



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

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SERRANÓPOLIS, CARUARU/PERNAMBUCO.**

VOLMER FLORENCIO FERRAZ TORRES

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SERRANÓPOLIS, CARUARU/PERNAMBUCO.

VOLMER FLORENCIO FERRAZ TORRES

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 a realização destas ações a equipe de saúde e aos usuários do território da Unidade de Saúde da Família Serranópolis, Caruaru/Pernambuco.

Dedico estas ações aos usuários e a equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família
Serranópolis, Caruaru/Pernambuco.

RESUMO

O relato de intervenção aqui apresentado apresenta as microintervensões realizadas na Unidade de Saúde da Família Serranópolis, Caruaru/Pernambuco. As ações foram realizadas de agosto de 2020 até março de 2021 e envolveram toda equipe de saúde e usuários do território. O objetivo das ações foi informar a população do território sobre serviços considerados fundamentais, além de reafirmar conceitos a equipe de saúde com relação ao acolhimento e abordagem do Câncer na Atenção Primária. Como metodologia utilizou-se o projeto de intervenção, com ações realizadas na unidade de saúde, respeitando todos os critérios relacionados a covid 19. Os resultados da ação refletiram em uma melhora no atendimento, ainda que limitada pela pandemia covid 19. Temos tido muito menos conflitos tanto relacionado ao acolhimento quanto melhoria na cobertura do rastreamento. As considerações finais pairam no entendimento que a pandemia covid 19 dificultou a abordagem de algumas questões relacionadas ao covid 19, contudo após a vacinação, poderemos executar o planejado com maestria. Até mesmo porque no momento há um certo receio de busca pelos serviços de saúde por parte da população.

Palavras-Chave: acolhimento; rastreamento; câncer na atenção primária.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 07 |
| MICROINTERVENÇÃO I | 08 |
| MICROINTERVENÇÃO II | 11 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 14 |
| REFERÊNCIAS | 15 |

1. INTRODUÇÃO

O objetivo das ações foi informar a população do território sobre serviços considerados fundamentais, além de reafirmar conceitos a equipe de saúde com relação ao acolhimento e abordagem do Câncer na Atenção Primária.

Com relação ao que justifica as intervenções cite-se a necessidade de um acolhimento bem estruturado, além de um rastreamento que abranja o máximo de pessoas em idade elegível.

A Unidade de Saúde encontra-se em um bairro considerado periférico, e apresenta muitas debilidades. O Município de Caruaru em realidade necessita de muitos investimentos principalmente no que tange a saneamento, água de qualidade entre outros fatores.

Nesse sentido as intervenções buscaram principalmente melhorar a atenção dada a população, tanto no contexto do acolhimento como no contexto da abordagem do câncer na atenção primária.

A busca pela excelência do serviço sempre é uma necessidade. Assim estas ações se desenvolveram e após o período da pandemia darão continuidade. Em verdade o que tem se percebido é um afastamento por parte de muitos usuários em virtude da pandemia do covid 19. Havendo portanto a necessidade de uma reaproximação com a comunidade após uma vacinação em massa, trabalho efetuado principalmente pelos ACS e nas visitas domiciliares.

Apresenta-se as intervenções realizadas no território, que buscaram abranger o acolhimento e a abordagem do câncer na atenção primária. As ações relacionadas ao acolhimento foram direcionadas a equipe para promover um reflexo a população, e ao cancer com a equipe e população.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

MICROINTERVENÇÃO I – Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada.

A primeira microintervenção foi realizada na Unidade de Saúde da Família Serranópolis, Caruaru/PE. A unidade apresenta como equipe de saúde 01 dentista, 01 auxiliar de dentista (auxiliar de saúde bucal), 1 enfermeira, 1 técnico e enfermagem, 4 Agentes Comunitários de Saúde. No território existem 4 micro áreas sendo que existe 1 descoberta.

Antes do COVID-19, o atendimento era feito em 75% por agendamento e 25% espontânea. Agora, os atendimentos são todos na modalidade de demanda espontânea. Há na unidade os programas hiperdia nas quartas feiras (está interrompido em virtude do covid 19). O acompanhamento pré natal é realizado as terças feiras.

No total existe cerca de 4.000 usuários cadastrados. Há 500 hipertensos, 330 diabéticos e 350 pacientes de saúde mental. Contamos ainda com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Centro de Apoio Psicosocial (CAPS); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Há 4 microáreas, e todas no momento estão cobertas. Com relação ao acolhimento trata-se de ações realizadas no âmbito da atenção básica no sentido de escutar o paciente, buscar suprir suas demandas de saúde no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2020).

O acolhimento está implementado plenamente a unidade de saúde. Atualmente lida-se com outros problemas que são: condição socioeconômica desfavorável; dificuldade na compra de produtos e alimentos básicos para manutenção da saúde; cite-se como exemplos pacientes diabéticos e hipertensos que não conseguem comprar alimentos adequados ao controle de suas doenças de base, pois alimentam-se com o que é possível comprar com o rendimento daquele mês.

Há ainda outros problemas relacionados a pacientes que não aceitam o dia agendado para consulta. Há uma alta demanda após a suspensão dos atendimentos durante pandemia. No momento a marcação/agendamento de novas consultas tem-se priorizado pacientes com maior urgência; controle de doenças crônicas e gestantes. Outras demandas são agendadas para dias posteriores, o que deixa os pacientes insatisfeitos gerando atritos.

Dentre os principais problemas a serem superados cita-se a necessidade de implantação do acolhimento; necessidade de uma maior abrangência do acompanhamento multiprofissional, dificultado pela pequena quantidade de profissionais do NASF. Há ainda muitos pacientes hipertensos e diabéticos, principalmente o tipo 2 sem um controle adequado. Há ainda a falta de dentista na unidade.

Passo 1 - Identificação dos problemas de saúde

O acolhimento atualmente está plenamente implantado na Unidade de Saúde; ainda que haja um déficit de profissionais que dificulta o desenvolvimento do mesmo. Há problemas pois

alguns membros da equipe de saúde apresentam grande resistência a mudança, sendo considerado um grande desafio superar tais condições.

Além do problema relacionado a resistência a mudança e a execução das ações relacionados ao acolhimento cite-se ainda:

- 1 - doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão) com muitos indivíduos com diabetes e pressão arterial não controlada;
- 2 – indicadores sociais (desemprego, pobreza);
- 3 – alta demanda na unidade de saúde com poucos profissionais disponíveis;

Passo 2 – Classificação e priorização dos problemas

O quadro 01 a seguir apresenta a classificação e priorização dos problemas relacionados ao acolhimento na unidade de saúde:

Quadro 01. Classificação e priorização dos problemas

| ÁREA | Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento |
|--------------------------|--|--------------------------------------|------------|--|
| PRIORITÁRIA NO PEPSUS | Necessidade de melhorias nas ações do acolhimento; | (x) Alta () Média () Baixa | Alta | (x) Total () Parcial () Fora |

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Passo 3 – Descrição do problema

O acolhimento pode ser entendido como um dos passos do processo de trabalho. Trata-se de um dos dispositivos inseridos na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS) (BRASIL, 2004). O acolhimento em verdade vai além da recepção ao usuário, de modo que o considera de maneira holística. O ato de acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

A unidade atualmente trabalha com uma alta demanda. Os profissionais não são suficientes para atendimento as demandas de saúde e o acolhimento foi implantado mas ainda necessita de ajustes; visto que os serviços de saúde na atualidade estão sendo realizados no sentido de suprir as necessidades de saúde (principalmente com relação ao covid); O problema agravou-se ainda mais a partir de março de 2020 com o covid 19.

Passo 4 – Explicação do problema

Na Unidade de Saúde da Família Serranópolis Caruaru Pernambuco foi implementado o acolhimento, contudo acredita-se que após a pandemia e uma reforma do quadro de funcionários, suprimindo os espaços que atualmente encontram-se vagos há planas condições de trabalhar de forma mais efetiva com relação as ações voltadas ao acolhimento e de fato desenvolver um trabalho de maior qualidade a população do território que precisam dos

serviços de saúde.

O acolhimento é considerado como ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica que objetivam resolver os problemas de saúde do indivíduo. Entende-o de forma integral, e faz com que o mesmo ajude a solucionar o seus problemas de saúde(BRASIL, 2013).

Através do acolhimento o indivíduo é analisado como um todo, verificando se a sua condição de saúde não faz parte de uma gama de fatores que devem ser alterados para que de fato possa usufruir de saúde plena (BRASIL, 2014).

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Com base nestas informações apresenta-se o nó crítico relacionado ao nó crítico relacionado a:

Necessidade de capacitação contínua com relação as ações voltadas ao acolhimento.

Os quadros a seguir contemplam o “Passo 6 – Desenho das operações sobre os nós críticos”, “Passo 7 – Elaboração do plano operativo”, “Passo 8 - Execução do plano”, e “Passo 9 – Gestão do plano”:

Passos - 06, 07, 08, 09

Quadro 02. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 01:

| | |
|-----------------------------|--|
| Nó crítico 1 | Necessidade de capacitação contínua com relação as ações voltadas ao acolhimento. |
| Operação (operações) | Desenvolver ações voltadas a necessidade de capacitação contínua com relação as ações voltadas ao acolhimento. . |
| Projeto | “Capacitação da Equipe Já” |
| Resultados esperados | Equipe de saúde realizando plenamente o acolhendo e plenamente capacitada. |
| Produtos esperados | Acolhimento bem realizado pelos membros da unidade de saúde e equipe bem capacitada; |
| Recursos necessários | Cognitivo: entendimento da equipe de saúde e dos usuários do território sobre o acolhimento e seus conceitos nas capacitações realizadas; Financeiro: apoio da secretaria de saúde ao desenvolvimento das capacitações voltadas a melhoria do acolhimento na unidade; Político: apoio da comunidade e da equipe de saúde a execução das ações relacionados ao acolhimento e necessidade de capacitação da equipe de saúde. Médico da Unidade juntamente com a enfermeira; |

Controle dos recursos críticos - ações estratégicas motivação favorável com ações com a equipe de saúde e com os usuários para implantação do acolhimento e capacitação contínua dos membros do território;

Acompanhamento do plano - responsável e prazos O acompanhamento do plano será feito pelo médico da unidade juntamente com a enfermeira a partir das primeiras reuniões onde for realizado as ações de implementação do acolhimento e capacitação da equipe de saúde. Responsável: Médico e Enfermeira. Prazo: 150 dias;

Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações A gestão do plano será executada pelo médico da unidade juntamente com enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelos mesmos membros da equipe com reunião quinzenal para ajustes de potenciais erros e acertos que o processo mereça. A capacitação será exercida pelo médico com apoio da secretaria de saúde e demais instrumentos.

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017)

Percebe-se que as ações voltadas ao acolhimento foram implementadas e estão sofrendo ajustes, visto que alguns profissionais apresentam certa resistência a mudança, de modo que com o tempo e realizando os ajustes necessários certamente a população atendida, juntamente com a equipe de saúde serão intensamente beneficiadas.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A microintervenção aqui apresentada trata sobre a Abordagem ao Câncer na Atenção Primária à Saúde. A unidade apresenta como equipe de saúde 1 dentista, 1 auxiliar de dentista (auxiliar de saúde bucal), 1 enfermeira, 1 técnico e enfermagem, 4 Agentes Comunitários de Saúde. No território existem 4 micro áreas sendo que 1 encontra-se descoberta. Anterior ao covid o atendimento era feito em 75% por agendamento e 25% espontânea. Após o covid os atendimentos são todos na modalidade de demanda espontânea.

A percepção geral sobre as ações de abordagem ao câncer na atenção primária à saúde para a execução de campanhas de prevenção e promoção à saúde são implementadas, inclusive com meses temáticos para promoção de prevenção, como exemplo cite-se Outubro Rosa e Novembro Azul. Cite-se ainda a realização contínua de coleta de material para análise do Câncer de Colo de Útero, e exame físico de Câncer de Mama, ou em alguns momentos a Carreta do Hospital do Câncer ou encaminhamento para especialista em caso de algum sintoma característico.

Cite-se grande importância das ações de abordagem ao câncer na atenção primária à saúde dentro da sua Unidade de Saúde atuando na prevenção, evitando o adoecimento, desafogando o sistema público de saúde na busca da redução da morbidade e mortalidade das patologias.

O tema é importante para a Saúde da Família no Brasil frente a importância das ações de prevenção e promoção da saúde pública. A justificativa local para a microintervenção está na importância das ações de rastreio, isso porque temos um baixo índice de cobertura, ainda que hajam campanhas, folhetos, entre outras ações que não vem atingindo a cobertura necessária. Além disso existe o estigma do exame do “toque” (próstata) preventivo do câncer de colo de útero a partir de 25-69 anos. Além destes ainda trabalhamos com maior afinco o câncer de colon e reto, câncer de pele, e câncer de boca. A microintervenção mostra-se extremamente importante para o território por todos estes motivos.

Os objetivos da microintervenção pairam na necessidade de aumentar número de exames de citologia, mamografia, toque retal, câncer de colon e reto, câncer de pele, e câncer de boca. e demais ações de prevenção e promoção da saúde com enfoque na abordagem do câncer na atenção básica.

As ações relacionadas ao Câncer na Atenção Primária estão baseado principalmente na busca por novos casos de câncer de colo de útero, câncer de mama, e câncer de próstata, câncer de colon e reto, câncer de pele, e câncer de boca, sendo os mais prevalentes. Sempre desenvolvemos verificações nos adultos com base em fatores de risco com destaque para risco cardiovascular, dislipidemias, avaliação de hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo II, tabagismo, abuso de álcool e obesidade. É sabido que estes comportamentos e condições são os maiores precursores dos principais cânceres (GOLDMAN et al, 2019).

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção, sendo que as ações foram desenvolvidas com vistas a prevenção dos principais tipos de cânceres em orientações e palestras realizadas com os membros da equipe de saúde e com os usuários que foram atendidos nos turnos matutino e vespertino da Unidade. A primeira ação se deu dia 30 de agosto de 2020 na sala de espera da unidade. Foi realizado uma reunião tendo o médico o direcionador da mesma, sendo cumprido todas as medidas preventivas relacionadas a prevenção do covid 19 onde foram tratados temas relacionados a ação da equipe de saúde na prevenção e promoção de saúde na perspectiva dos principais cânceres da população e ação da atenção primária. Além disso foram abordados as ações que cada membro deveria fazer durante o mês de novembro no que tange a temática. Além disso o médico da unidade e a enfermeira fizeram pequenas palestras e orientações antes de iniciar os atendimentos. Estas orientações duravam entre 15 a 45 minutos e abordavam as principais ações da atenção básica e os principais cânceres que acometem estas populações.

O campo onde atua-se apresenta um total de 4.000 usuários cadastrados. Destes, 500 hipertensos, 330 diabéticos e 350 pacientes de saúde mental. Além disso contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O público alvo foram pessoas da comunidade atendidas entre os dias 02 a 13 de novembro de 2020, estavam incluídas crianças, adolescentes, adultos, idosos, e distintas necessidades. As orientações pautaram-se na necessidade de rastreamento a partir das idades e condições de saúde, colocando a atenção básica sempre disponível aos membros da comunidade.

Percebeu-se nestas intervenções que a população possui um conhecimento baixíssimo sobre a possibilidade e necessidade de rastreamento, inclusive houveram mulheres que já marcaram o papanicolaou.

Resultados alcançados

Nota-se que houve uma resposta excelente dos membros da equipe de saúde com as ações voltadas ao Câncer na Atenção Primária. Houve um aumento de 30% nas demandas por preventivos, e demais consultas com pessoas do território que apresentavam sintomas que poderiam representar o câncer.

A percepção geral foi tanto de capacitação da equipe de saúde com maiores conhecimentos relacionados aos mais prevalentes tipos de cânceres como da maior adesão dos pacientes. Participaram cerca de 10 pessoas por turno, totalizando cerca de 200 pessoas totais. As maiores dificuldades apresentaram antes da microintervenção era a baixa adesão dos pacientes quanto a prevenção destes tipos de cânceres.

Continuidade das ações

A continuidade das ações estará ligada a manutenção do mês temático, inclusive com a divulgação e realização dos exames necessários para cada tipo de câncer. A intervenção quanto as impressões finais pairam sobre a importância devido a prováveis doenças evitadas.

Referências

Goldman, Rosely Erlach; et al. Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. Rev Bras Enferm [Internet], v.72, p. 286-92, 2019.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Esta terceira microintervenção trata sobre ações realizadas na Unidade de Saúde da Família Serranópolis, Caruaru/PE. Abordou o controle das doenças crônicas na atenção básica. As doenças crônicas representam atualmente um dos principais problemas de saúde pública, e a principal causa de consulta e acompanhamento dentro da atenção básica. Possuem como fatores de risco o etilismo, tabagismo, drogadição, obesidade, trauma no pé com infecção, que potencializam ainda mais os efeitos devastadores. Destaque para o diabetes e a hipertensão. A solução além do tratamento medicamentoso está no controle de peso, controle de glicemia, pressão arterial, diminuição dos fatores de risco, enfim, adesão ao tratamento, além de frequência nas reuniões e programas disponibilizados pela UBS (HIPERDIA).

No caso em especial na Unidade de Saúde Serranópolis, trabalhou-se em especial nesta intervenção quais são as medidas que devem ser tomadas para diminuição dos efeitos e obtenção do controle. Contudo ainda há em alguns momentos dificuldade de realização de exames, dificuldade de acesso a especialistas, capacitação dos profissionais (considerada deficiente), além da necessidade de grupos operativos mais ativos, programas preventivos na comunidade.

Neste caso em particular realizaram-se de campanhas preventivas, e busca ativa (respeitando as medidas de isolamento, relacionadas ao covid 19). Buscou-se incentivar membros da comunidade a realizarem exames de rotina e identificarem potenciais alterações (sintomas característicos). É sabido que as doenças crônicas muitas vezes não apresentam sintomas, contudo há algumas importantes alterações que podem evidenciar (principalmente o diabetes).

É importante ressaltar que a população masculina é o maior desafio. Isso porque na grande maioria das vezes as atividades ofertadas apresentam uma adesão baixa. Geralmente o homem apresenta um estigma para se tratar, também alega que trabalha muito, e só busca os serviços de saúde quando surgem os sintomas de forma evidente.

Com base nestes posicionamentos iniciais é objetivo desta intervenção promover a capacitação da equipe e realizar orientações com os usuários hipertensos e diabéticos do território.

É uma condição crônica, que afeta principalmente idosos, e traz, dentre muitas comorbidades, aumento da possibilidade de infarto, de acidente vascular encefálico, falência renal e outras patologias. A hipertensão, de acordo com dados do Ministério da Saúde obtidos através do Datasus, entre os anos 1996 a 2009, foi responsável por 9,2% a 25,2% dos óbitos (BRASIL, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, conceituando o agravo como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A pressão arterial considerada normal é de 120x80mmHg; contudo, em idosos,

admite-se 130x90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Está ligada a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo, atingindo principalmente coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Também é muito comum condições relacionadas a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

As doenças cardiovasculares estão intimamente ligadas à Hipertensão Arterial Sistêmica e suas consequências. A mesma apresenta íntima relação com doença cardiovascular, IAM e AVE, bem como de seus principais fatores de risco – HAS e diabetes melitus – exhibe determinantes comuns (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No que diz respeito aos fatores de risco, quando presentes, aumentam significativamente a HAS, como efeito de idade, ser negro, possuir baixa escolaridade, história familiar, obesidade, obesidade central, uso excessivo de bebidas alcoólicas e ingestão excessiva de sal (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE; 2014).

É sem dúvida uma doença crônica de alta prevalência e baixas taxas de controle. Por, em muitos casos, não apresentar sintomas, muitos negligenciam. O que ocorre é que pela falta de sintomas em muitos casos, quando o indivíduo busca a atenção básica, já apresenta os reflexos e consequências (ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2014).

Quanto ao diabetes, Brasil (2013) define como doença crônica não transmissível caracterizada por caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

O diabetes é considerado um problema de saúde pública mundial. Isso porque em países da América Central e América do Sul estima-se que haja 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), desenvolveu um estudo em 2011 que apresentou aumento da prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos de 5,3% para 5,6%, entre os anos 2006 a 2011. Na pesquisa de gênero evidenciou-se um aumento no gênero masculino, passando de 4,4%, em 2006 para 5,2%, em 2011. Outra característica evidenciada por esta pesquisa diz respeito à associação do diabetes a pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo (BRASIL, 2011).

A idade é outro fator de risco importante sendo que 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. (BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003) atualmente o Brasil está na 8ª posição entre os países do Mundo com indivíduos diabéticos, com prevalência de 4,6% em 2000. Estima-se que vá para a 6ª posição, com 11,3%, até 2030. Não restam dúvidas que

fatores de risco como maus hábitos alimentares, sedentarismo, contribuem significativamente para o incremento na carga de diabetes em perspectiva global. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Quando não controlado o diabetes mellitus (DM) pode provocar, principalmente a longo prazo consequências terríveis. Dentre elas cite-se disfunção e falência de distintos órgãos, com destaque para os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Existe também uma relação evidenciada por alguns estudos entre níveis alterados de glicose sanguínea com doença cardiovascular. Frequentemente o DM é considerado a causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, como é caso do pé diabético (SCHMIDT et al., 2010).

O Diabetes pode ser classificada em tipo I, II e III. Nas três classificações podem ocorrer complicações que vão desde problemas renais, retinopatias, e o pé diabético, objeto de estudo desta intervenção (BRASIL, 2013).

Metodologia

A metodologia utilizada foi o relato de intervenção sobre ações realizadas no contexto da abordagem das doenças crônicas na atenção primária. A intervenção ocorreu no mês de janeiro de 2021, e envolveu tanto indivíduos que buscavam atendimentos diversos como usuários hipertensos e diabéticos. O campo foi o território da unidade de saúde, o público-alvo a equipe de saúde e os usuários, a ação teve caráter informativo/orienativo. Os responsáveis pela ação foram o médico da unidade juntamente com enfermeira e apoiado pelos membros da equipe de saúde, e foram utilizados como referência os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde.

Resultados alcançados

A ação realizada trouxe importantes evoluções tanto no contexto do processo de trabalho quanto do autocuidado. Participaram efetivamente pelo menos 350 usuários do território que buscaram atendimento e receberam as orientações sobre as doenças crônicas. Houve um aumento de 40% na procura relacionada ao controle das doenças crônicas. A equipe também está atualizando a planilha de diabéticos e hipertensos para um controle mais apurado.

Continuidade das ações

A continuidade das ações e dará nos próximos meses, reforçando as medidas relacionadas ao controle destas doenças, como também nas ações executadas pela equipe de saúde.

Considerações Finais

Como considerações finais da proposta fica a necessidade de ações contínuas de controle das doenças crônicas, como também de aperfeiçoamento e capacitação da equipe, para melhor atender a população do território.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral as ações realizadas com a equipe de saúde foram extremamente benéficas. Com estas ações pode haver um estreitamento mesmo com a pandemia do covid 19. Em verdade acredita-se que após o fim desta pandemia poderemos trazer novamente a comunidade para a UBS e continuar com os programas (Diabetes, Hipertensão, Obesidade, Tabagismo, Saúde Mental).

Com relação as ações de acolhimento, as mesmas foram importantíssimas, visto que o processo de trabalho ganha muito com isso. Percebeu-se que a equipe trouxe mais informações aos prontuários e está realizando escuta dos pacientes, trazendo a situação muito mais mastigada e precisa para a consulta e o acompanhamento também está sendo muito melhor executado.

No que tange a abordagem do câncer na atenção primária, verificou-se que o rastreamento também está mais bem realizado. Atualmente temos organizado programas para abranger o máximo de pessoas no território, atingindo ao objetivo de diagnóstico precoce dos principais tipos de cânceres com destaque para mama, colo de útero, reto, pele.

As dificuldades, e fragilidades da proposta estiveram ligadas principalmente a pandemia. É notório a diferença de busca por serviços de saúde, relacionadas a atenção primária. Houve uma diminuição na demanda pelos serviços habituais de saúde da mulher, idoso, criança, saúde mental, mas aumento de busca por IVAS, e casos de covid. Acredita-se que a população encontra-se amedrontada e a normalidade somente após a pandemia. Estas são as percepções finais.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, abr.-jun., 2014.

BRASIL. BVS. Biblioteca Virtual de Saúde. **Acolhimento**. 2020. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html#:~:text=O%20acolhimento%20%C3>> Acesso em 14 nov. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família-volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: (Cadernos de Atenção Básica, n.39), 2014. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/040923FL.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão

Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. 2012 Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 21 de julho de 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolivar, *et al.* 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 107, n. 3, Supl. 3, set. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.

Acesso em: 24 fev. 2021.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Geneva: WHO, 1999.