



**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 ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIAS DA**  
**UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA DO QUILOMBO**  
**TINGU, EM SANTARÉM-PA**

**ANDRE LUIZ QUEIROZ DOS SANTOS**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

MICROINTERVENÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIAS DA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA DO QUILOMBO TININGU, EM SANTARÉM-PA

ANDRE LUIZ QUEIROZ 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: ROBERVAM DE MOURA  
PEDROZA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço a Deus pela vida e por tudo que tem me proporcionado até aqui chegar o ano de 2020, espero alcançar ainda muitos objetivos, mais o que alcancei até até foi tudo graças ao Pai, criador dos Céus e da terra.

---

---

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, amigos, companheiros de trabalho e orientador, todos foram essenciais para minha trajetória até aqui.

---

## **RESUMO**

Este trabalho faz parte do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e visa mostrar a experiência com a aplicação de três microintervenções em saúde na Unidade de Saúde da Família (USF) - Ribeirinha do Quilombo Tingu, no município de Santarém-PA. A primeira microintervenção teve o objetivo de manter o atendimento da melhor forma possível, sempre prezando pelo atendimento humanizado. A segunda objetivou mostrar que a enfermeira e o médico podem trabalhar juntos em prol do atendimento de crescimento e desenvolvimento. A terceira o objetivo foi implementar um instrumento para estratificação de risco cardiovascular dos usuários assistidos, baseado no escore de Framingham. Os relatos contêm os resultados alcançados, as dificuldades e o plano de continuidade. A equipe multiprofissional e os usuários foram fundamentais nesse processo de produzir saúde na comunidade. A participação da população no processo de construção das propostas é uma sugestão para que as microintervenções tenham uma maior duração na rotina de trabalho da equipe.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Promoção da saúde. Prevenção e controle. Saúde da família.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	07
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	10
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	17

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Santarém está localizado no estado do Pará e nele ocorre o encontro do rio Tapajós com o rio Amazonas. Ele é o terceiro município mais populoso do estado e de acordo com o último censo, do ano de 2020, do Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada é de 306.480 pessoas. A rede de assistência à saúde do município é bastante complexa e contém serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), secundária e terciária.

Dentre os serviços de APS está inserida a Unidade de Saúde da Família (USF) Ribeirinha do Quilombo Tiningu, situada na zona rural e que presta atendimento a uma população de aproximadamente 1.500 pessoas. O perfil de adoecimento da comunidade está relacionado aos determinantes sociais, pois se trata de uma comunidade bastante carente do serviço de saúde e do poder público.

Esse trabalho faz parte do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) visa mostrar a experiência com a aplicação de três microintervenções em saúde na USF- Ribeirinha do Quilombo Tiningu. As áreas temáticas abordadas foram o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, atenção à saúde da criança e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na APS. Essas áreas são essenciais para manutenção da qualidade de vida dos usuários e também são as que possuem maior carência de ações estratégicas.

Os objetivos das intervenções foram voltados a uma mudança na atual situação de saúde dos usuários, assim como uma reorganização em processos de trabalho da equipe. A primeira microintervenção teve o objetivo de manter o atendimento da melhor forma possível, sempre prezando pelo atendimento humanizado, prezando pela organização do processo de trabalho em equipe. A segunda objetivou mostrar que a enfermeira e o médico podem trabalhar juntos em prol do atendimento de crescimento e desenvolvimento. Na terceira o objetivo foi implementar um instrumento para estratificação de risco cardiovascular dos usuários assistidos, baseado no escore de Framingham.

O trabalho está organizado na experiência de três microintervenções aplicadas no território. Os relatos contêm os resultados alcançados, as dificuldades e o plano de continuidade. A equipe multiprofissional e os usuários foram fundamentais nesse processo de produzir saúde na comunidade.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A demanda espontânea e programada provavelmente deve ocorrer em todas as unidades de saúde da família no Brasil. Na unidade de saúde da família Ribeirinha do Quilombo Tingu, localizada em Santarém, município do Pará, os atendimentos ocorrem semanalmente das 07h00min às 17h00 de segunda a sexta feira, não tendo atendimentos apenas em feriados nacionais, fechando apenas para o horário do almoço de 12h00min às 14h00min.

A demanda espontânea faz parte de todas as unidades de saúde da família e como os pacientes serão atendidos no decorrer dos dias é o modo que a equipe deve definir e elaborar, para que assim não comprometa os demais atendimentos da unidade (SOUZA BORELLO, 2014).

O atendimento seja de demanda espontânea ou programada deve sempre haver humanização, nunca esquecendo os princípios da integralidade, e respeito ao paciente. A inter-relação entre demanda espontânea e demanda programada depende muito de como a equipe trabalha dentro da unidade, e depende dos mesmos realizar a organização deste atendimento (CHÁVEZ; RENNÓ; VIEGAS, 2020).

Através da observação desde que cheguei à unidade de saúde da família Ribeirinha do Quilombo Tingu, localizada em Santarém, município do Pará, local de estudo deste projeto de microintervenção, tenho visto inúmeras coisas que podem ser melhoradas ou mudadas, uma delas é o atendimento de demanda espontânea e programa. Havia há alguns meses uma grande demanda de pacientes de apenas chegar na unidade cedo já ficar para a consulta quando a unidade abrisse. Entretanto, esse não é o modelo mais adequado para organizar os atendimentos da ESF. É necessário que a equipe organize também a demanda programada, uma agenda prévia para marcação das consultas de acordo com as necessidades.

Ao observar e elencar o assunto como problema na unidade, percebeu-se a necessidade de realizar o projeto de microintervenção sobre acolhimento.

O objetivo proposto junto a equipe que participou (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), foi reorganizar a agenda semanal, realizando agendamentos para cada dia da semana, com um número de vagas específico para garantir os atendimentos com qualidade.

Em reunião com a equipe chegamos à conclusão que deveria em primeiro lugar determinar como seria organizada a agenda e a quantidade de pacientes que seriam atendidos no dia.

Ao ser elaborada uma agenda, ficou pactuado que seriam atendidos 25 pacientes no turno da manhã e 25 pacientes no turno da tarde. Priorizando a segunda feira para atender as pessoas idosos e portadores de doenças crônicas, os quais tem muitos fatores de risco para contaminação de inúmeras doenças, na terça feira realizados as consultas de pré natal, consultas de PCCU (Exame preventivo de cancer do colo do útero), planejamento familiar



entre outros Atendimentos. Na quarta-feira realizado as visitas domiciliares, com acompanhamento de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente comunitário responsável pela família. Na quinta feira retornamos os atendimentos na unidade com as crianças, atendendo todos os casos que há intervenção por parte da ESF. E na sexta feira atendimentos de demanda espontânea, o paciente chega à unidade, sem ser necessário madrugar na frente do prédio e por ordem de chegada é atendido.

Tem dado muito certo desde que começamos a organizar a agenda desta maneira no mês de Setembro, apesar da semana bastante corrida, ainda conseguimos realizar atividades de educação em saúde para o público, visando a necessidade de cada pessoa atendida.

O único problema que enfrentamos e ainda continuamos enfrentamos, porém aos poucos está diminuindo, é a pressão por parte dos pacientes em não compreender a necessidade dessa organização. Os pacientes sempre são as pessoas com mais dificuldade de entender a necessidade de organização ou qualquer outro assunto dentro de uma unidade, porém com muita luta e incentivo acabam que compreendendo.

A mudança no modelo assistencial só acontecerá se houver organização dentro da unidade de saúde e empenho e dedicação não somente dos profissionais, mais também dos pacientes envolvidos (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

Sempre haverá muitas críticas de uma determinada população voltados aos atendimentos realizados pela equipe, porém ainda é necessário que quando houver mudanças seja no atendimento ou dentro da unidade mesmo, realizar reunião com a equipe e com a comunidade, para que os mesmos compreendam o que está ocorrendo no âmbito de saúde.

Um dos problemas encontrados quando se trata de abordar os pacientes referente a mudanças que ocorrem nos atendimentos é a repreensão e incompreensão da população frente as mudanças que podem melhorar o atendimento (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Ao elencar o problema de demanda espontânea e programa na unidade, logo após a reunião com a equipe e organizada a agenda também informamos aos nossos pacientes e como relatado a cima, houve incompreensão de alguns, porém vem dando muito certo, e tem melhorado a qualidade dos atendimentos, pacientes estão saído satisfeitos do local.

Diante disso, pretendemos sim continuar com a programação da agenda em organização dividindo os atendimentos por dia, pois assim temos visto resultados muito positivo, e se ainda houver meio em que melhore ainda mais os atendimentos iremos providenciar, pois como profissionais, visamos o melhor atendimento a nossa população e cuidados de nossas saúde mental e profissional.

Temos nos adequado ainda mais devido a pandemia do coronavírus. Desde o início de 2020, temos vivenciado situações muito difíceis, tendo que limitar o número de pacientes e o distanciamento. As visitas domiciliares têm ocorrido em menos frequência, pois tememos pela vida dos nossos próximos. Temos fé que tudo isso passará e iremos poder retornar com os

nossos atendimentos e visitas domiciliares da forma e frequência com que realizávamos.

Portanto, o objetivo desta microintervenção é manter o atendimento da melhor forma possível, sempre prezando pelo atendimento humanizado, prezando pela organização do processo de trabalho em equipe.

### **3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2**

#### **Implementação de rotina para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na USF**

A presente microintervenção tem como cenário a Unidade de Saúde da Família (USF) Ribeirinha do Quilombo Tingu, localizada em Santarém, município do estado do Pará. A unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por: um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois motoristas, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal. A equipe é bem qualificada e disponível para as ações de âmbito coletivo. Apesar das dificuldades impostas pela pandemia, mas, com reflexos nos processos de trabalho, a unidade conta com uma equipe coesa, capaz de promover ações capazes de impactar positivamente nos níveis de saúde da comunidade.

O tema abordado nesta microintervenção 2 será o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, na faixa etária de zero a cinco anos, acompanhadas pela equipe da USF. De acordo com o Ministério da Saúde, rotineiramente, os atendimentos de puericultura são realizados pelo (a) enfermeiro (a), como ocorre na nossa unidade, visto este tema, achei interessante abordá-lo e realizar uma ação frente ao assunto.

A população, desde o momento em que nasce o seu primeiro contato é com profissionais que atuam na unidade de saúde da família (ALMEIDA et al., 2016). Quando um casal decide que deseja um filho, já procura uma unidade através do acompanhamento pelo planejamento familiar, para dirimir possíveis dúvidas e decidirem mediante orientações apresentadas pelos profissionais da equipe (médico e/ou enfermeiro), e neste momento a USF assume um papel importante, no compartilhamento de informações corretas, orientações e possibilidades para a manutenção do estado de saúde do casal e para uma gestação segura.

Quando a criança nasce, através das consultas de puericultura começa o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, com consultas mensais, aonde irá se avaliar o estado de saúde. No primeiro ano de vida da criança é preconizado pelo Ministério da saúde à realização de no mínimo sete consultas de puericultura. Esse acompanhamento além de identificar precocemente as principais doenças que atingem as crianças, visa orientar a respeito de prática de uma alimentação saudável, aos cuidados de higiene, a importância da vacinação adequada, a prevenção de acidentes, o incentivo ao desenvolvimento psicomotor, entre outras informações.

As ações que são criadas voltadas para esse grupo de pessoas, buscam identificar alterações de crescimento e desenvolvimento, onde analisará se precisará de intervenções ou não, além de diminuir riscos de morbimortalidade devido estar sempre acompanhando a criança (ALMEIDA et al., 2016).

O acompanhamento se torna importante uma vez que problemas ou condições de saúde importantes podem passar despercebidos pela mãe, podendo estar associado a diversos

fatores e na hora do atendimento é possível identificar, através do exame físico céfalo-caudal. Daí a importância de levar a criança de zero a cinco anos para ter acompanhamento na unidade pelo médico, enfermeiro e por outros profissionais que atuam na atenção primária, tendo em vista a importância do caráter multiprofissional nesse nível de atenção.

O atendimento que analisa o desenvolvimento e crescimento da criança, busca o bem estar físico e psicológico tanto da família, quanto da própria criança (LIMA et al., 2009). No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é observado o ganho ponderal, através da avaliação e acompanhamento do peso e comprimento, conforme os parâmetros do cartão da criança, além do desenvolvimento motor. Esses parâmetros são considerados fundamentais para identificar se a criança está sendo estimulada em casa pelos pais (LIMA et al., 2009).

Desta forma faz-se necessário a gestão municipal proporcionar uma política de educação permanente em saúde voltada para os profissionais que atuam nesta área, realizando este tipo de atendimento, mediante a oferta de cursos de capacitação que abordam a necessidade de se realizar o acompanhamento e desenvolvimento de uma criança, pois assim são realizadas as atividades de promoção e educação a saúde (LIMA et al., 2009).

O ministério da saúde preconiza que os atendimentos de crescimento e desenvolvimento da criança sejam realizados rotineiramente pelo enfermeiro, mediante as diretrizes para atuar nesta área (DANTAS; SOUZA; NÓBREGA, 2013). Porém, percebe-se a necessidade do médico de família ou generalista realizar também o acompanhamento, tendo em vista que a maioria das USF não dispõe de médicos especialistas, a exemplo do pediatra.

Falando agora sobre esse tipo de atendimento no local onde atuo, quando cheguei a este município percebi que quem realizava o atendimento de crescimento e desenvolvimento das crianças era a enfermeira do local, como tenho visto em quase todas as unidades que realizei estágios e atendimentos, aqui não é diferente.

Para realização desta microintervenção, foi desenvolvida uma reunião com a equipe, tal como se deu na primeira microintervenção. Na ocasião, falei da necessidade da realização deste trabalho junto a esse grupo populacional, representado pela população de zero a cinco anos e o assunto que tinha escolhido. A equipe, como de praxe, se propôs a ajudar.

Cada profissional citado pode contribuir com os atendimentos, passando os seus conhecimentos acerca do assunto, configurando uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, podendo ainda exercer função juntamente comigo enquanto médico. As atividades educativas assumiram um papel importante nesse processo, onde foi possível realizar palestras, dentre outras, uma vez que o fato de termos papéis e formação distinta, temos a responsabilidade compartilhada, através do conhecimento de cada um para proporcionar uma atenção integral.

Os atendimentos de crescimento e desenvolvimento eram até então realizados somente pela enfermeira e ajuda da auxiliar de enfermagem, e a partir da reunião de planejamento para

a microintervenção, foi pactuado que a cada quinze dias seriam incluídos também o atendimento médico, para que pudesse ter ainda uma segunda opinião, e se necessário, prescrever medicação, realizar exames, entre outros procedimentos.

Após a microintervenção, já realizei os atendimentos por duas vezes, e tendo os atendimentos intercalados entre o médico e a enfermeira, logo após o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, e identifiquei 10 crianças que estavam necessitando de atendimento médico, algumas estavam com micoses, outras com sintomas de infecção urinária e outras com sinais de desidratação. Foi prescrita medicação, solicitados exames e retornaram com resultados significantes, daqui mais alguns dias ainda terão retorno para melhor avaliar o estado de saúde dessas crianças.

Foi possível constatar a necessidade do médico também realizar os atendimentos de puericultura, possibilitando identificar doenças e necessidades que por vezes não faça parte do escopo de atuação da enfermeira, que apesar de reconhecer a importância do seu trabalho, a atuação do médico permite identificar e tratar doenças considerando a experiência e prática clínica desse profissional.

Podemos citar também, não menos importante o acompanhamento com crianças prematuras em que tem grande risco de se não desenvolver corretamente, devido ao estado de nascimento. Quando a criança prematura tem alta da maternidade, deve ter acompanhamento na unidade de saúde mais próxima da casa, onde é possível identificar precocemente algum problema relacionado à imunidade, crescimento, desenvolvimento e entre outros (FREITAS et al., 2010).

Observam-se muitas crianças prematuras em nosso município, principalmente com a pandemia do Coronavírus, que fizeram muitas mães terem seus filhos antes do tempo previsto, provavelmente devido a complicações. Porém que passaram bem e já trazem seus filhos em condições de saúde mais favoráveis para fazerem o acompanhamento na USF, constituindo algo gratificante para nós, profissionais da equipe.

Diante do que foi exposto o objetivo desta intervenção é mostrar que enfermeira e médico, podem trabalhar juntos em prol do atendimento de crescimento e desenvolvimento para assim poder identificar os problemas de saúde a analisar todo o crescimento e desenvolvimento dos mesmos, além de qualificar a atenção à saúde e aumentar a resolutividade dos problemas encontrados.

Pretendemos dar continuidade ao que foi relatado, não somente porque houve essa atividade, mais colocar em prática no cronograma de atividades da unidade a partir de agora, considerando a importância de uma atenção integral à criança de zero a cinco anos, sem desconsiderar as demais necessidades.

#### **4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3**

##### **Implantação do protocolo para estratificação de risco cardiovascular em uma USF**

As doenças cardiovasculares são compreendidas como afecções de etiologia multifatoriais frequentes em indivíduos que estão expostos a fatores de risco como dieta inadequada, inatividade física e obesidade. Dessa forma, estão diretamente ligadas às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que acometem, atualmente, grande parte dos brasileiros (MOREIRA, 2010). Em decorrência do aumento da expectativa de vida, atrelado aos novos hábitos de alimentação, trabalho e lazer, dentre outros fatores culturais e socioeconômicos, as doenças cardiovasculares têm representado uma das maiores causas de morbimortalidade no Brasil, o que dificulta as intervenções em nível de saúde e exige da equipe a aplicação de práticas sistematizadas para organização da assistência a esse público (MATOS, 2003).

Para que seja possível calcular o risco cardiovascular de um determinado indivíduo, é preciso levar em consideração a avaliação de alguns parâmetros durante a anamnese, como as doenças prévias, o histórico familiar, comportamento tabagista e dietético, e prática de atividades físicas, além da análise de exames importantes que ajudam a compreender a condição de saúde do paciente (MAFRA, 2008). O escore de Framingham é considerado o melhor instrumento para a avaliação do risco de um evento cardiovascular em um período de dez anos. Ele é capaz de avaliar o nível de exposição dos indivíduos aos diferentes fatores de risco que contribuem para o agravamento das doenças cardiovasculares e a elevação da morbimortalidade (CICHOCKI et al., 2017).

Decidimos elaborar uma microintervenção voltada aos pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis, com o intuito de uma melhor avaliação e acompanhamento dos casos, principalmente aqueles com maior gravidade. Para isso, a microintervenção teve como objetivo principal implementar um instrumento para estratificação de risco cardiovascular dos usuários assistidos, baseado no escore de Framingham. Assim, será possível futuramente definir as principais estratégias de cuidado para o controle efetivo dos agravos que influenciam no sistema cardiovascular.

A estratificação de risco para doença cardiovascular será o principal meio para identificar grupos prioritários, os quais necessitam de uma maior atenção. A proposta foi à construção de uma ficha de avaliação do risco cardiovascular que possa ser preenchida nos atendimentos médicos e de enfermagem (Apêndice A). Essa avaliação é processual e será necessário reavaliações a cada nova consulta. Para estratificação do risco cardiovascular será necessário o cumprimento de três etapas, sendo a primeira a responsável pela coleta de informações a respeito dos fatores de riscos prévios, a segunda será avaliada a idade desses usuários, os exames apresentados e a presença de tabagismo e a terceira será estabelecida uma pontuação em percentual a respeito do risco de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

A programação operativa da microintervenção foi iniciada através de um levantamento do número de casos de portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) na área de abrangência da unidade pelos ACS. Posteriormente, foram agendadas consultas médicas e de enfermagem no dia referente ao atendimento de hiperdia para que estes pacientes sejam avaliados. Na primeira consulta é preenchida a ficha de avaliação do risco cardiovascular, assim como a solicitação de exames de rotina (Glicemia em jejum, Colesterol total, HDL, LDL, VLDL e triglicédeos), os quais serão agendados na própria unidade e realizados no laboratório municipal. A segunda etapa da intervenção é referente à avaliação dos exames em consulta subsequente, após os resultados dos mesmos, como também será avaliada a idade, os níveis pressóricos e a presença do tabagismo para estratificação de risco.

A aplicação da ficha da avaliação do risco cardiovascular constitui uma ferramenta facilitadora para identificação do perfil de gravidade do usuário portador de doença crônica não transmissível. Infelizmente, muitos usuários não conseguiram realizar os exames pela rede pública, devido ao número insuficiente de vagas, então alguns fizeram através da rede privada. Dessa forma, não conseguimos concluir os casos que estão aguardando agendamento para a coleta dos exames e aqueles que não compareceram para a consulta, os quais serão reagendados e captados através da busca ativa dos ACS. Devido à complexidade desta atividade não foi possível avaliar todos os usuários, mas foi possível aplicá-la em 12 usuários cadastrados na unidade, e a microintervenção continua em processo. Pontuo como ponto positivo as ações educativas individualizadas realizadas no momento da consulta, as quais podem contribuir para proporcionar um melhor controle das doenças crônicas não transmissíveis e o acompanhamento longitudinal destes usuários.

A partir da estratificação de risco cardiovascular dos usuários, espera-se que possamos classificar corretamente o usuário em: baixo, intermediário ou alto risco cardiovascular; e sempre estaremos verificando as possíveis alterações na classificação de risco dos usuários.

Após a implementação do uso da ficha de avaliação do risco cardiovascular e de uma planilha para o controle dos casos mais graves a partir do mês de março de 2021, vamos discutir os pontos que precisam ser aprimorados. Nossa proposta é que após o primeiro mês de implantação possamos nos reunir para discutirmos os principais pontos que precisam ser ajustados e futuramente espera-se que esse instrumento seja fator contribuinte para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

Essa microintervenção demanda muito tempo para sua concretização, então ainda estamos em processo de avaliação desses usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Esta ação possui um grande potencial, no que se refere a uma melhor avaliação de saúde desses usuários em longo prazo e quanto à realização de ações de prevenção e promoção da saúde, além de proporcionar uma melhor avaliação dos riscos que a população está sendo exposta. Vejo que a ação educativa é uma ferramenta que o profissional da atenção

básica sempre deve possuir um domínio, pois é esta, que obterá resultados satisfatórios no sentido da prevenção de doenças e de suas complicações.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado provocou uma visão muito ampliada do que é a Atenção Básica. As microintervenções em saúde abrangeram quase todos os aspectos que estão inseridos no trabalho da equipe. A ordem cronológica das atividades foi muito importante, pois a primeira fez com que o estudante explorasse a questão do atendimento humanizado em diferentes ambientes e o seu uso como um instrumento de reconhecimento da área e melhor aproximação do profissional aos vários aspectos sociais, econômicos e culturais da comunidade onde atua. A segunda proporcionou o desenvolvimento de melhores estratégias para o atendimento as crianças da comunidade. Já a terceira, buscou melhores formas de cuidado para o grupo de risco, que são os portadores de DCNT atendidos pelo serviço.

A participação da população no processo de construção das propostas é uma sugestão para que as microintervenções tenham uma maior duração na rotina de trabalho da equipe. Muitas vezes, os profissionais elaboram um planejamento de uma ação sem ao menos consultar as opiniões dos envolvidos, então quando a comunidade possui uma voz ativa e consegue abraçar as propostas e a tendência é que as atividades perdurem. Também é indispensável uma avaliação conjunta entre equipe e usuários, de todas as ações desenvolvidas, como uma forma de estimar o impacto das atividades e adquirir experiência para o planejamento das próximas ações.

Essa experiência foi enriquecedora para minha formação como médico da família. Pois, quando entramos na rede básica percebemos o quanto ela é complexa e necessária. A aproximação e o convívio com diferentes pessoas têm proporcionado uma visão de vida mais sensível e uma maior disposição para ajudar o próximo. Por isso, minha vida pessoal é a principal beneficiada com esse trabalho. O fato de lidar com diferentes opiniões em um ambiente cheio de adversidades, é um desafio diário que requer dedicação e compromisso, mas que se torna gratificante quando o objetivo é alcançado.

## 6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.C. et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil–Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.
- BARBOZA, T.A.V; FRACOLLI, L.A. A utilização do" fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1036-1044, 2005.
- CHÁVEZ, G.M; RENNO, H.M.S; VIEGAS, S.M.F. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300320, 2020.
- CICHOCKI, M. et al. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev. Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 23, n. 1, p. 21-25, 2017.
- DANTAS, A.M.N; SOUZA, G. L. L.; NÓBREGA, M. M. L. Mapeamento de termos da prática de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Enferm. Foco [Internet]**, v. 4, n. 2, p. 92-6, 2013.
- FREITAS, M. et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 2, p. 180-186, 2010.
- KANNO, N.P; BELLODI, P.L; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.
- LIMA, G.G.T. et al. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev Rene**, v. 10, n. 3, p. 117-124, 2009.
- MAFRA, F.; OLIVEIRA, H.; Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. **Rev. Port Clin Geral**, 2008.
- MATOS, A. C.; LADEIA, A. M.; Avaliação de Fatores de Risco Cardiovascular em uma Comunidade Rural da Bahia. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol. 81, 2003.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C.; Fatores de Risco Cardiovasculares em Adultos Jovens com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2010.

SOUZA, B.J. Projeto de intervenção: estratégia de acolhimento para a demanda espontânea dos usuários de Unidade Básica de Saúde (PSF) de Pitangui, Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso de especialização em atenção básica em saúde da família. 26p. 2014.

## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE A - FICHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

FICHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR						
IDENTIFICAÇÃO						
Nome:						
Profissão:				DN:		
Endereço:				Sexo:		
ACS:				Raça:		
AVALIAÇÃO CLÍNICA – INDICADORES DE RISCO						
INTERMEDIARIOS				SIM	NÃO	N.A.
1º Idade:		Mulher > 55 anos Homem > 45 anos				
2º Histórico familiar de complicação cardiovascular em familiar de 1º grau (Homem < 55 anos e < 65 anos na Mulher) Qual:						
3º Distúrbio metabólico prévio ou atual? Qual:						
4º Dislipidemia? Qual:						
5º Tabagismo?						
6º Alcoolismo?						
7º Sedentarismo?						
8º Doença renal crônica?						
9º Síndrome de ovário policístico?						
10º Presença de doença hipertensiva em gestações?						
11º Obesidade	IMC > 30Kg/m <sup>2</sup>					
	Circunferência abdominal:		F > 88cm M > 102 cm			
12º Hipertensão		Normal: <120x80mmHg				
		Elevada: 120-129 e < 80mmHg				
		Hipertensão estágio 1: 130-139 e 80-89 mmHg				
		Hipertensão estágio 2: > ou = 140 e > ou = 90 mmHg				
13º Pulsos periféricos diminuídos?						
ALTO RISCO						
	AVE prévio		Aneurisma de aorta abdominal			
	IAM prévio		Estenose de carótida sintomática			
	Lesão de órgão alvo		DM			
	AIT		Nefropatia			
	HVE		Retinopatia			