



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 NA UBS RENÉ LUCENA 1, BREJO SANTO-CE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

NANDERSON DE LIMA SOARES MONTEIRO

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES NA UBS RENÉ LUCENA 1, BREJO SANTO-CE: RELATO DE
EXPERIÊNCIA

NANDERSON DE LIMA SOARES MONTEIRO

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: CILENE NUNES DANTAS

NATAL/RN
2021

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e desafios.
À UFRN, seu corpo docente, ao curso de especialização que me oportuniza somar de forma
significativa à minha carreira acadêmica.

Aos meus pais e toda família pelo amor, incentivo e apoio incondicional, como de sempre.
E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação o meu muito obrigado!

RESUMO

Evidencia-se que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo descrever as ações de saúde implementadas pela equipe na atenção primária do município de Brejo Santo – Ceará. O estudo trata-se de um relato de microintervenção, realizado âmbito da Unidade de saúde no período de agosto a dezembro de 2020. Realizou-se três microintervensões, sobre os temas a demanda espontânea e programada, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. A microintervenção voltada para acolhimento humanizado apresentou subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores e comunidade. A segunda microintervenção foi de fundamental importância para o aprimoramento da qualidade de saúde das crianças, promover a atenção ao crescimento e desenvolvimento infantil. Quanto ao plano de microintervenção para atendimento de hipertensos e diabéticos, a unidade de saúde passou adotar as ações de promoção, prevenção e tratamento de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Portanto, diante das ações realizadas se espera produzir mudanças e melhorar a atenção à saúde prestada à população, tanto na promoção à saúde quanto na prevenção das doenças.

Últimas edições

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.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que na Política Nacional de atenção básica (Brasil, 2006, p. 1) define:

"A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (BRASIL, 2006, p. 1).

Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas, por exemplos: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF); as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as principais estruturas físicas da Atenção Básica. Dentre estas, as Unidades Básicas de Saúde instaladas próximas da vida dos usuários, que desempenham um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. As unidades oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, curativos, visitas domiciliares, atividade em grupo nas escolas, educação em saúde, entre outras.

Nessa perspectiva, a UBS René Lucena 1, busca se tornar um modelo prioritário e

estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso à APS na comunidade de Brejo Santo - Ceará, formada por equipes multiprofissionais, compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico de família e comunidade, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

O cenário deste trabalho é no município de Brejo Santo/Ceará, o qual possui cerca de 49,109 habitantes (IBGE, 2018). A cidade vive basicamente de agricultura, pecuária, extrativismo vegetal, bem como desenvolvimento de atividades com matérias-primas. Além do artesanato, fabricação de cachaça e rapadura, representa as principais práticas econômicas no município (FEITOSA E BENVENUTI, 1998).

Entretanto, a região preserva uma trajetória de baixo desenvolvimento econômico e de grandes problemas sociais relacionados à pobreza da população. Destaca-se a ausência de políticas públicas que correspondam às necessidades reais das comunidades que compõe o município. Mediante a isso, existe um elevado índice de gravidez no município, entre elas mulheres jovens, de idade adolescente. Além disso, os fatores sociais, econômicos, culturais, educacionais da comunidade, acabam favorecendo os agravos de doenças na população.

Sendo assim, a equipe responsabiliza-se por 2540 pessoas, distribuídas em 995 famílias, a organização das demandas, tanto programada quanto espontânea tem sido um desafio constante para profissionais e gestores no município, principalmente nesse período de pandemia.

Refletindo sobre as demandas, problemas e necessidades da comunidade, este trabalho de intervenção teve como justificativa desenvolver ações para promover saúde, acolhimento, prevenção, orientação, escuta e diálogo. Acredita-se que ações de intervenção são importantes dentro da Atenção Básica, visando contribuir para melhoria da qualidade de vida dos sujeitos em sociedade.

O estudo tem como objetivo geral descrever as ações saúde da equipe de ESF realizadas na APS de Brejo Santo – Ceará. Além de objetivos específicos: discutir e refletir sobre acolhimento, prevenção, orientação, escuta e diálogo com a comunidade; promover ações voltadas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com a família; promover plano de ação para atendimento de hipertensos e diabéticos equipe ou com a comunidade/usuários.

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, do tipo microintervenção. O estudo surgiu da iniciativa de promover intervenções na UBS, a partir dos problemas elencados e demandas observados na comunidade. Assim, julgou-se pertinente a descrição de uma experiência que integra conhecimentos teóricos e práticos na consolidação de uma aprendizagem científica adquirida nos componentes de formação: Acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no contexto da família e doenças crônicas não transmissíveis na APS.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA: UM RELATO DE MICROINTERVENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RENÉ LUCENA 1, LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO/CEARÁ

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006), afirma que os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso aos serviços de saúde de forma ordenada, organizada e acolhedora, e seu problema deve ser sanado efetivamente por meio de tratamentos adequados, humanizados e livres de qualquer discriminação.

Evidencia-se acolhimento como um dispositivo que está inserido na Política de Humanização da Saúde, vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema (GOMES, 2019).

Corrêa, Feliciano e Pedrosa (2017) acrescentam que esse dispositivo possibilita construir uma nova prática em saúde, pode ser compreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca. Além disso, possibilita uma reflexão acerca do processo de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, que busca a superação de uma prática clínica limitada a protocolos padronizados.

Diante disso, a crise dos sistemas de saúde tem ocasionado uma insatisfação crescente e generalizada da população com os seus serviços de saúde (MENDES, 2016). Assim, a busca por atendimento nos serviços de saúde é determinada pelas necessidades de saúde dos usuários, sejam elas individuais ou coletivas essas se apresentam como demandas em saúde no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (CHÁVEZ, RENNÓ, E VIEGAS, 2020).

A demanda em saúde caracteriza-se pela atitude do indivíduo em procurar serviços de saúde, objetivando o acesso e a resolução do que procura (SOUZA, 2018). Ferreira (2008) destaca que a organização adequada de um sistema de serviços proporciona resultados efetivos na expectativa de saúde das populações.

No que se refere à necessidade de um sistema de atendimento organizado pelos serviços de atenção básica de saúde. A demanda Espontânea é o nome dado para qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde que representa uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência. Ademais, o acolhimento à demanda espontânea envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica (ALBINO et al., 2016).

Enquanto, na demanda programada ocorre o agendamento de consultas médicas

ou de enfermagem para acompanhamento os portadores de doenças crônicas, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, asmáticos, entre outras, além de crianças e gestantes. (INOJOSA, 2005).

Friedrich e Pierantoni (2006) definem como demanda programada os atendimentos agendados previamente, sendo um importante serviço para a atenção básica, pautada em ações preventivas. Deve-se, portanto, observar a demanda espontânea e programada, para que seu atendimento seja ágil, resolutivo, humanizado e acolhedor.

Nesse contexto, a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) René Lucena 1, localizada no município de Brejo Santo/Ceará, possui cerca de 49,109 habitantes (IBGE, 2018). A unidade é responsável por 2540 pessoas, distribuídas em 995 famílias. A organização das demandas, tanto programada quanto espontânea tem sido um desafio constante para profissionais e gestores no município, principalmente nesse período de pandemia. Dentre as dificuldades da equipe ressalta-se: a dificuldade em escutar com qualidade, que exige atenção e disponibilidade, mediante a demanda volumosa. Sendo assim, se torna necessário desenvolver um acolhimento humanizado que responda a necessidade dos usuários e garanta acesso qualificado a uma população de cerca de 4 mil pessoas.

Diante do exposto, este estudo tem como justificativa a necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que as ações, especificamente o acolhimento, aconteçam de forma resolutiva. Sendo assim, optou-se por realizar uma ação, mostrando a proposta dos profissionais de atenderem a elevada e crescente demanda espontânea que recorre às unidades diariamente, de acordo com os princípios norteadores do SUS.

O objetivo geral foi descrever a implementação de um plano de intervenção para ações de saúde na UBS René Lucena 1, como objetivos específicos: discutir o acolhimento como porta de entrada para o serviço; reorganizar a demanda espontânea; elaborar estratégias para garantir atendimento programado de todos os ciclos de vida, portadores de doenças ou não, buscando promoção de saúde e a redução de atendimentos ambulatoriais de urgência.

Trata-se de um relato de microintervenção, para organização da UBS de René Lucena 1, do município de Brejo Santo/Ceará.

O município, situa-se na região do Cariri, porção sudeste do estado do Ceará (figura 2.1), de acordo com o IBGE (2018) possui aproximadamente cerca de 49,109 habitantes. A cidade vive basicamente de agricultura, pecuária, extrativismo vegetal, bem como desenvolvimento de atividades com matérias-primas. Além do artesanato, fabricação de cachaça e rapadura, representa as principais práticas econômicas no município (FEITOSA E BENVENUTI, 1998).

Nesse cenário, a UBS René Lucena 1, foi inaugurada em 2011 com a finalidade de atender as demandas, problemas e necessidades de saúde da população, como

encaminhamento para outros serviços, incluindo também serviços de urgência e emergência, além da promoção de saúde no que se refere a prevenção, notificação, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes no Município.

A microintervenção ocorreu de acordo com as seguintes etapas:

- A execução da microintervenção ocorreu no período de agosto a novembro de 2020.
- As ações foram planejadas em conjunto com apoio da equipe de saúde no âmbito UBS René Lucena 1 (Quadro 01).
- Promoveu-se uma capacitação para equipe de saúde sobre acolhimento humanizado como porta de entrada para o serviço de saúde da Instituição.
- O público-alvo da ação foi a comunidade de idosos, adultos, mulheres em idade fértil, gestantes e crianças que usufruem dos serviços de atendimento da UBS René Lucena 1.
- Criou-se um cronograma de atendimento semanal para reduzir demandas espontâneas de todos os ciclos de vida. Implantação da demanda programada e reorganização da demanda espontânea (Quadro 01).
- Utilizaram-se as tecnologias/redes sociais como meio de comunicação e divulgação do material para auxiliar na divulgação do cronograma de atendimento semanal.
- Adotou-se o protocolo de Manchester para auxiliar no fluxo de pacientes que procuravam a unidade de saúde (Quadro 02).
- Propõem-se a criação de uma agenda para a equipe de saúde, bem como ACS, enfermeiro e médico, atenderem algumas demandas criadas pelo cronograma de atendimento semanal de saúde.

MICROINTERVENÇÃO: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E À DEMANDA PROGRAMADA

Atualmente, devido ao contexto da pandemia, a UBS René Lucena 1 vem atendendo uma significativa demanda de pessoas, entre idosos, adultos, mulheres em idade fértil, gestantes e crianças. O mesmo possui em sua estrutura uma equipe de saúde formada por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, Dentista, Técnicos de Saúde Bucal, Recepcionistas, atendente de farmácia, serviço gerais, motorista e os Agentes Comunitários de Saúde. O acolhimento estava ocorrendo apenas por meio da demanda espontânea, que gerava uma dificuldade na organização do acolhimento por toda a equipe no qual muitas vezes causavam incompreensões pelos pacientes que buscavam atendimentos.

Os pacientes ficavam aguardando dentro da UBS, assim, conseqüentemente ocasionando aglomerações, além de dificultar a qualidade do atendimento por toda a equipe. Por localizar-se em um grande bairro do município, apresenta um fluxo alto de pacientes, na qual gerava uma desordem e aglomerações entre os pacientes e devido a Pandemia por Covid-19, por se uma doença infecciosa sendo transmitida principalmente por gotículas de saliva liberadas pela tosse ou espirro. As aglomerações se tornavam um grande problema para os pacientes que buscam acolhimento na UBS, e muitas vezes acabam atrapalhando os retornos a consulta médica para pacientes com doenças crônicas, gestantes e crianças, por se depararem

com filas e aglomerações.

Sem a implantação do cronograma de atendimento semanal e demanda programada, muitos pacientes deixaram de procurar a UBS com medo da contaminação por Covid-19, pois o fluxo de usuários em espera de atendimento era significativo elevado. Além disso, as visitas domiciliares eram solicitadas diariamente, assim trazendo um maior tempo de espera para os pacientes que se encontram na UBS, no qual causava um desconforto para a comunidade.

Após as reuniões com toda a equipe de Saúde da UBS René Lucena 1, em busca de estratégias, com a intenção de melhorar o acolhimento a população buscou-se a implantação de um atendimento organizado, a fim de diminuir o contágio da pandemia por Covid-19, evitando as aglomerações, orientado distanciamento de 2 metros de cada pacientes e uso obrigatório de máscaras. Assim se estabeleceu a inclusão das demandas do cronograma de atendimento semanal programadas, com o dia determinado da semana com preferência para gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos e controle do desenvolvimento de crianças.

Ademais, através de algumas propostas se reorganizou e estruturou os atendimentos espontâneos, dando continuidade à essa demanda, para pacientes que apresentam casos agudos ou por motivos específicos de cada paciente. Logo, a UBS Rene Lucena 1, adotou o protocolo de Manchester, onde utiliza a classificação de risco para fornecer prioridade a quem necessita de um atendimento imediato.

A classificação de risco organiza a demanda espontânea e estabelece prioridades para urgência e emergência. Gera fluxo na agenda e humaniza o atendimento ao paciente (BRASIL, 2010). Dessa maneira, a classificação é dividida por cores, nas quais a cor vermelha está relacionada a pacientes que necessitam atendimento urgente ou pacientes graves, que necessitam o atendimento imediato e que pacientes apresentam com grau de risco elevado. A cor amarela está indicada como urgência para casos de gravidade moderada, com a necessidade de atendimento médico sem o risco imediato. A cor verde para Não Urgências, para casos de menores complexidades (Quadro 02).

Com a utilização cronograma de atendimento semanal, estruturando a demanda espontânea e programa (Quadro 01) na unidade básica de saúde, gerou uma organização e diminuição das aglomerações em busca atendimento. Dessa forma, atualmente as demandas programas estão organizadas a cada dia da semana em consonância com as demandas espontâneas, sendo na segunda feira e terça feira agendamentos para consultas em geral, nas quartas feiras gestantes, quinta feira consultas e renovações de receitas dos hipertensos e diabéticos e visitas domiciliar.

Assim, a Unidade básica de saúde René Lucena 1, com toda sua equipe de saúde realiza o trabalho contínuo e permanente para o devido acolhimento, de forma humanizada, com qualidade e respeitando o perfil de toda a comunidade assistida pela UBS. Além de outras

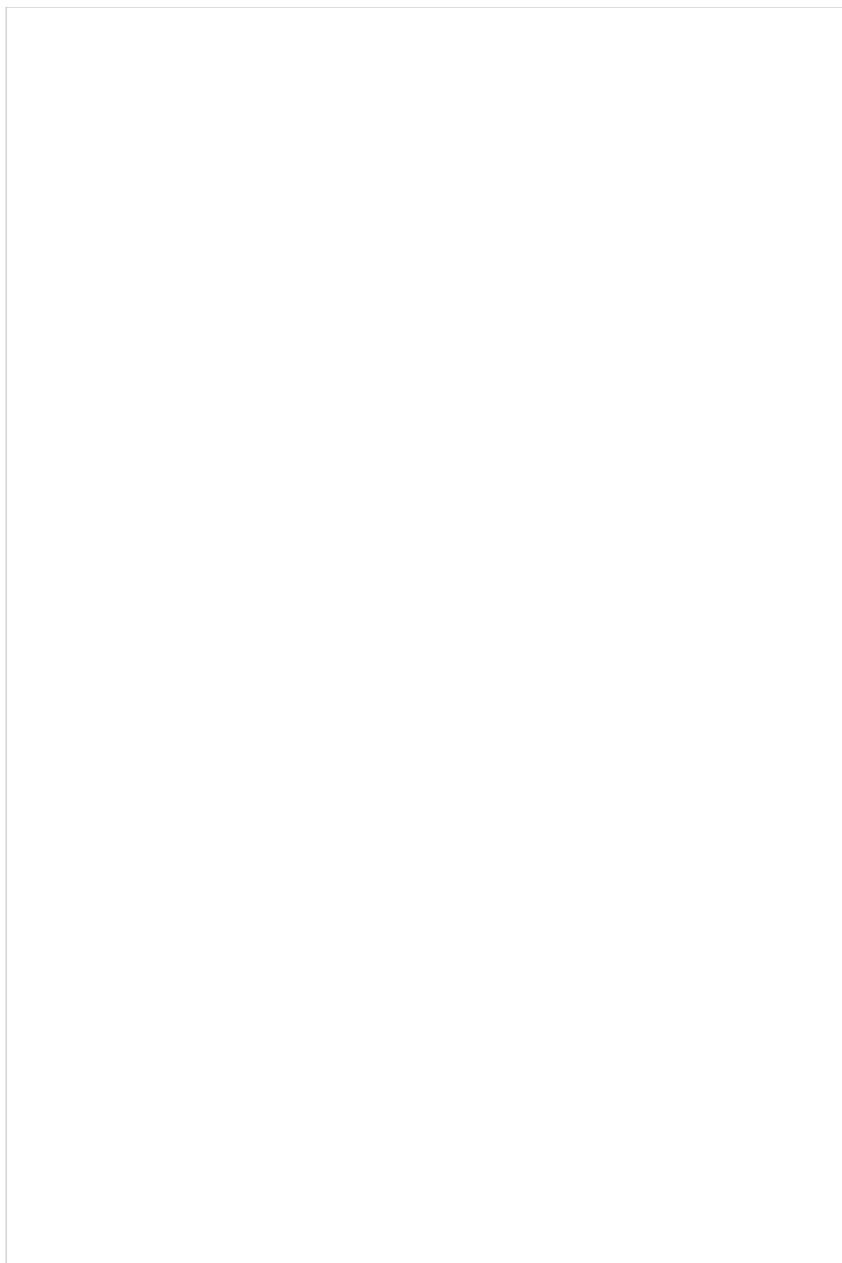
estratégias para ter mais organização em seus acolhimentos, tendo como resultado a melhora e a satisfação dos pacientes, a fim de trazer benefícios para toda a comunidade.

Quadro 1- Ações realizadas conforme os objetivos da Microintervenção.



Fonte: Autor.

Quadro 02. Cronograma semanal de atendimento a demanda espontânea e demanda programada.



Fonte: (BRASIL, 2010); Equipe de Saúde René Lucena 1, 2020.

Percebeu-se uma melhoria significativa na qualidade dos atendimentos, reduziu a aglomeração e até mesmo o tempo de espera dos pacientes. Ao propor uma intervenção no processo de organização e de atendimento às demandas espontâneas e programadas na UBS evidenciou-se que pequenos gestos e mudanças geram impactos positivos na comunidade, ou seja, proporcionando maior vínculo entre usuário e profissional de saúde, tornando-se de fato humanizado.

Nesse sentido, com a alteração encontrada no diagnóstico situacional da UBS, espera-se que tanto os usuários quanto o profissional da saúde continuem mantendo uma boa relação. Para que isso ocorra, é necessário, também, que a equipe esteja capacitada e preparada

para acolher as demandas de forma organizada, planejada, respeitando o perfil da equipe e dos usuários, mantendo uma atenção mais humanizada.

Diante do exposto, conclui-se que o de acolhimento à demanda espontânea na UBS tem sido um meio importante de acesso ao serviço pelos usuários, tendo a segunda e terça-feira como o dia mais procurado pelos usuários, e os demais dias tornando-se mais acessível para suas demandas.

Almeja-se que essa microintervenção tenha continuidade, e que a mesma tenha produzido mudanças significativas para o atendimento da UBS René Lucena 1, além de promover a melhoria da qualidade de vida da população através dessa intervenção. Ademais, pretende-se estender esse plano para a elaboração de um calendário, onde serão criados dias da semana que oportunizem diferentes práticas, ações e atendimentos para os usuários a partir de um acolhimento organizado e humanizado. Para isso, torna-se necessário fortalecer a participação dos serviços públicos, apoio dos profissionais de saúde e comunidade.

Conclui-se que o de acolhimento à demanda espontânea na UBS René Lucena 1 tem sido um meio importante de acesso ao serviço pelos usuários da comunidade de Brejo Santo/Ceará. Portanto, se sistematizou os atendimentos levando em consideração todo um planejamento semanal, assim, tornando-se mais acessível para diferentes demandas.

Nesse sentido, esta microintervenção apresenta subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores e comunidade possam fortalecer e dar continuidade as estratégias de enfrentamento para as dificuldades de acessibilidade à saúde, tendo como exemplo UBS René Lucena 1 sendo uma das portas de entrada no sistema de saúde, oferecendo diferentes práticas, ações e atendimentos para os usuários a partir de um acolhimento organizado e humanizado.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

MICROINTERVENÇÃO PARA O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NO AMBITO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RENÉ LUCENA 1.

A história da puericultura no mundo está ligada com a dos cuidados às crianças. Tendo origem ainda na Idade Antiga, na França, século XVIII, as primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, educação, vestuário e alimentação (DOS SANTOS, 2013). Entretanto, a pediatria aparece como especialidade médica somente na segunda metade do Século XIX e, na Enfermagem, nas primeiras décadas do Século XX (DE ASSIS, COLLET e SÁ, 2010).

Nesse contexto, a atenção à saúde da criança tornou-se uma agenda prioritária dentro dos cuidados à saúde das populações. No Brasil, conforme Costa et al (2011) as ações de puericultura tiveram espaço assegurado na política de atenção à saúde da criança, entretanto, os perfis de morbimortalidade infantil resistiam às ações realizadas.

De acordo com o Brasil (2005) o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos). Sendo parte integrante da puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança (ASSIS, COLLET, SÁ, 2010).

Lopes (2013) ressalta que a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, realizando a busca ativa das faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento da criança. Esse seguimento prevê um calendário mínimo de consultas no primeiro ano de vida de sete consultas, duas no segundo e uma por ano a partir do terceiro ano de vida até a criança completar seis anos de idade.

Nesse sentido, a puericultura, quando realizada no âmbito das instituições de saúde, funciona como uma ferramenta indispensável na construção do SUS, além de propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças. Dessa maneira, ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção na comunidade de Brejo Santo/Ceará.

Tendo em vista que a UBS René Lucena 1 vem promovendo ações e mudanças nas práticas de saúde, preocupando-se com o modo em que a equipe de saúde se tem

organizado diante o processo de trabalho em relação às ações específicas de puericultura. Sendo necessário refletir sobre aspectos importantes do cuidado na atenção básica de crianças. Assim, o objetivo desta microintervenção foi promover acolhimento, a orientação, a escuta, diálogo, o vínculo e a responsabilidade por meio de consultas multiprofissionais do CD realizadas no âmbito da Unidade Básica de Saúde René Lucena 1.

O relato tem como objetivo geral descrever as ações de saúde promovidas pela equipe para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para a criança, por meio de consultas multiprofissionais do CD realizadas no âmbito da UBS René Lucena 1. Objetivos específicos: refletir acerca de aspectos importantes do cuidado na atenção básica da criança e propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças.

Trata-se de um relato de experiência, do tipo microintervenção, cujas ações foram realizadas no período de agosto a setembro de 2020.

- As ações foram planejadas em conjunto com apoio da equipe de saúde no âmbito UBS René Lucena 1, onde criou-se um conjunto de ações voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
- Semanalmente realizavam-se consultas de crescimento e desenvolvimento da criança, na unidade de saúde e a domicílios, sendo agendadas pelos agentes comunitários de saúde.
- As consultas multiprofissionais foram realizadas pelos profissionais preceptores enfermeiro, nutricionista, médico e cirurgião-dentista e serviço social.
- Público-alvo da ação: gestantes, criança de 0 a 6 anos e pré-adolescentes.
- Por meio do programa saúde na escola (PSE) realizaram-se as consultas multiprofissionais.
- Ressalta-se que as escolas do município mantêm algum tipo de parceria com o PSF. A parceria estabelecida se mantém apenas no plano burocrático, onde as escolas do município "emprestam" suas salas de aula para a realização de atividades educativas, facilitando assim, o acesso dos indivíduos de toda comunidade.

Realizaram-se três atividades de prevenção e intervenção na comunidade de Brejo Santo/CE, durante os meses de agosto a setembro de 2020 voltadas a consultas multiprofissionais do CD (Quadro 01). A consulta de crescimento e desenvolvimento das crianças realizadas de forma multiprofissional favoreceu a troca de experiências entre a equipe de saúde e a população participante das consultas de CD. Esta ação foi possível por meio de parceria, orientação e planejamento. Além do apoio da equipe médica da unidade de saúde, foram convidados outros profissionais externos para colaborar com a ação (dentistas, enfermeiros e nutricionista).

Cada profissional ficou responsável por uma determinada atividade e função. O profissional da enfermagem forneceu orientações essenciais sobre os cuidados do recém-nascido, desenvolvimento e crescimento da criança, além envolver uma avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências. Nesse seguimento, os

técnicos de enfermagem também auxiliaram nos procedimentos de cartão da criança. Corroborando com isto, o médico da equipe realizou consultas em geral, onde serviram para os pais tirarem dúvidas e receberem orientações acerca da alimentação, sono, vacinas, prevenção e tratamento de doenças, acidentes e educação dos filhos.

Em relação à odontologia pôde-se perceber que a inclusão definitiva da saúde bucal nas consultas de CD contribuiu para que o primeiro contato da criança com o cirurgião-dentista fosse realizado de maneira traumática e formação de vínculo com a mãe e com a criança. Quanto ao profissional nutricionista, atuou em desenvolver orientação de educação alimentar e nutricional com a criança e com os pais/cuidadores, promovendo hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

Essa interação possibilitou maior acesso da população aos profissionais em um mesmo momento, bem como favoreceu maior disponibilidade de informações preventivo-curativas com o intuito de melhorar a qualidade de vida das crianças do município de Brejo Santo/CE.

As consultas multiprofissionais ocorreram fora do espaço físico da UBS, bem como nas escolas municipais por meio do programa saúde na escola (PSE). Dessa maneira, a ação permitiu atender um número significativo de gestantes, crianças e pré-adolescentes, pois com espaço mais amplo foi possível respeitar todas as medidas de segurança, distanciamento, controle e cuidado no momento de cada atividade desenvolvida.

Realizou-se trocas de experiências e conhecimento com os profissionais da saúde com intuito de orientar acerca do cuidado na atenção básica da criança, além disso, buscou-se na literatura científica a abordagem do assunto (Quadro 01). Tais momentos configuram-se como ações internas, no qual foi possível refletir e planejar sobre atenção à saúde da criança, levando em consideração o acolhimento, orientação, escuta e diálogo no âmbito das atividades da unidade básica de saúde René Lucena 1.

No que tange as novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças, foi realizado atividades de consultas semanais em domicílio (Quadro 01), onde os agentes comunitários de saúde, o profissional da enfermagem em conjunto com médico responsável estabeleceu na prática uma parceria baseada em trocas de conhecimentos entre os profissionais.

Conforme Medeiros, Boehs e Heidemann (2012) o enfermeiro, ao cuidar da criança juntamente com a família, deve trabalhar a educação em saúde com esses atores de modo que se tornem parceiros na luta pela promoção da saúde infantil. Nesse sentido, o enfermeiro e o médico por intermédio do ACS, promoveram além de consultas, educação em saúde nos domicílios da comunidade, a fim de fornecer orientações e conhecimentos para grávidas, recém-nascidos, criança e com os pais/cuidadores.

Os ACS foram essenciais para realização das atividades, por conhecerem as

microáreas. Na prática, as mulheres que estavam de parto ou quando nascia uma criança era agendado por este profissional a primeira visita ou a consulta domiciliar. Por isso, o ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O Agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde (COSTA et al., 2013).

Quadro 1. Representação didática das ações realizadas

Objetivos	Ações	Equipe responsável
- Promover ações voltadas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none"> o Consultas multiprofissionais do CD o Ações realizadas em datas específicas, fora do espaço físico da UBS o Foram três ações de prevenção e intervenção na comunidade 	Profissionais da UBS (médico, enfermeiro, tec. de enfermagem, ACS e dentista) e profissionais de externos convidados a participar do projeto (enfermeiro, dentista e nutricionista).
- Refletir acerca de aspectos importantes do cuidado na atenção básica da criança	<ul style="list-style-type: none"> o Buscas na literatura científica abordagem do assunto o Palestras para equipe de saúde o Reuniões para planejamento, reflexão, trocas de experiências e proposta de intervenção 	Profissionais da UBS (médico, enfermeiro, tec. de enfermagem, ACS e dentista)
- Propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças.	<ul style="list-style-type: none"> o Planejamento e cronograma semanal o 2 dias na semana para visita domiciliar, exclusiva para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança o Agendamento pelos ACS 	Profissionais da UBS (médico, enfermeiro, tec. de enfermagem e ACS)

Fonte: próprio autor.

Fonte: Autor.

Diante das ações que vem sendo realizadas, espera-se que a partir delas possam produzir mudanças e melhorias ao campo da atenção à saúde da criança. O intuito destas ações é de melhorar a qualidade de vida das crianças do município de Brejo Santo/CE.

Além disso, para continuidade das ações, pretende-se realizar pelo menos de seis e seis meses as consultas multiprofissionais do CD, ampliando o convite para profissionais acadêmicos que ainda estão em formação a fim de propor parcerias e novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde.

Esta ação foi de fundamental importância para o aprimoramento da qualidade de saúde das crianças, promover a atenção ao crescimento e desenvolvimento infantil, no intuito de prevenir uma série de patologias, evitáveis pelo acompanhamento por um profissional da saúde capacitado é essencial para o serviço de saúde pública do município.

Além disso, evidenciou-se que propor novas formas de relacionamento entre profissionais e usuários geram impactos positivos na comunidade. Nesse sentido, o trabalho do ACS, na Atenção Básica torna-se fundamental para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT): NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. De acordo com Duncan et al. (2012), a carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda.

No Brasil, as DCNTs representam a maior carga de morbimortalidade. Em 2015, foram responsáveis por 75,0% do total de óbitos, cujos principais grupos de causas foram: doenças do aparelho circulatório; câncer; doença respiratória crônica; e diabetes (OLIVEIRA, SOUZA e NETO, 2020).

Dentre essas doenças, a diabetes estão aumentando sua incidência e prevalência mundialmente, alcançando em grandes proporções (COELHO, 2019). Não obstante, a Hipertensão arterial embora seja prevalente em populações acima de 40 anos, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes, também sejam portadoras. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país.

Além disso, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral (COELHO, 2019). Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral.

Sendo assim, as DCNT se tornaram uma das principais prioridades na área da saúde e atenção básica no Brasil (DUNCAN et al., 2012). O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, no Brasil, foi implantado pelo Ministério da Saúde, juntamente com outras organizações de saúde, com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção aos portadores dessas enfermidades, a partir da atualização dos profissionais da rede básica, do diagnóstico precoce do diabetes e da hipertensão e do encaminhamento dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (COSTA, SILVA e CARVALHO, 2011).

Nessa perspectiva de prevenção de doenças e agravos, tornam-se fundamentais a promoção de saúde, com ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis. A partir disso, considera-se que a promoção da saúde na atenção básica visa proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde.

Fundamenta-se nisso, esta proposta de microintervenção que visa relatar a elaboração de um plano de ação para atendimento de hipertensos e diabéticos, a fim de reduzir os agravos destas doenças na população local de Brejo Santo – CE.

O relato de experiência tem como objetivo geral descrever a elaboração de um plano de ação para atendimento, com ênfase na Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, na UBS René Lucena 1. Objetivos específicos realizar reuniões, palestras educativas e consultas de monitoramento e controle, mensalmente, por meio da criação do programa de Hipertensão & Diabetes; avaliar os fatores de risco envolvidos na hipertensão e diabetes dos participantes; incentivar estratégias de hábitos saudáveis aos usuários.

Trata-se de um relato de experiência, do tipo microintervenção, desenvolvido na UBS René Lucena 1 (UBS) – CE. As ações do projeto ocorreram no período do mês de setembro a novembro de 2020, através de três eixos distintos e complementares: organização e gestão do serviço, qualificação para a prática e engajamento público e prática. Nessa conjuntura, para o desenvolvimento desta microintervenção, seguiu-se os seguintes eixos a saber:

Primeiro eixo, criou-se um plano/projeto de campanha, com diversos recursos e materiais disponíveis para atender o público-alvo. Sendo o público-alvo hipertensos e diabéticos ou indivíduos com pré-disposição para essas doenças.

No segundo eixo, foram realizadas buscas na literatura científica para fundamentação teórica deste trabalho de intervenção, nas bases de dados: Google acadêmico, Scielo e Pubmed, a fim de coletar informações pertinentes ao trabalho e conduzir conhecimentos durante as ações. Além disso, contou com o auxílio dos materiais de apoio sobre a temática, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família.

O Terceiro eixo, no que se refere as práticas, ressalta-se os seguintes aspectos:

- As ações foram realizadas de maneira remota, respeitado as regras de distanciamento, higiene e proteção individual.
- Utilizou-se diferentes materiais como ferramenta didáticas para o plano de intervenção: cartazes para divulgação dos eventos; slide de apresentação nos dias das ações; e o cartão individual para monitoramento e prevenção.
- No cartão individual, contém informações como o nome, idade e data de nascimento da pessoa, além de dados antropométricos, pressão arterial e resultado do teste de glicemia.

A partir da criação do projeto Hipertensão & Diabetes, buscou-se uma assistência de melhor qualidade e um acompanhamento eficaz dos hipertensos e diabéticos pelos profissionais de saúde da UBS René Lucena 1. O projeto atendeu 121 pessoas, a maioria dos monitorados encontrava-se na faixa etária entre 45 e 77 anos de idade.

Assim, construiu-se estratégias, subdivididas em seis ações (duas em cada mês), as quais ocorreram no Salão Comunitário de Brejo Santo – CE, cujos temas forma: monitoramento e controle, consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco; e por último uma programação junto à equipe de estratégias para a educação dos usuários, palestra sobre a importância da alimentação para prevenção da Hipertensão e

Diabetes.

A implementação da ferramenta “Cartão de Monitoramento e Controle da Hipertensão e Diabetes” (figura 01), foi uma estratégia eficaz, cujo objetivo era monitorar e controlar. Utilizou-se os dados do cartão como triagem e o prontuário para consulta-médica dos participantes durante a execução das ações. Após a coleta dos dados e preenchimento do cartão de monitoramento, os participantes eram direcionados para um lanche promovido pela equipe de saúde, em seguida, encaminhados para consulta médica. O cartão do participante do programa (Figura 01) foram disponibilizados aos usuários. Logo, verificava-se possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes; solicitação de exames complementares, quando necessário; prescrevia-se o tratamento não-medicamentoso; tomada de decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.

No que se refere a avaliação dos fatores de risco realizou-se através dos cartões de monitoramento e das consultas médica. Evidenciou-se que no primeiro mês, setembro de 2020, a maioria dos participantes apresentaram alterações na pressão arterial, nos resultados dos testes de glicemia e com índices de massa corporal acima do peso. Desses participantes, o sexo feminino foi que apresentou fatores de riscos para Hipertensão. Além disso, nas consultas médica, em diálogo com os participantes, a maioria apresentou pré-disposição genética e hábitos de alimentação inadequado e quase nunca praticavam atividade física quando questionava a respeito.

A partir disso, se incentivou a participação do programa a prática hábitos saudáveis e importância de monitorar e prevenir a Hipertensão e diabetes. No último mês, novembro de 2020, observou-se resultados satisfatórios no que concerne aos sujeitos que estavam em condições de risco ou pré-disposto, além do controle e monitoramento dos quais já lidavam com a doença.

A programação junto à equipe de estratégias para a educação dos usuários foi realizada na última ação do evento, com o intuito de consolidar os conhecimentos repassados durante as ações, a palestra realizada pela enfermeira da equipe de saúde, incentivou novas práticas saudáveis sobre a importância da alimentação saudável, os riscos do Tabagismo e alcoolismo e a orientação sobre a prática regular de atividade física.

Figura 1. Cartão criado para Monitoramento e prevenção da Diabetes e Hipertensão.

Fonte: Equipe René Lucena 1, 2020.

Os resultados alcançados foram satisfatórios, as metas estabelecidas tiveram um percentual bastante representativo o que surpreendeu a todos os membros da equipe.

Destaca-se que se cadastrou 28 hipertensos e 9 diabéticos, todos os cadastrados tiveram avaliação clínica, realização em tempo oportuno de seus exames complementares, prescrição de medicamentos. Outras ações realizadas incluíram realização de busca ativa dos pacientes faltosos, ações de promoção de saúde: Orientação nutricional, orientação sobre riscos do tabagismo E orientação sobre a prática regular de atividade física.

Quando a continuidade das ações a UBS adotou como prioridade nas ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do diabetes mellitus e hipertensão arterial. Diante disso, espera-se que por meio deste programa, da educação em saúde, seja possível alcançar melhores índices de adesão, redução das complicações por essas doenças e outras comorbidades.

Por fim, as práticas se revelaram um diferencial para a qualificação da equipe, principalmente por terem vivenciado as ações e visto os bons resultados. Todo este processo de trabalho de equipe propiciou a valorização profissional de cada categoria para o desfecho da intervenção. Além disso, a intervenção foi incorporada à rotina da Unidade de Saúde e servirá como modelo para futuros projetos para as outras ações programáticas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da universalidade da assistência e ampliação do acesso aos serviços de saúde, a implementação da atenção básica, através de sua estratégia estruturante Saúde da Família, tem sido a principal diretriz das políticas públicas na direção da melhoria da qualidade da atenção à saúde no nosso país. Nesse sentido, deve-se pontuar as ações em saúde foram essenciais para melhoria saúde no município.

Embora sejam muitos os desafios que os profissionais da saúde têm que enfrentar, diariamente, em função das condições precárias do SUS brasileiro. Torna-se necessário se superar esses obstáculos para que se possa atingir o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova a humanização da assistência e integralidade.

No entanto, se destaca como uma boa estratégia para se conseguir êxito na atenção nas práticas em saúde seja investir na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente dos profissionais nesta área.

Contudo, vale ressaltar que os percursos das atividades foram viáveis tendo em vista que a UBS dispõe do espaço e dos recursos humanos para a sua execução. Além disso, nenhum projeto de intervenção semelhante relacionado ao tema foi realizado na comunidade anteriormente.

A primeira microintervenção voltada para acolhimento humanizado apresentou subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores possam fortalecer, bem como dar continuidade as estratégias de enfrentamento para as dificuldades de acessibilidade à saúde, tendo como exemplo UBS René Lucena 1.

A segunda microintervenção foi de fundamental importância para o aprimoramento da qualidade de saúde das crianças, promoção da atenção ao crescimento e desenvolvimento infantil, no intuito de prevenir uma série de patologias, evitáveis pelo acompanhamento por um profissional da saúde capacitado é essencial para o serviço de saúde pública do município.

Quanto ao plano de microintervenção para atendimento de hipertensos e diabéticos, a UBS adotou como prioridade na atenção básica ações de monitoramento, controle, prevenção de complicações e tratamento do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial.

Portanto, diante das microintervensões realizadas espera-se produzir mudanças e melhorias na atenção à saúde prestada à população.

6. REFERÊNCIAS

ALBINO et al. Atendimento a demanda espontânea: estudo quantitativo do serviço de acolhimento de uma unidade básica de saúde. In: xvi fórum de pesquisa científica e tecnológica. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 675/GM de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, p.8, 2010

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).

BONILHA, L. R. C. M; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M. S.; VIEGAS, S. M. Da F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300320, 2020.

COELHO, L. L. "Educação em saúde para os idosos hipertensos e diabéticos assistidos pela Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Boa Vista, no município de Januária-Minas Gerais." 2019.

CORRÊA et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de saúde pública**, p. 33. 2017.

COSTA et al. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011.

COSTA et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147-2156, 2013

DUNCAN et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

DE ASSIS et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011.

DOS SANTOS, T. M. R. Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do espírito santo: Análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. 2013.

FERREIRA JÚNIOR, O. Controle social: construindo a gestão participativa do Sistema Único

de Saúde no município de Cacoal-Rondônia. 2008.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômico em Juiz de Fora..Revista Saúde Coletiva, v.16, n° 1, p. 83-97, 2006.

GOMES, F. V. F. O acolhimento na estratégia de saúde da família do município de Caicó-RN: sensibilização das equipes, possíveis desafios de implantação e parceria com o programa de residência multiprofissional em atenção básica. 2019.

LOPES, M. A. Avaliação da qualidade de vida em saúde de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica estágio 4 (pré-dialítica) ou estágio 5 (dialítica) e de seus cuidadores primários. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. 2013.

MEDEIROS, E. A. G.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 462-473, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 2ª reimpressão. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

OLIVEIRA, J. H. D; SOUZA, M. R. D.; MORAIS NETO, O. L. D. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020121, 2020