



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 E PLANEJADAS VISANDO
MELHORIA DO ATENDIMENTO A POPULAÇÃO ATENDIDA PELA
EQUIPE 1, DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSEFA COSTA
CAVALCANTE DA CIDADE DE MONSENHOR TABOSA/CE**

ANA CARLA PIOVEZAN SABINO

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS E PLANEJADAS VISANDO MELHORIA DO
ATENDIMENTO A POPULAÇÃO ATENDIDA PELA EQUIPE 1, DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA JOSEFA COSTA CAVALCANTE DA CIDADE DE MONSENHOR
TABOSA/CE

ANA CARLA PIOVEZAN SABINO

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: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

RESUMO

Este relato traz uma compilação de três microintervenções estimuladas pelo que foi aprendido no decorrer desse curso de Especialização da Saúde da Família, que contemplaram os temas: humanização no acolhimento; Abordagem ao Câncer no homem; e controle do tabagismo na APS. Objetivou-se promover a melhoria do atendimento da população do território adscrito à equipe 02 da Unidade de Saúde da Família (USF) Josefa Costa Cavalcante, em Monsenhor Tabosa – Ceará. Para tanto foram planejadas ações com intuito de implantar atividades de orientações e conscientização, na Estratégia de saúde da família. Para este trabalho foi utilizado uma metodologia educacional e construtivista. Espera-se que seja possível colocar em prática todas as ações planejadas, porém, com o planejamento das ações pode-se perceber que a educação continuada em saúde é o meio mais simples e que tem excelente resultado, sem custos, apenas com muita força de vontade pode-se fazer a diferença, sensibilizar pessoas, aumentar o número de colaboradores e de pessoas conscientes da importância da prevenção.

Palavras-Chave: Acolhimento; Tabagismo; Educação em Saúde.

SUMÁRIO

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

1. INTRODUÇÃO

As intervenções apresentadas são frutos de um trabalho conjunto, na qual a equipe buscou sempre diagnosticar, identificar e levantar dados e números para verificar os pontos críticos e as potencialidades a fim de conseguir um resultado conforme as necessidades reais do território de atuação.

A partir de muitas queixas da comunidade adstrita sobre a necessidade de melhorar o acolhimento, assim como a baixa procura dos serviços de saúde e adesão aos cuidados de saúde pela população masculina e o índice de homens com câncer de próstata, pênis, entre outros e uma parcela de pessoas tabagistas, que necessitavam de maior atenção, a escolha dos temas a serem trabalhados foi justificada. Nesse contexto, este relato traz uma compilação de três microintervenções estimuladas pelo que foi aprendido no decorrer desse curso.

Os eixos contemplados foram: humanização no acolhimento; Abordagem ao Câncer no homem; e controle do tabagismo na APS. Tais temas são importantes para a Saúde da Família no Brasil, visto que, visam a promoção e prevenção da saúde dos usuários, contribuindo assim com os pacientes e suas famílias que tanto precisam desses serviços.

O cenário de prática foi o território adscrito à equipe 02 que atende a comunidade adstrita da Unidade de Saúde da Família Josefa Costa Cavalcante, em Monsenhor Tabosa – Ceará. Espera-se, com este aprendizado, poder, cada vez mais, diminuir o índice de morbimortalidade da população e trazer melhorias na acessibilidade e humanização do atendimento, pontos estes que apresentavam bastante falhas.

Monsenhor Tabosa é um município brasileiro do estado do Ceará (Área: 886.303,00), na Mesorregião dos Sertões Cearenses. Sua população no ano 2016 foi estimada em 17 025 habitantes.

Conta com um sistema de distribuição de água, energia elétrica, agência dos correios, agência bancária e rede telefônica.

Entre os postos de saúde, destaca-se a Unidade de Saúde da Família (USF) Josefa Costa Cavalcante, que é o cenário destas microintervenções, na qual é possível marcar consultas para as áreas de Clínica Geral.

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso é apresentar 3 relatos de experiência sobre intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família Josefa Costa Cavalcante, em Monsenhor Tabosa – Ceará, que contemplaram os temas: humanização no acolhimento; Abordagem ao Câncer no homem; e controle do tabagismo na APS.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Nossa primeira intervenção foi voltada a melhorar o acolhimento a comunidade adistrita da Equipe 2, da Unidade de Saúde da Família Josefa Costa Cavalcante, em Monsenhor Tabosa- Ceará. O interesse de desenvolver esta microintervenção se deu ao observar a realidade do tipo de acolhimento oferecido na referida Unidade de Saúde concomitantemente a realização da Especialização.

Sabe-se que o acolhimento humanizado pode trazer muitos benefícios para os envolvidos, tanto para quem oferece como para quem recebe. De acordo com a Política nacional de humanização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas, sendo determinado em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreendendo a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

Verificou-se que os usuários estavam reclamando bastante do atendimento oferecido na recepção da Unidade de Saúde da Família José Costa Cavalcante. Destarte, a médica da equipe trouxe o fato a equipe em reunião técnica. O tema foi recebido pelos membros da equipe que falaram e debateram sobre o mesmo, a fim de que cada um expusesse seu ponto de vista e opinasse de que forma poderíamos intervir. A enfermeira da equipe deu a ideia de que todos os funcionários recebessem uma capacitação sobre acolhimento humanizado e a diretora disse na reunião que iria entrar em contato com a Secretaria de Saúde para ver a possibilidade de viabilidade de acontecer esta Capacitação.

Numa segunda reunião, a diretora trouxe a seguinte resposta: Haviam estagiárias do Curso de Psicologia de uma Universidade parceira da Secretaria de Saúde que se dispunha a dar essa capacitação, na própria Unidade de Saúde. Como no período da Microintervenção também havia preocupação com a Pandemia Covid-19, a capacitação sobre Acolhimento Humanizado e Técnicas de Biossegurança".

A capacitação ocorreria com a duração de 4 horas, seriam utilizados slides (Power point) apresentados em data show da Unidade de Saúde. As cadeiras ficariam com distanciamento recomendado para segurança de todos, que estaria de máscaras, toucas e fazendo uso de álcool em gel.

Os Ministrantes responsáveis pela capacitação foram: 1 professora e 3 estudantes do 10º período do Curso de Psicologia. As linhas abordadas foram: "O que é Humanização?"; "Como acolher os usuários" e "Biossegurança em época de Pandemia".

Participaram do Curso os membros da equipe e demais funcionários da Unidade que

atendem na recepção da Unidade e na Administração, num total de 16 (dezesesseis) pessoas.

A capacitação foi iniciada com dinâmica de apresentação. Todos ficaram em círculo e cada um apresentou o colega do lado. A equipe levou todos os participantes a refletirem sobre as falhas no acolhimento e cada um foi convidado a indicar pelo menos 1 falha. Uma das acadêmicas ficou responsável por anotar.

Ao final foram identificadas várias falhas, entre elas a necessidade de melhorar a informação individualizada para os usuários.

Houve uma roda de conversa e todos teriam que indicar primeiramente as falhas identificadas e anotar em um papelzinho, colocar em uma urna. Depois teriam que tirar da urna um papelzinho e procurar uma solução, indicar uma forma de melhorar o acolhimento, para a falha apontada no papel. Depois, o participante teve que ir lá na frente e falar sobre a falha e a possível solução para todos os participantes.

Após esta etapa, todos foram chamados a participar de roda de conversa sobre o acolhimento, o tema era "o acolhimento em época de pandemia". As discussões foram baseadas especialmente na necessidade de identificar os pacientes que estariam com sintomas de covid, a fim de que evitasse possível transmissão, de forma que não causasse constrangimento a esses pacientes. Uma das ideias foi a criação de cartazes sobre os sintomas do covid-19 e como proceder caso sentisse tais sintomas.

Na Unidade, com material lá existente, foram confeccionados cartazes pelos participantes do curso. Os mediadores do curso iam anotando os sintomas no cartaz, pendurado na parede e os participantes iam indicando os sintomas. Nesse momento, todos demonstraram bastante conhecimento sobre os sintomas. O referido cartaz, foi colado na entrada da Unidade para que cada pessoa que chegasse a Unidade com esses sintomas, que precisasse de algum serviço, entrasse em contato com o callcenter e regulasse seu atendimento, a fim de evitar possível contágio de outras pessoas e um atendimento mais apropriado para o paciente.

Outra ideia criada pelos participantes do curso foi de preparar informativos para que os pacientes ficassem a par sobre como estaria sendo o atendimento da Unidade, nas circunstâncias de pandemia, e que deixassem na frente da Unidade, de forma que os pacientes evitassem tumulto e aglomeração, sendo que as vezes só desejavam tirar alguma dúvida sobre o atendimento.

Em diversos momentos, as estagiárias precisaram mediar as discussões, tendo em vista que alguns dos participantes sentiam-se prejudicados e sobrecarregados ao precisarem acolher os usuários, em especial a recepcionista, dizendo que muitas vezes não conseguia anotar os dados necessários do prontuário e verificar que tinha sintomas de covid. Queixou-se dos técnicos de enfermagem, dizendo que era função dos mesmos triar os pacientes, porém, os mesmos também queixavam-se do grande número de pacientes para triar, e mesmo, quando chegavam a serem triados já teriam tido contato com os pacientes na fila. Logo, foi decidido

entre todos que uma das funcionárias da administração ficaria responsável por ajudar neste acolhimento. E os agentes comunitários de saúde em multiplicar as informações sobre o atendimento, evitando que muitos precisassem vir a Unidade apenas para tomar informações, e os pacientes com suspeita de covid, receberiam informação sobre como ter seu atendimento regulado pelo callcenter.

Pode-se considerar que a capacitação foi um sucesso, e trouxe uma grande melhoria, humanizando o atendimento aos usuários. Todos compreenderam a importância do bom acolhimento para evitar maior contágio do covid e sentiram-se responsáveis por buscar cada vez mais melhorias no atendimento dos usuários.

A fim de monitorar os resultados, ficou-se decidido todos os meses, em reunião técnica falar sobre o acolhimento e como tem sido os resultados alcançados, de forma que se possa sempre estar atentos as necessidades dos usuários e dos colegas de trabalho, promovendo a saúde da população.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Este trabalho apresenta a proposta de uma Microintervenção com estratégias para a melhoria do acesso e da assistência aos homens na Unidade de Saúde da Família Josefa Costa Cavalcante. Após a análise situacional, o tema definido como prioritário para microintervenção foi a baixa procura dos serviços de saúde e adesão aos cuidados de saúde pela população masculina e o índice de homens com câncer de próstata, pênis, entre outros. O Plano de microintervenção construído contou com as seguintes etapas: sensibilização e capacitação da equipe de saúde sobre a importância das diretrizes PNAISH para bom atendimento à população masculina; ampliação do acesso aos serviços de saúde com o agendamento de consultas em horário diferenciado; oferta de serviços: ações educativas, testes rápidos e imunização.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de próstata representa um problema de saúde pública muito importante, sendo estimado como o segundo tumor maligno mais prevalente mundialmente (INCA, 2020). No Brasil, o índice da doença vem aumentando, estimam-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Sendo muito preocupante, pois, tal valor indica um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2020).

Muitas complicações poderiam ser evitadas caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária e diagnósticos. Essa resistência masculina aos serviços básicos de saúde acarreta no aumento dos gastos públicos para o custeio de internamentos preveníveis e sobretudo do sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida, em especial no caso de pacientes oncológicos (SALDIVA; VERAS, 2018).

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento (BRASIL, 2008). Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

Silva e colaboradores (2012) inferem que as Unidades de Saúde não possuem programas ou atividades direcionadas à população masculina, dificultando a interação entre os homens e as práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças cancerígenas.

Merece atenção e debates o tema, visto que tem sido a causa da negligência do cuidado em saúde da população masculina, essa cultura machista especialmente no que tange o diagnóstico do câncer de próstata, pois, esses serviços expõe o corpo (região anal) perante o profissional de saúde, sendo muito vergonhoso para o homem e devido a sua cultura afeta sua masculinidade (CHIKOVORE et al, 2014; COELHO; MELO, 2018).

Para a elaboração das estratégias do plano, foi utilizada a técnica

do *brainstorming* (“tempestade de ideias”), para identificar ideias para o enfrentamento dos problemas no PES. Trata-se de uma técnica que possibilita, num curto período de tempo, o aparecimento de um grande número de ideias. Pode ser utilizada para identificar de problemas, de causas e de soluções (HIDALGO; ALBORS, 2008).

A partir da observação ativa, observou-se que a maioria dos pacientes que procura o serviço de saúde é do sexo feminino, apenas uma pequena parcela da população masculina utiliza a unidade básica de saúde. Dentre esta minoria prevalecem os homens com idade maior que 60 anos, refletindo a baixa adesão dos homens de 20 a 60 anos. Notou-se que os pacientes do sexo masculino só procuram o serviço de saúde quando alguma doença já está instalada e a consequência é o aumento da demanda por condições crônicas agudizadas desta parcela da população e também das internações por condições sensíveis à atenção básica e o câncer, quando diagnosticado no início, pode ter mais chances de cura.

Diante destas observações, a equipe identificou como problema prioritário para intervenção a baixa participação do homem nas ações de saúde na Unidade de Saúde da Família. Sendo assim, o plano de intervenção é voltado aos usuários do sexo masculino com idade a partir de 18 anos, adscritos na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jofesa Costa Cavalcante.

Propõe-se como estratégia inicial a busca ativa dos usuários do sexo masculino adscritos à Unidade de Saúde da Família Josefa Costa Cavalcante, realizada por Agentes Comunitários de Saúde, técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros, para orientá-los sobre a importância dos cuidados com a saúde masculina. Sobre a saúde masculina e como procurarem atendimento médico para realização de avaliação do estado de saúde. Concomitantemente, é preciso que a secretaria de saúde organize ações de educação permanente para capacitar os profissionais sobre os cuidados em saúde do homem, prevenção ao câncer, conforme previsto nas diretrizes da PNAISH.

O plano elaborado conta com as seguintes etapas:

Etapa 1: Sensibilização e capacitação da equipe de saúde

No primeiro mês, em reunião técnica, anotada em ata pela enfermeira, o plano de intervenção é apresentado e discutido com a equipe de saúde. Nesta reunião será utilizada a técnica do *brainstorming* para levantar ideias para a operacionalização do plano. No segundo mês, pretende-se capacitar a equipe de saúde para manejo sobre prevenção de câncer de pênis e próstata (orientações preventivas) com os homens do território. A médica e a enfermeira da equipe irão capacitar a Equipe de Saúde da Família para que saibam como atuar no manejo dos casos. Para tanto, usarão como base, as diretrizes PNAISH para bom atendimento à população masculina. A capacitação será na sala de reuniões da Unidade.

Etapa 2: Ampliação do acesso aos serviços de saúde para os homens.

A partir do terceiro mês, após a sensibilização e capacitação da equipe, para garantir o

acesso aos serviços àqueles que trabalham em horário comercial será organizada agenda de atendimento semanal em horário diferenciado, das 17h às 20h. Durante este período serão agendadas consultas para o atendimento da população masculina adscrita.

Etapa 3: Oferta de serviços: ações educativas.

Após o início da oferta de atendimentos em horário especial, a equipe se organizará para a realização de oficinas voltadas à população masculina que envolvam ações de educação em saúde, testes rápidos e imunização. Os agentes de saúde ficarão responsáveis por levantar uma lista dos homens adscritos à Unidade de Saúde e convidá-los para participarem das ações. Os temas serão os seguintes:

1. Machismo e preconceito;
2. Promoção da saúde: hábitos de vida saudáveis, como alimentação, tabagismo e prática de exercícios físicos.

Serão realizadas 04 ações educativas no intervalo de 1 mês. Pretende-se dar início ao plano de intervenção no primeiro semestre de 2021, de acordo com autorização da Secretaria de Saúde, devido à pandemia do Covid-19. O desenvolvimento desse plano só será possível com a utilização de recursos humanos (membros da equipe) e materiais, assim como de local apropriado para as realizações das reuniões. Espera-se que a efetivação desse plano de intervenção reflita na melhoria da assistência e condição de saúde dos homens adscritos.

Como parâmetro de avaliação da adesão às ações, será registrado em livro de presença a participação de todos os homens nas ações planejadas (consultas em horário diferenciado, ações educativas, testes rápidos e imunização) para averiguar quais ainda não participaram e assim poder realizar nova busca ativa.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Este relato apresenta uma proposta de microintervenção com o objetivo de controlar e reduzir o tabagismo a fim de minimizar os malefícios do mesmo em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na comunidade adscrita ao Joseja Costa Cavalcante. Após análise situacional e o uso do método da estimativa rápida o problema da intervenção foi definido. A principal estratégia proposta utilizada foi o planejamento da implantação de um grupo de apoio de combate ao tabagismo, além do levantamento do levantar o perfil dos usuários tabagistas assistidos pela referida Unidade de Saúde da Família. Além disso, pretende-se capacitar a Equipe de Saúde da Família a respeito do protocolo de manejo do controle e redução do tabaco para posteriormente, implantar ações educativas para o controle e redução do tabagismo e monitorar as ações propostas.

O tabagismo mata mais de 7 milhões de pessoas todos os anos no mundo (XAVIER, 2019). No Brasil, mata 428 pessoas por dia. O percentual aponta que, 12,6% de todas as mortes que ocorrem no país podem ser atribuídas ao tabagismo, e 156.217 mortes poderiam ser evitadas a cada ano (INCA, 2017).

O tabagismo é fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. Este hábito responde por mortes por infarto do miocárdio, mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), mortes por doença cérebro-vascular e mortes por câncer. Também aumenta o risco de pessoas desenvolverem e morrerem por tubérculos e desencadeia e agrava condições como a hipertensão e diabetes (OPAS, 2010).

Uma associação ainda mais preocupante é a prática desse comportamento entre a população hipertensa. Estudos afirmam que hipertensos fumantes possuem péssimo prognóstico cardiovascular mesmo quando tratados para hipertensão por um provável efeito farmacológico deletério aos compostos do cigarro. Portanto, é urgente reconhecer a gravidade dessa condição e tratar o tabagismo como doença, além de melhorar a abordagem aos fumantes e oferecer tratamento apropriado para esta arriscada dependência (SOUZA, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como cenário adequado para se executar ações de controle do tabagismo, uma vez que atua com estratégias no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011).

A implantação do projeto será no segundo semestre de 2020 ou conforme for possível, devido à pandemia do Covid-19.

O espaço utilizado para reuniões será a sala de atendimento da Unidade.

Para a construção das linhas de ação, o presente projeto de intervenção conta com as seguintes linhas de ação: levantamento e perfil dos usuários tabagistas, Sensibilização e Capacitação da

equipe de saúde, Implantação da assistência qualificada e ações educativas e Monitoramento. Cada linha construída será melhor descrita abaixo.

Etapa 1: Levantamento e perfil dos usuários tabagistas

No primeiro mês, em reunião técnica, anotada em ata pela enfermeira, conversou sobre o projeto e sobre a pretensão, junto a equipe de saúde 2 de levantar o número de usuários tabagistas da Unidade, verificar faixa etária, sexo, ocupação, e outros dados que possam ser importantes na construção do perfil do usuário.

Os agentes de saúde farão esse levantamento, em suas visitas domiciliares.

Etapa 2: Sensibilização e Capacitação da Equipe de Saúde

No segundo mês, pretende-se capacitar a equipe de saúde 1 sobre os males do tabagismo.

A médica juntamente com enfermeira da Equipe, capacitará a equipe, com base na humanização do atendimento, para melhor acolher, captar os tabagistas, bem como capacitar toda equipe para dar orientações necessárias aos usuários.

A capacitação será na sala de reuniões da Unidade.

Nesta etapa, a equipe usará duas reuniões técnicas para elaborar dinâmicas, e ações educativas que serão desenvolvidas com o intuito de sensibilizar os tabagistas dos malefícios do tabaco e se empenharem a controlar e reduzir o tabagismo. A forma de abordagem e manejo também será discutida, para a construção de um protocolo de assistência qualificada para este segmento. Serão utilizadas as seguintes referências para este momento: Caderno de Atenção Básica nº 40 que versa sobre Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.

Etapa 3: Implantação da assistência qualificada e ações educativas

No terceiro mês se iniciarão os encontros do grupo de tabagistas para discorrer sobre vários temas.

Em reunião técnica a equipe incluirá em seu cronograma, um dia para grupo de tabagistas.

Para as ações educativas os ACS irão convidar todos os tabagistas, por meio de convite previamente elaborado para que venham a Unidade de Saúde, na sala de reuniões, para que participem das ações educativas, que acontecerão 4 vezes, durante o período da microintervenção, com duração de 3 horas em cada semana.

A ideia é criar um grupo contínuo de tabagistas que possam compartilhar seu progresso e suas experiências.

Neste encontro serão realizadas rodas de conversa para trocas de experiências sobre a experiência e dificuldades de cada pessoas, tais como lidar com a abstinência, entre outras.

Serão feitas palestras com o intuito de demonstrar aos tabagistas as possíveis complicações clínica patológicas do uso do tabaco.

Etapa 4: Monitoramento

A partir do 4º mês será efetivado monitoramento. Será levantado número de participantes

convidados, o número de participantes que vieram as reuniões e a continuidade dos mesmos. A enfermeira irá separar um livro de presença com observações do andamento do tratamento de cada usuário, a fim de monitorar e avaliar a participação dos usuários tabagistas. O desenvolvimento desse projeto só será possível com a utilização de recursos humanos e materiais, assim como de local apropriado para as realizações das reuniões. Alguns dos recursos humanos já se encontram disponíveis na equipe. A direção da Unidade fornecerá o caderno para criação do livro de acompanhamento das gestantes e o data show para que a equipe apresente as palestras.

O cronograma das ações propostas foi elaborado por prazos de meses, sem especificar o mês, devido ao momento vivenciado da pandemia da COVID-19.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que foi muito importante todo o empenho da equipe em criar estratégias, planejar, diagnosticar e realizar tantas outras ações que integraram o objetivo maior de atender de forma melhorada os nossos usuários, visando qualificar o atendimento, humanizar o acolhimento, diminuir incidência do câncer no homem e o controle do tabagismo na APS.

No decorrer do planejamento foram percebidas muitas dificuldades de implantação das ações devido a faltas de recursos, mas a equipe buscou várias soluções. Destaca-se também a visível dificuldade de apoio matricial para que as ações tivessem o efeito esperado.

Face ao exposto, evidenciou-se a importância da equipe de saúde da família no processo de prevenção e promoção a saúde da população, ao planejar e desenvolver práticas educativas. O profissional médico, assim como os demais membros da equipe devem utilizar técnicas educacionais, demonstrando que o profissional de saúde pode fazer a diferença, auxiliando e criando uma relação de confiança com a comunidade que atende.

Ressalta-se a união da equipe, pois todos se esforçaram para levantar os dados e conseguir desenvolver um trabalho que fosse melhorar o atendimento e que fosse realmente necessário a área adstrita, sendo assim, imprescindível debater entre todos e encontrar as melhores soluções.

Desta forma, a população consciente e bem orientada da importância do processo de saúde doença e da importância de conhecer para prevenir, com certeza os índices de mortalidade serão diminuídos.

XAVIER, T. **Tabaco causa morte da metade de seus usuários regulares.** AUN – Agência Brasileira Universitária. USP, 2019. Disponível em: <https://paineira.usp.br/aun/>. Acesso em 09. Mar de 2021.