básica do município de Uiramutã para

que fossem traçadas algumas estratégias permanentes de enfrentamento do problema.

Após o período de pandemia, algumas ações de saúde serão realizadas nas comunidades para atender a população em geral, inclusive as gestantes. Assim sendo, foi solicitado que o mesmo realize palestra com crianças e adolescentes como forma de orientar e prevenir a gravidez precoce. Outrossim, o mesmo sugeriu também abordar conteúdos referentes a doenças sexualmente transmissíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta micointervenção permitiu a utilização da tecnologia como ferramenta aliada no combate a gravidez na adolescência. O aplicativo Google Meet permitiu que pessoas se reunissem de maneira virtual já que a atual pandemia impede a aglomeração em ambientes fechados. Espera-se que os coordenadores pedagógicos, juntamente com os demais profissionais de saúde consigam sensibilizar pais e adolescentes a respeito da importância de se planejar uma gravidez, já que a mesma traz riscos quando ocorre de maneira precoce, além de comprometer o ano letivo das crianças e adolescentes.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

3 MICROINTERVENÇÃO EM ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Durante as consultas de puericultura, foi possível notar que algumas das crianças não tinham realizado o teste do pezinho, bem como a incidência de recoletas de amostras em papel filtro no município de Uiramutã apresentou-se alta. Diante dessas circunstâncias, decidiu-se intervir nessa questão através de uma microintervenção.

Outro problema relacionado a coleta era o período em que a mesma era realizada. De acordo com informações da equipe do Hospital Geral de Uiramutã, a coleta era realizada no primeiro dia após o nascimento e encaminhado para a Unidade de Saúde da Família José Júlio. Além disso, muitas crianças que nascem nas comunidades compareciam tardiamente para realizar a mesma, o que traz um risco considerável à criança caso ela venha a nascer com alguma patologia grave que necessite de identificação precoce e intervenção imediata.

Popularmente conhecida como teste do pezinho, a triagem neonatal é uma ação profilática a qual permite a realização do diagnóstico precoce de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas, no período neonatal, em tempo oportuno de se interferir no curso da patologia, permitindo, dessa maneira, a implementação do tratamento precoce, bem como a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a cada doença (DELVIVO et al., 2012).

O teste do pezinho é dividido em quatro etapas: coleta das amostras em papel filtro em hospitais, maternidades ou postos de saúde; triagem em laboratórios credenciados; busca ativa dos casos suspeitos para segunda amostra; encaminhamento dos casos confirmados para consultas com especialistas para orientações e/ou tratamento (DELVIVO et al., 2012).

De acordo com Brasil (2012) o teste do pezinho, o qual é realizado na criança logo após o seu nascimento, conforme preconizado o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Este, por sua vez permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito, além de hemoglobinopatias, pode até mesmo tratar doenças e, assim evitar o retardo mental que as duas primeiras patologias podem ocasionar, bem como evitar o óbito decorrentes de hemoglobinopatias em que a pesquisa da mesma inclui a detecção de anemia falciforme, bem como o traço da mesma o qual mesmo que assintomático, pode trazer riscos para os descendentes. Além disso, o presente teste identifica a fibrose cística ou mucoviscidose.

O ideal é que o teste seja realizado a partir do terceiro dia de vida, uma vez que é necessário que a criança faça a ingestão adequada de proteínas e, assim, se torna possível analisar com maior segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando resultados falsos de fenilcetonúria. Outrossim, a dosagem de hormônio estimulante da tireoide (TSH), pode acarretar em resultados falsos positivos se a coleta ocorrer nas primeiras 24 horas, ou seja, os níveis podem se apresentar elevados (BRASIL, 2012).

Portanto, o período ideal de coleta da amostra é entre o 3º e o 7º dia de vida da criança. Apesar de não ser considerada ideal, a coleta pode ser feita até o 30º dia de vida do bebê.

A mãe, em parceria com os profissionais da saúde deve se comprometer em prestar assistência e zelo ao filho, estando ele sadio ou não. Neste sentido, as consultas de puericultura podem contribuir de maneira significativa para as ações de Promoção da Saúde, na sala de espera e no ato da consulta, ofertando o acompanhamento qualificado entre o binômio mãe-filho, bem como proporcionar a troca de experiências e superação das dificuldades (VASCONCELOS et al., 2012).

METODOLOGIA

Na resolução desta demanda, foi realizada reunião com o coordenador de atenção básica o qual convocou toda equipe para agendar a capacitação referente às técnicas correta de coleta do teste do pezinho, armazenamento, envio e entrega do resultado.

Posteriormente, o coordenador entrou em contato com o responsável pelo teste do pezinho no município o qual promoveu a capacitação de toda equipe, conforme pode-se evidenciar pela figura 02.

Figura 02 – Capacitação em coleta do teste do pezinho em Uiramutã/Roraima.



Fonte: Autoria própria.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Após a realização da capacitação, foi possível notar o aumento do número de testes coletados, bem como uma considerável diminuição de recoleta por falha na técnica. Além disso, as entregas das amostras à capital Boa Vista foram dinamizadas a ponto de ser entregue

em tempo hábil, ou seja, a cada 7 dias.

Aliada a tudo isso, foi realizada, também, reuniões com os responsáveis pela atenção à saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste, para que os enfermeiros realizem a coleta do teste do pezinho nas crianças que nascem nas comunidades indígenas, bem como entregue as amostras ao município de Uiramutã para que se possa, assim, contemplar toda população com os testes.

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Como forma de garantir a continuidade das ações, foi criada a coordenação do teste do pezinho, em que um enfermeiro ficará responsável por garantir a capacitação contínua da equipe, e por encaminhar as amostras em tempo oportuno para a capital. Além disso, foi realizada capacitação com as recepcionistas para que as mesmas possam imprimir os resultados que chegarão via internet no site da Guthrie.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente microintervenção permitiu intervir e resolver algumas questões referentes ao teste do pezinho o qual é importante para a prevenção de doenças mentais, bem como identificar de maneira precoce doenças sanguíneas que poderia levar ao óbito. Nesse sentido, a intervenção nessa questão contribui para melhorar a atenção à saúde da criança, bem como oportuniza a melhoria da qualidade dos serviços prestado às comunidades.

De fato, os profissionais de saúde, juntamente com a participação da população, pode mudar a realidade de diversas crianças, principalmente no que se refere aos cuidados na primeira infância, os quais são determinantes para garantir uma vida adulta saudável, com bom crescimento e desenvolvimento, livre de diversas patologias.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

4 MICROINTERVENÇÃO SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os recentes avanços nas práticas medicinais permitiram o aumento da expectativa de vida, bem como o tratamento e prevenção de diversos agravos. Tal progresso fez com que as pessoas vivessem mais, o que altera todo perfil epidemiológico dessa população. Nessa perspectiva, é comum evidenciar idosos com patologias crônicas, como é o caso da hipertensão arterial.

O grande dilema é quando o indivíduo além de conviver com a comorbidade, possui hábito de vida considerado não saudável, como é o caso de idosos hipertensos e tabagistas. De fato, o uso do tabaco por uma pessoa considerada sadia à luz dos padrões fisiológicos já causa prejuízos consideráveis, quando estes são idosos e possuem patologias associadas, o fator de risco para uma possível complicação da patologia de base é bastante elevado.

Outrossim, o envelhecimento é um processo biológico complexo, o que acaba por ser fruto da interação entre fatores genotípicos e ambientais e, além disso, o tabaco é um potente produtor de radicais livres os quais aceleram o envelhecimento e aumenta o risco de desenvolvimento de células neoplásicas, o que pode levar ao comprometimento da expectativa e qualidade de vida desses indivíduos.

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. A incidência e prevalência mundial ainda é elevada, o que aumentam as chances de pacientes com complicações decorrentes do uso prolongado do tabaco. O problema se agrava quando esses indivíduos possuem comorbidade associada, como é o caso de idosos hipertensos.

O uso do tabaco está relacionado às doenças cardiovasculares, DPOC, câncer e outras neoplasias. A letalidade geral é ocasionada por esses fatores é duas vezes maior nos fumantes, quando estes são comparados com os não-fumantes. Além disso, o tabaco é considerado uma das principais causas de morte prematura evitáveis (MAZONI et al., 2008).

A cessão do ato de fumar traz benefícios para o indivíduo a curto e longo prazo, uma vez que o padrão respiratório destes melhoram imediatamente ao abandono do tabaco, bem como evita a maioria das doenças associadas ao tabaco. Contudo, apesar de se conhecer tais fatos, a incidência e prevalência do consumo de tabaco é alarmante. No mundo, um terço da população é fumante e, no Brasil, cerca de 9% da população é dependente do tabaco (MAZONI et al., 2008).

Durante as consultas de hiperdia na USF José Júlio, após realizar anamnese com alguns pacientes idosos e hipertensos, notou-se que os mesmos faziam uso do tabaco, apesar da idade e da comorbidade. No entanto, no município não há um centro especializado para tratamento do tabagismo, bem como não há grupos de convivência para que os mesmos possam trocar

experiências, e, assim, não fazer o uso do tabaco no período do encontro. Além disso, o próprio grupo motiva os participantes a continuar o tratamento e a não ter recaídas.

O envelhecimento é um processo que por si só traz alterações significativas na fisiologia do indivíduo, o que o torna mais sensível à intoxicação por diversas substâncias. O ato de fumar se torna uma patologia crônica quando a nicotina ocasiona dependência, sendo esta, a causa de morte de mais de 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. Estudo realizado em 27 cidades brasileiras revelou que 8.70% dos fumantes tinham 60 anos ou mais (SANTOS et al., 2014).

Apesar de notório o avanço nas políticas públicas na atenção à saúde do idoso hipertenso bem como é evidente a redução no número de mortes decorrentes de complicações causadas pela HAS e DM, a incidência de mortalidade ocasionada por essas patologias ainda é elevada em comparação com os demais países em desenvolvimento, tanto no que se refere às doenças cerebrovasculares quanto as cardíacas (BEZERRA; CARVALHO, 2009).

De acordo com Garcia (2011) O aumento da longevidade trouxe preocupação para diversas nações, pois as alterações no perfil populacional, a passagem de uma população com muitas crianças e adolescentes para maior quantidade de adultos e idosos, requer planejamento, investimentos e adaptação dos recursos humanos e materiais para atender à demanda.

O fato é que a transição demográfica em que o Brasil se encontra, não altera apenas a idade das pessoas, como também o respectivo perfil epidemiológico, ou seja, o aumento da longevidade pode significar um maior número de idosos dependentes, necessitando cada vez mais de cuidados peculiares, bem como maior atenção por parte dos profissionais.

Portanto, é necessário que os profissionais aumentem seus conhecimentos sobre as particularidades e peculiaridades inerentes a essa faixa etária. De certo modo, as ações do Farmacêutico no tratamento antibagismo com o público idoso requer alguns cuidados específicos, além de maior comprometimento desses profissionais, cuja finalidade é a garantia do êxito do tratamento, bem como redução dos riscos à saúde destes.

Medicamentos são conhecidos como substâncias químicas as quais possuem via de administração definida, os quais em doses terapêuticas proporcionam a homeostase do organismo (NUNES et al., 2017).

O ato de fumar cigarros leva à dependência conhecida como um padrão abusivo de droga, marcado pela atração irresistível à nicotina, bem como à tendente recaída após a cessão deste. Tal dependência é fruto de uma neuroadaptação associada aos malefícios que a ausência da droga causa ao organismo (síndrome de abstinência), o que torna difícil o tratamento e o abandono do tabaco. (STAHL, 2002 apud NUNES; CASTRO, 2010).

O tratamento farmacológico do fumante está diretamente relacionado entre as intervenções médicas as quais demonstraram as melhores relações custos-benefícios, bem como na intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental e, em casos particulares, a

utilização do apoio medicamentoso (NUNES; CASTRO, 2010).

O tratamento medicamentoso deixou de ser um recurso acessório no tratamento psicológico e se tornou instrumento terapêutico o qual eleva a chance de sucesso do tratamento. O tratamento antitabagista de primeira escolha dos médicos da rede pública e privada é a terapia de reposição da nicotina, bem como a utilização da bupropiona associados à terapia cognitivo-comportamental em grupo ou individual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996; BRASIL, 2001 MARQUES et al., 2001 apud NUNES; CASTRO, 2010).

O tratamento farmacológico será requisitado quando a abordagem comportamental não for suficiente por comorbidades psiquiátricas ou pelo auto grau de dependência da nicotina. Os fármacos de escolha são classificados em nicotínicos e não nicotínicos. A primeira linha de tratamento farmacológico é composta pela Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), bupropiona e a varenicilina, sendo a nortriptilina e a clonidina fármacos de segunda linha (REICHERT et al., 2008 apud NUNES; CASTRO, 2010). Os médicos, além de indicar o tratamento comportamental para a cessação do ato de fumar, pode indicar o tratamento farmacológico desde que não tenha alguma objeção.

METODOLOGIA

Como forma de resolver a presente demanda, foi realizada reunião o coordenador a respeito do problema em si, bem como sugerido que o mesmo fizesse o cadastro da USF José Júlio na plataforma FORMSUS, para que a unidade se torne o centro de tratamento antitabagismo, e, assim, adquirir todo material e medicamento disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como filtros, gomas de mascar e demais medicamentos como é o caso da Bupropiona.

Posteriormente, foi criado o livro de registro das consultas de hiperdia, cuja finalidade é garantir a presença mensal dos usuários às consultas, bem como promover a busca ativa dos faltosos.

Além disso, foi sugerida a elaboração de impressos específicos para o público idosos, além de orientar os profissionais na abordagem aos mesmo, como: elaborar fichas de acompanhamento da aferição da PA; para os idosos que não sabem ler, faz-se necessário elaborar desenhos como sol e lua para identificar os horários dos medicamentos; auxiliar os idosos a diferenciar os medicamentos já que os mesmos são parecidos, criar símbolos ou desenhos que auxiliem; abordar quanto à importância da alimentação saudável associada ao tratamento farmacológico, uma vez que a relação de ambas contribui para o êxito do tratamento.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir de Janeiro de 2021, a USF José Júlio realizará o cadastro no FORMSUS para que seja contemplada como centro de referência no tratamento antitabagismo. Além disso, os impressos sugeridos foram criados, bem como o livro de registro dos atendimentos aos idosos. Foi criado o grupo de convivência de idosos tabagistas os quais são acompanhados pela equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Pretende-se criar uma comissão antitabagismo a qual ficará responsável por promover as atividades de sensibilização quanto aos riscos inerentes ao uso do tabaco, bem como elaborar impressos para serem distribuídos nas comunidades, além de distribuir os medicamentos para os usuários que aderiram ao tratamento. Além disso, essa comissão ficará responsável por identificar os idosos tabagistas nas comunidades e ofertar o tratamento, já que o mesmo só é possível com o consentimento do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, o envelhecimento já causa alterações consideráveis de diversas naturezas ao indivíduo. Tais alterações podem comprometer a saúde do mesmo, quando este é acometido por uma patologia crônica, como é o caso da hipertensão. Não bastando todo esse contexto, o uso do tabaco nessas circunstâncias pode potencializar o risco e levar ao óbito rapidamente.

Assim sendo, a presente microintervenção foi de bastante relevância social, já que se trata de um problema presente na sociedade brasileira e que traz bastante custos aos serviços de saúde de média e alta complexidade, apesar de ser um problema evitável, basta que os usuários queiram e que o tratamento antitabagismo esteja disponível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez constatada as demandas durante a realização das atividades laborais desenvolvidas na USF José Júlio, foram feitas reuniões com toda equipe para que fosse possível saná-las. Uma das dificuldades foi justamente reunir toda equipe por conta da rotina de trabalho, no entanto, conseguiu-se realizar tal feito.

Posteriormente, foram expostas as demandas para todos, as quais estavam em discordância com os direitos dos usuários. Assim sendo, foram feitas sugestões para resolver cada uma delas e manter o padrão de excelência da assistência prestada.

Foi lançado mão de recursos tecnológicos para que pudesse reunir pessoas à distância, uma vez que o momento atual de pandemia não permite aglomerações. Apesar do atual cenário ter sido um fator limitante, foi possível driblar essa situação e reunir virtualmente de maneira eficaz com coordenadores pedagógico e demais profissionais da saúde que residem em comunidades distantes, cuja finalidade foi buscar parcerias para enfrentar a questão da gravidez precoce.

Outra dificuldade enfrentada foi persuadir a população de idosos a aderir ao tratamento antitabagismo, uma vez que o conformismo dos usuários com a atual situação, bem como a idade, serviu de argumentos para os mesmos afirmarem que não havia solução para tal dilema. Além disso a falta de capacitação da equipe em abordar e lidar com todo esse contexto, complicou mais ainda a situação.

De fato, os profissionais de saúde, juntamente com a participação da população, podem mudar a realidade da qualidade da assistência prestada, principalmente no que se refere aos cuidados na primeira infância, nos cuidados aos idosos e às gestantes, uma vez que esse público é considerado de atenção prioritária, e, portanto, merece atenção redobrada dos profissionais.

6. REFERÊNCIAS

- ESTECHE, Frederico Fernando. Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, (2018).
- JUNIOR, Welfane Cordeiro; TORRES, Barbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Abril de 2014, 2014.
- LEITE, Luís et al. Chest pain in the emergency department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score. BMC Cardiovascular Disorders, v. 15, n. 48, 11 jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462114/>>. Acesso em: 02 de fev. 2020.
- OLIVEIRA, Millena; TRINDADE, Marcela Ferreira. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. HÓRUS, v. 5, n. 2, p. 160-171, 2017.
- VASCONCELOS, Viviane Mamede et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 326-331, 2012.
- VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 1, 2012