



**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**

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAFAEL MARCONE, MUNICÍPIO DE**  
**POCINHOS-PB: CENÁRIO DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E**  
**PROMOTORAS DE SAÚDE**

**DUANE CALIXTO DOS SANTOS**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAFAEL MARCONE, MUNICÍPIO DE POCINHOS-PB:  
CENÁRIO DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E PROMOTORAS DE SAÚDE

DUANE CALIXTO DOS SANTOS

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: MARIA BETANIA  
MORAIS DE PAIVA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

À Deus por me ter concedido a oportunidade de estudar e realizar um dos maiores sonhos da  
minha vida, ser Médica.

Ao meu pai, pelos ensinamentos, por contribuir na formação de minha índole e caráter (In  
Memorian).

A minha mãe que lutou diariamente para que eu e meu irmão vencêssemos! Pelos exemplos de  
força, persistência e trabalho árduo.

Ao meu irmão Diego, por acreditar na minha capacidade e por toda a demonstração de carinho  
a cada etapa vencida.

Aos meus tios e primos por terem acreditado em mim e alimentado a esperança dessa  
realização.

À Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande pela disponibilidade de uma estrutura  
de primeiro mundo e todo o conjunto do corpo docente.

A minha orientadora, pela disponibilidade e auxílio contribuído para a construção dessa  
coleção de microintervenções.

A todos os professores que compõem o Ambiente virtual de aprendizagem do SUS, que se  
dedicaram para montar um Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) Turma 2,  
e toda a equipe docente que interagiu e compartilhou conhecimento todo esse tempo conosco.

Saibam que fizeram parte da construção de meu conhecimento e formação profissional.

Aos meus colegas profissionais, pelo compartilhamento de saberes no fórum e construção de  
um grupo engajado na melhoria da assistência em saúde da família.

Por fim a todos os meus familiares e amigos que de uma forma ou de outra torceram pela  
minha felicidade e realização como pessoa e profissional, que mesmo não demonstrando com  
palavras, estavam torcendo e vibrando por cada etapa conquistada.

A todos meu MUITO OBRIGADA!

---

---

Ao meu Deus que me concedeu a oportunidade de estudar e me tornar a profissional que almejei. Aos meus pais que depositaram em mim toda a confiança e ao meu irmão que acreditou na minha capacidade de vencer na vida.

---

## SUMÁRIO

### SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	05
2-RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	07
2.1- Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	07
2.2-Covid-19 e a Necessidade Epidemiológica Mundial.....	09
2.3-Prevenção e controle das DCNT na atenção primária.....	11
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

## 1. INTRODUÇÃO

Atuo como médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rafael Marcone, localizada no Cariri paraibano, município de Pocinhos, Região Metropolitana de Esperança, há aproximadamente 06 meses. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014 a população de Pocinhos-PB era estimada em 18.087 habitantes, com área territorial de 630km<sup>2</sup>, passando para 18.451 habitantes em 2016. A cidade hoje é composta por 12 bairros com cerca de 11 mil habitantes na zona urbana (IBGE, 2017).

A UBS Rafael Marcone está localizada na zona urbana da cidade. A população adstrita à unidade soma um total de 2.268 até o presente momento. O território está dividido em cinco microáreas, com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cada um responsável por uma determinada microárea. A UBS não é integrada a outras equipes, trata-se de uma equipe completa composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um Cirurgião-Dentista (CD), uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), uma recepcionista, cinco ACSs e um Auxiliar de Serviços Gerais (ASG). A infraestrutura da UBS não é adequada, uma vez que localiza-se em uma casa adaptada, cujo espaço é significativamente reduzido frente às necessidades de uma UBS.

As áreas de intervenções importantes para a população adstrita a UBS são as áreas voltadas ao acolhimento à demanda espontânea e demanda programada; prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) e prevenção do câncer. Essas áreas foram previamente escolhidas devido à realidade local da população coberta pela UBS Rafael Marcone.

Vivencia-se uma grande dificuldade quanto à prática do acolhimento. Apesar de haver profissionais comprometidos, existem alguns que não demonstram conhecimento quanto à importância desta prática para uma assistência integral e diferenciada. Pode-se dizer que o acolhimento não está sendo realizado como deveria. É de extrema importância que o usuário se sinta bem e acolhido dentro do serviço, que ele possa expor suas dificuldades, medos e anseios; que possa esclarecer suas dúvidas, e na pior das hipóteses, caso a necessidade do usuário não possa ser suprida na unidade, que o mesmo saia com uma resposta positiva, ou que ao menos seja referenciado para outro serviço de saúde.

A temática voltada ao controle das DCNT também foi escolhida por ser de extrema relevância já que se trata de doenças silenciosas, com casos de usuários assistidos recentemente na UBS que apresentaram morbidade instalada, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Quanto a intervenções voltadas a prevenção do câncer, a temática foi escolhida por se tratar de uma das doenças mais prevalentes no Brasil. No que se refere à realidade da UBS Rafael Marcone, podemos dizer que existe pouca adesão aos exames de detecção e rastreamento do câncer de mama e colo uterino, justificando assim a sua escolha.

As intervenções supracitadas tiveram como objetivo primeiramente sensibilizar todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional quanto à importância das orientações em saúde realizadas no momento das consultas, das visitas domiciliares e das atividades educativas em grupo e também nas ações educativas do tipo roda de conversa que sensibilizem os usuários quanto ao acolhimento à demanda espontânea e demanda programada; prevenção e controle das DCNT e prevenção do câncer por meio de exames de rastreio e detecção.

No entanto devido à pandemia da doença do coronavírus 2019, (COVID-19), realidade de emergência em saúde pública de proporções continental, percebeu-se a necessidade de ajustar a temática da segunda microintervenção trocando a intervenção na prevenção e controle das DCNT por ações voltadas ao controle e prevenção do coronavírus, inicialmente voltada a equipe multiprofissional de saúde.

A terceira e última microintervenção também sofreu alterações no conteúdo, pois ao invés de se trabalhar sobre prevenção do câncer de mama e colo uterino, elegeu-se como prioridade a necessidade de desenvolver em um futuro próximo uma ação voltada à prevenção e controle das DCNT, que se justificou pela grande demanda de usuários com essas doenças e os agravos dessas advindos. Diante da realidade, possivelmente será uma ação com propostas para o ano de 2021.

Como se trata de uma intervenção referente a práticas que já fazem parte da rotina da UBS, o tipo de estudo é um relato de intervenção organizado nas seguintes partes: introdução do relato, metodologia, resultados alcançados, continuidade das ações e considerações finais.

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO**

### **RELATO DE MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE**

Para o entendimento da importância de ações educativas do tipo microintervenções, levando em consideração as necessidades da população coberta pela UBS Rafael Marcone, se faz necessário um “mergulho” dentro dos conceitos que regem a atenção básica no âmbito do SUS.

Pode-se iniciar pelo acolhimento, que ganhou notoriedade devido à necessidade de uma reformulação na assistência, a fim de modificar o modelo de atenção tecnicista para um mais focado no indivíduo, levando em consideração a sua integralidade. O acolhimento está introduzido na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde denominada HumanizaSUS e vai muito além de receber o usuário no serviço. Deve considerá-lo holisticamente, e acolhê-lo da forma mais humana possível (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu para mudar o panorama de assistência do serviço dentro da atenção básica. A intenção inicial era mudar a cultura da assistência, antes focada na doença do usuário, para uma assistência mais integral e diferenciada, incentivando o usuário e educando-o em saúde, para que este se torne aos poucos corresponsável pelo seu processo saúde-doença. Além do exposto, a implantação da PNH pôde trazer melhorias na gestão do processo de trabalho e sensibilizar a equipe multiprofissional de saúde quanto ao cuidado diferenciado, com foco na necessidade do usuário (NOGUEIRA-MARTINS, MARCO, 2010; NORA; JUNGES 2013; SCHOLZE, 2014).

A humanização da assistência é essencial dentro do serviço de saúde, principalmente quando se trata da atenção básica, onde os usuários do serviço, muitas vezes sem orientação, adentram a unidade com uma necessidade em saúde e com esperança de uma resposta positiva. No acolhimento diário dentro de uma UBS, por exemplo, a humanização deve fazer parte do cotidiano de todos os profissionais envolvidos (SCHOLZE, 2014). No entanto, algumas vezes o que se percebe são profissionais pouco comprometidos com o serviço de saúde, ou melhor, com atitudes mecanizadas e pouco humanizadas. Ou seja, essas atitudes acabam firmando a visão do profissional sobre a doença do usuário, não valorizando o vínculo, que é extremamente importante para o ato de saúde (BRASIL, 2004; TAKEMOTO, SILVA, 2007; GOMES et al., 2012).

Na UBS Rafael Marcone, localizada no Cariri Paraibano, no município de Pocinhos é evidente a dificuldade da equipe quanto à operacionalização do acolhimento. Apesar de existir profissionais comprometidos, existem também outros que não demonstram conhecimento quanto à importância desta prática para uma assistência integral e diferenciada. Apesar de o acolhimento existir, pode-se dizer que não está sendo realizado como deveria.

É de extrema importância que o usuário se sinta bem e acolhido dentro do serviço, que



ele possa expor suas dificuldades, medos e anseios. Ademais, que possa esclarecer suas dúvidas e na pior das hipóteses, caso a necessidade do usuário não possa ser suprida na unidade, que o mesmo saia com uma resposta positiva e humanizada, satisfeito, ou que ao menos seja referenciado para outro serviço de saúde, garantido assim a continuidade do cuidado na rede de saúde municipal.

Sendo assim, pensou-se na possibilidade de se realizar uma microintervenção voltada ao acolhimento, para melhoria desta prática dentro do serviço, bem como, para que esta possa sensibilizar primeiramente os profissionais no que se refere à mudança de suas posturas na assistência e acolhimento, e para que os usuários do serviço que tanto precisam do Sistema Único de Saúde (SUS) possam ter suas necessidades sanadas e o sistema possa crescer ainda mais, com profissionais capacitados e sensibilizados.

A principal dificuldade da equipe multiprofissional descrita quanto ao acolhimento e a demanda espontânea e programada é implantar essa forma de atenção em saúde na rotina de assistência do serviço. Já as potencialidades se referem à pró-atividade de todos quanto ao trabalho em equipe. Mas é importante enfatizar que algumas pessoas necessitam ser estimuladas ou sensibilizadas de certa maneira. Logo, o objetivo desta microintervenção foi sensibilizar os profissionais quanto à importância da prática do acolhimento e aperfeiçoar esta prática diariamente dentro do serviço de saúde.

A microintervenção se deu em duas etapas: a primeira voltada aos profissionais e a segunda voltada aos usuários do serviço de saúde. No que se refere à primeira etapa, foi realizada uma reunião de sensibilização para a equipe multiprofissional de saúde, dentro da própria UBS. Esta reunião teve como condutores a médica e a enfermeira da equipe, respectivamente, as quais abordaram os seguintes temas: 1. A importância da prática do acolhimento dentro da rotina de assistência na UBS; 2. A importância da escuta qualificada no acolhimento diário e da boa relação profissional-usuário.

Esta primeira etapa ocorreu na segunda semana de janeiro do ano de 2020 e contou com a presença dos ACS, técnica de enfermagem, CD, ASB e recepcionista. Nesta reunião de sensibilização foi utilizada uma mesa, para apoio dos equipamentos eletrônicos, 13 cadeiras para acomodação dos profissionais, um computador para apresentação da temática em PowerPoint e um pendrive, onde foi armazenada a apresentação.

Pode-se dizer que esta microintervenção foi muito produtiva, todos os participantes compartilharam um pouco do conhecimento que tinham a respeito do acolhimento e de sua importância na atenção básica. Como potencialidades, podemos mencionar a participação unânime de todos os profissionais e as ressalvas quanto ao entendimento da importância desta prática. Quanto às dificuldades apresentadas, se referiu à marcação da data desta primeira etapa, pois sempre que se procurava marcar, existia algum profissional com outro compromisso agendado.

A segunda etapa, voltada aos usuários, foi acordada com toda a equipe multiprofissional, na reunião de sensibilização, realizada na primeira fase. Esta etapa teria um prazo para se iniciar, porém sem prazo para ser concluída, uma vez que se tratou de colocar em prática o acolhimento dentro da UBS de forma rotineira.

No acolhimento os profissionais tiveram a incumbência de melhorar a assistência, através da escuta qualificada, da relação olho-a-olho, das orientações, da construção da confiança, do vínculo, respeito mútuo, da corresponsabilização e apoio emocional e psicológico. Além do exposto, foi acordado que todos os dias, durante o acolhimento, os profissionais abordariam uma temática diferente, como a importância de uma alimentação saudável, de caminhadas, de consultas de rotina, importância do sono, da verificação da Pressão Arterial (PA), glicemia, etc. Bem como, fariam a verificação dos sinais vitais antes da consulta propriamente dita com a médica, enfermeira e CD. Na escuta qualificada e orientações os profissionais fariam uma espécie de revezamento, para que desta forma todos pudessem participar do acolhimento.

Tendo em vista que a rotina é de extrema relevância para a atuação inconsciente das pessoas, para dar continuidade ao acolhimento, é importante que todos os profissionais se esforcem para que esta prática faça parte do cotidiano de todos os envolvidos, tanto profissionais quanto usuários.

O que se percebeu foi que estas ações surtiram um impacto positivo na vida da comunidade assistida. Durante as consultas médicas, de enfermagem e odontológica, os usuários aproveitam para elogiar a mudança na forma de trabalho de toda a equipe, o que gerou muita satisfação em todos os profissionais.

Com certeza essa microintervenção teve um impacto positivo na melhoria da assistência no território, porém infelizmente devido à pandemia do coronavírus houve algumas restrições quanto à realização de momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS) na equipe para discutir sobre estratégias de implantação de um acolhimento mais qualificado, em função da impossibilidade de aglomerações para o compartilhamento de saberes.

Obviamente hoje a rotina de acolhimento na UBS sofreu algumas modificações, a começar pelos cuidados quanto aos protocolos de biossegurança, bem como a restrição quanto à aglomeração de usuários na recepção da unidade, entre outros cuidados. A disposição das cadeiras em formato de círculo foi substituída por cadeiras espaçadas e enfileiradas, o aperto de mão e o abraço também foram substituídos por um balançar da cabeça e acenar nas mãos, e assim é preciso seguir em frente até que tudo se normalize para retomar o tão sonhado acolhimento planejado no início da pandemia.

A segunda intervenção teve como objeto de estudo a COVID 19 e foi direcionada inicialmente para a equipe multiprofissional de saúde na perspectiva de capacitar os profissionais para prevenção e controle da doença no território. No entanto para elaborar estratégias de enfrentamento se faz necessário compreender o contexto inicial da doença no

cenário mundial.

A população mundial nos últimos meses está vivenciando uma realidade de emergência em saúde pública de dimensões continentais denominada de pandemia da doença Coronavírus 2019 (COVID-19), causada por uma forte Síndrome Respiratória (SARS-CoV-2). Essa doença foi nomeada inicialmente pelo governo Chinês de Pneumonia do Novo Coronavírus (NCP). Posteriormente a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a chamar a doença de COVID-19. Após a doença atingir em 24 de fevereiro de 2020 uma média de 37 países, com mais de 80.000 casos confirmados e mais de 2.700 mortes, a OMS afirmou ser esse um cenário de emergência de saúde mundial (YUEN et al., 2020).

O epicentro do surto foi na cidade de Wuhan, China. Acredita-se que o mercado atacadista de frutos do mar de Huanan, que vende aves vivas, produtos aquáticos e diversos animais selvagens, tenha sido o local onde o vírus tenha surgido, e que um animal desconhecido tenha sido um dos principais reservatórios (YUEN et al., 2020; BRASIL, 2020).

Em vista desses achados e das urgentes necessidades de prevenção e controle da doença, a equipe multiprofissional tem adotado medidas preventivas no atendimento aos usuários na UBS. É fato de que o pontapé inicial de controle e combate a COVID-19 deve partir dos profissionais que lidam diretamente com o usuário. Todavia, a corrente de autocuidado deve acontecer individualmente como uma forma de corresponsabilização social.

A transmissão ocorre por contato com secreções contaminadas, como: espirros, tosse, gotículas de saliva, contato físico com pessoa infectada, objetos ou superfícies contaminadas; seguido de contato com boca, nariz ou olhos. Por isso, toda a equipe está enfrentando essa realidade da maneira mais responsável possível, com o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e com ajuda da equipe de apoio para realizar a desinfecção do ambiente, como as salas de atendimentos, recepção, banheiro; utilização de álcool nas superfícies como bancadas, macas, cadeiras; uso de papel descartável e álcool gel a 70% nas mãos.

Um dos maiores desafios enfrentados se refere à conscientização das pessoas. Mesmo com as orientações, os usuários, principalmente idosos, insistem em adentrar o serviço para renovação de receita ou busca de orientações que poderiam ser repassadas a um parente, para evitar exposição, visto que esses estão enquadrados no grupo de risco.

A população adstrita a unidade somam um total de 2.268, e desses, 279, 05 e 27 se referem aos usuários idosos com mobilidade, idosos acamados e idosos domiciliados, respectivamente, enquadrados na faixa etária de 60 a 95 e as comorbidades mais comuns são HAS, DM, idosos que fazem uso de psicotrópicos e idosos portadores de síndrome metabólica. Quanto à situação socioeconômica, um percentual desses idosos sobrevive por meio da aposentadoria, agricultura de subsistência, comércio, trabalho autônomo e auxiliado por familiares. A maioria dos idosos vive com familiares, uma parcela com o cônjuge, outra com familiares e ajuda de cuidador.

Como solução para a problemática do controle e prevenção do coronavírus na comunidade, foi orientado aos ACS que realizassem visitas domiciliares rápidas, do lado de fora do domicílio, com distância recomendada, a fim de instruírem os idosos e familiares a evitarem contato externo com pessoas, inclusive no serviço de saúde, onde há grande fluxo de usuários. Além disso, os ACS passaram a entregar as receitas nos domicílios, para que os mesmos não se deslocassem de suas residências.

A cada dia de trabalho a equipe se prepara para investigar, detectar, manejar e notificar os casos suspeitos da doença, com muita cautela, uma vez que existe a possibilidade de confusão com outras doenças respiratórias, que possuem sintomatologia similar. Logo, nas consultas de rotina, é realizada uma anamnese detalhada, para coletar o máximo de informações possíveis e assim, acionar a assistência secundária, se necessário. Os usuários são orientados quanto à importância de evitar aglomerações, saídas desnecessárias, visitas de netos a usuários idosos, já que esses juntamente com usuários tabagistas e os que possuem doenças crônicas são os que fazem parte do grupo de risco. Uma maneira encontrada para evitar aglomerações dentro do serviço foi reposicionando as cadeiras da recepção de forma espaçada, para evitar aproximação e contato, evitando assim, a possível disseminação da doença.

Outra ferramenta extremamente importante se referiu às orientações quanto à higienização. A lavagem das mãos é uma medida-chave na proteção contra o coronavírus e outras doenças infecciosas. O uso do álcool gel a 70% é outro aliado nesse combate. Por isso, evitar contatos como aperto de mão, abraços, beijos, também são medidas importantíssimas para conter a doença e estão sendo repassadas cotidianamente por toda a equipe. Inclusive, com impressão lúdica das formas de contágio e prevenção impressos em papel sulfite expostos na unidade.

As ações voltadas à educação em saúde para a prevenção, controle e rastreamento da COVID-19 estão sendo adotadas na equipe desde o dia 06 de março de 2020. Se os profissionais da saúde fizerem a sua parte e as pessoas seguirem as recomendações da OMS noticiadas em todo o mundo, é possível que essa crise seja controlada e o impacto na saúde e mortalidade também possa traçar um rumo diferente no país.

E assim elegeu-se como prioridade na 3ª intervenção desenvolver um planejamento voltado à prevenção e controle das DCNT com propostas de operacionalização para o ano de 2021.

As DCNT se configuram como um grave problema de saúde pública e são as principais causas de mortalidade e incapacidades no âmbito mundial. De acordo com a OMS as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, DM, dislipidemias, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias constituem o grupo de DCNT (THEME FLHA et al., 2015; MELO et al., 2019).

A OMS estima cerca de quase 36 milhões de óbitos por ano, decorrente dos

agravamentos causados pelas doenças crônicas, principalmente em países ainda em desenvolvimento (DUNCAN et al., 2012; MALTA, SILVA JR., 2013).

As DCNT alcançam todas as camadas socioeconômicas, porém mais intensamente em populações com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade, pessoas sem ou com pouco acesso a informação em saúde e aos serviços de saúde, ou seja, são pessoas mais vulneráveis, menos capazes de lidar com as doenças, e por sua vez, mais afetadas (MALTA, SILVA JR., 2013; MELO et al., 2019).

O aumento da morbi-mortalidade por DCNT a cada dia vem interferindo no desenvolvimento social e econômico, prejudicando a qualidade de vida de milhares de pessoas, principalmente por serem doenças que podem levar a incapacidades. Ademais, as repercussões causadas pelas DCNT além de afetar o usuário em si, podem trazer custos aos familiares e serviços de saúde, muitas vezes com internações devido ao agravamento da doença (DUNCAN et al., 2012).

São vários os fatores de risco para as DCNT, dentre esses: sexo, hereditariedade, dislipidemias, tabagismo, consumo abusivo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo (THEME FILHA et al., 2015; MELO et al., 2019).

Tendo em vista que esta problemática assola a população mundial e que há a necessidade de ações que possam sensibilizar mais a população quanto aos agravos causados pelas DCNT, nossa terceira microintervenção será uma proposta de ação a ser realizada após o período de pandemia, provavelmente no ano de 2021.

A realidade da área de abrangência da população coberta pela UBS Rafael Marcone, no que se refere ao número de usuários adultos e idosos portadores de DCNT, pede uma intervenção focada na sensibilização e orientação quanto ao controle dessas doenças e a prevenção.

Por isso, pensou-se em realizar ações educativas sobre prevenção e controle dessas doenças, a serem realizadas na própria UBS. Serão rodas de conversas sobre “mito ou verdade”, realizadas quinzenalmente no dia do HiperDia (grupo semanal de assistência a usuários diabéticos e hipertensos).

As rodas de conversa serão norteadas pela médica, enfermeira e CD. Serão selecionadas 10 afirmativas sobre doenças crônicas, em especial diabetes e HAS, para serem respondidas e debatidas juntamente com os usuários do serviço. Será uma dinâmica onde vai ser passada de mão em mão uma bexiga de assopro com uma afirmativa dentro, no momento em que a música parar, a bola será estourada e a afirmativa será lida pela técnica de enfermagem, após leitura passa-se a discutir e orientar os usuários sobre as afirmativas.

As perguntas ou afirmações seguem abaixo:

**1) É mito ou verdade que alguns alimentos ajudam a controlar os níveis de glicose no sangue?**

- 2) **É mito ou verdade que quem tem diabetes deve fazer somente exercícios leves?**
- 3) **É mito ou verdade que o estresse ajuda a descontrolar o diabetes?**
- 4) **É mito ou verdade que a canela ajuda a controlar o diabetes?**
- 5) **É mito ou verdade que o Diabetes é contagioso?**
- 6) **É mito ou verdade que o cigarro não aumenta a pressão.**
- 7) **É mito ou verdade que noites mal dormidas e estresse interfere na pressão.**
- 8) **É mito ou verdade que a hipertensão raramente apresenta sintomas.**
- 9) **É mito ou verdade que o álcool aumenta a pressão arterial e deve ser evitado por quem é hipertenso.**
- 10) **É mito ou verdade que situações de estresse aumentam a pressão arterial.**

Para essa microintervenção serão necessárias em média 30 cadeiras, um saco de bola de assopro, folha de papel ofício para escrever as perguntas a serem colocadas dentro da bola, um rádio ou algum celular com acesso a música.

Espera-se que essa microintervenção possa sensibilizar os usuários quanto aos cuidados necessários para o controle das doenças crônicas e que se tornem mais corresponsáveis pelo seu processo saúde-doença e protagonista no cuidado com a sua saúde.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções realizadas e a proposta da última ação foram desenvolvidas de acordo com a necessidade da população coberta por nossa UBS, sendo assim foram extremamente importantes, não só para os usuários, mas principalmente, por contribuir com o crescimento profissional enquanto equipe da atenção básica.

Apesar de a pandemia ter impossibilitado a equipe de colocar em prática a rotina das microintervenções, a experiência foi muito válida. Certamente encerraremos este ciclo com a sensação de dever cumprido.

Além de possibilitar mais educação em saúde para a comunidade, o vínculo com a população foi estreitado e nessa dinâmica de problematizar a realidade vivida, estratégias foram planejadas, discutidas, colocadas em prática, saberes foram compartilhados, discordâncias de opiniões foram acatadas e o mais importantes de todo esse processo é oportunidade de crescimento profissional e pessoal no fortalecimento do trabalho em equipe. Ao melhorar como seres humanos há uma maior implicação com as transformações das práticas na medida em se oferta mais orientações, melhor acolhimento, exercendo assim a humanização do cuidado e o olhar diferenciado.

A dificuldade inicial foi quanto à adesão de alguns profissionais acerca da importância da prática do acolhimento, para uma assistência mais humanizada e integral. Porém através de reuniões em equipe foi possível por meio de uma roda de conversa explicar a importância desta prática para a melhoria da assistência na nossa UBS e sensibilizar os profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

As microintervenções foram importantes não só para proporcionar um olhar diferenciado para a população, para incentivarmos a promoção da saúde, prevenção de agravos, o autocuidado, o protagonismo dos sujeitos, mas também para unir ainda mais a equipe multiprofissional. Muitos profissionais se mostravam desestimulados, insatisfeitos com a rotina da unidade de saúde, por isso, diante da realidade foi percebida a necessidade de realizar reuniões de sensibilização para que pudessemos fortificar a nossa equipe e compartilhar de um pensamento comum na melhoria da assistência, em prol da população.

As microintervenções realizadas trouxeram experiências enriquecedoras para toda a equipe, além do impacto positivo na vida da população assistida, realidade essa percebida através do feedback dos usuários nas rotinas diárias dos atendimentos. Certamente quando toda a fase de pandemia do coronavírus passar os acolhimentos e a proposta da microintervenções serão novamente colocadas em prática.

#### 4. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19 COE/SVS/MS. Brasília/DF, fev. 2020. 26p.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun., 2015.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; José Geraldo MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, p. 126-34, 2012.

GOMES, A. M. A.; CAPRARA, A.; LANDIM, L. O. P.; VASCONCELOS, M. G. F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Rev de Saúde Coletiva: Physis**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017). [«Base de dados por municípios das Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias do Brasil»](#). Acesso em 16 dezembro de 2019.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar., 2013.

MELO, S. P. S. C.; CESSÉ, E. A. P.; LIRA, P. I. C.; RISSIN, A.; CRUZ, R. S. B. L. C.; FILHO, M. B. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. N.; MARCO, M. A. De. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. **Bol. Inst. Saúde**, v. 12, n. 01, p. 49-54, abr., 2010.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, 2013.

SANTOS, T. V. C; PENNA, C. M. M. Daily demands in primary care: the view of health



professionals and users. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 149-56, 2013.

SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 219-226, abr.-jun., 2014.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev., 2007.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 18, p. 83-96, 2015.

YUEN, K. S.; YE, Z. W.; FUNG, S. Y.; et al. SARS-CoV-2 and COVID-19: The most important research questions. **TRADUÇÃO LIVRE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE O COVID-19**. 16 March 2020.