



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

**PLANO DE INTERVENÇÃO, ENFATIZANDO EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO
EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ADAUTO PEREIRA DE
SOUZA , NO MUNICÍPIO DE CUSTÓDIA-PE**

CASSIA KELLY VIEIRA RODRIGUES

NATAL/RN
2021

PLANO DE INTERVENÇÃO, ENFATIZANDO EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ADAUTO PEREIRA DE SOUZA , NO MUNICÍPIO
DE CUSTÓDIA-PE

CASSIA KELLY VIEIRA RODRIGUES

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: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus por ter iluminado meu caminho , dando força e saúde para superar as dificuldades.

A minha família , pelo amor , incentivo e apoio incondicional .

Ao supervisor Marcos Jonathan Lino dos Santos , pela paciência e sabedoria com que me orientou durante a realização desse trabalho .

Agradeço a instituição por ter me dado a chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

RESUMO

O TCC em questão foi construído mediante um roteiro de três relatos de experiência e seus planos de ação. O local de execução foi a Unidade Básica de Saúde Adauto Pereira de Souza que está localizada na zona rural do município de Custódia –PE. A microintervenção inicial foi na área acolhimento à demanda espontânea e programada, ocorreu em novembro, foi realizado um momento de educação permanente em saúde o que resultou em um maior acompanhamento dos usuários. A segunda microintervenção foi realizada em dezembro e teve como propósito a implementação de um plano de ação para acompanhar, a abordagem ao Câncer na Atenção Primária à Saúde. No plano de ação alusivo ao controle de doenças crônicas não transmissíveis, foi elaborado um plano de ação com o objetivo de registrar e monitorar os usuários com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes melitus, como também a implementação do programa HIPERDIA e inerente a estas duas intervenções a criação de um grupo de apoio aos usuários cadastrados. Com a implementação destas ações pude me tornar mais empática com os pacientes, podendo acompanhar de perto as suas dificuldades e progressos e pude expandir o meu conhecimento e conceito sobre a Saúde da Família e Atenção Básica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 1	08
3. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 2	11
4. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 3	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
6. REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

Custódia é um município brasileiro do estado de Pernambuco, localizado no Sertão do Moxotó. Sua população estimada segundo o IBGE em 2020 é de 37.375 habitantes. A sua bacia hidrográfica e o Rio Moxotó e o Rio Pajeú. É composto por 3 distritos, além da sede (Custódia), Quitimbu e Maravilha. E por povoados como: Ingá, Caiçara, Sabá, entre outros. A cidade de Custódia (sede) é dividida nos seguintes bairros: Centro, Redenção (Iraque), Vila da Cohab, Macambira, Várzea, Multirão, Pindoba Nova, Pindoba Velha, Vila dos Germanos, Mandacaru, Rodoviária, Matadouro, Cruzeiro e Renascer.

A educação em saúde é uma proposta político pedagógica que busca promover melhoria da atenção à saúde, prevenindo doenças, e estimulando a participação da população por meio de rodas de conversas, encontros, debates e palestras educativas. É importante ressaltar que a detecção precoce do câncer de mama, através da educação do autoexame seja uma meta de todos os profissionais de saúde que trabalham em contato com o público feminino, e não apenas daqueles que atuam em programas específicos de prevenção. Portanto é de fundamental importância realizar atividades de educação em saúde que possam intervir nos processos que comprometem a saúde.

Historicamente, a educação em saúde tem se construído no contexto do desenvolvimento do campo da saúde coletiva, enquanto prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, mais recentemente, encontra-se referendada na proposta da promoção da saúde. Nesse processo, o seu papel tem estado articulado aos projetos de legitimação social em que se inscreve a trajetória de proposições conservadoras do campo da saúde pública.

A atual articulação com propostas inovadoras, como a da promoção da saúde, tem acenado com a promessa de superação do modelo de construção das ações de saúde e a oportunidade de se constituírem novos modos de acontecerem às práticas de educação em saúde nos serviços. No entanto, o processo de constituição da proposta da promoção da saúde tem se caracterizado pela ambiguidade do seu discurso e pela dualidade entre o que se propõe como mudança e a sua tradução na prática. No processo de estruturação da atenção básica à saúde no Brasil – uma das traduções da proposta da promoção da saúde –, as mesmas ambiguidades entre um discurso progressista e a sua implementação na prática dos serviços tem sido identificada. Para as práticas educativas, esse processo vai impor limitações que dificultam sua implementação segundo um modelo dialógico, no cotidiano dos serviços.

Para a equipe de saúde da família, em especial o médico, é essencial realizar ações de promoção, prevenção e adesão ao tratamento da doença, e a população tem que ter conhecimento sobre a doença e seus fatores de risco. Existe a necessidade de estratégias como medidas de educação, promoção dirigida à diminuição da incidência da HAS e ao tratamento da mesma. O que pode causar a falha do controle dos níveis pressóricos é a falta de exercícios

físicos, manutenção de níveis inadequados de lipídeos no sangue, elevada ingestão de sal, tabagismo, alcoolismo, obesidade e a recusa do tratamento medicamentoso ou até mesmo as irregularidades no tratamento (CASTRO, 2016).

Este estudo tem como objetivo implantar atividades de educação em saúde com ações educativas para prevenção e promoção na atenção básica. Justifica-se a intervenção pela necessidade de medidas preventivas por meio de educação em saúde e também de promoção em saúde. Além disso, busca-se redução de complicações secundárias de patologias recorrentes na atenção básica, como DCNT, câncer de mama, colo do útero, próstata e de pele. Onde essa temática será abordada em outras ênfases da atenção à saúde básica. Acredita-se que estas ações tragam benefícios com impactos positivos tanto para os usuários da comunidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A base do acolhimento possibilita um elo principal entre o paciente e o centro de saúde que o acolhe. O cuidado do contato na hora certa provoca o entendimento do respeito às diferenças e o indivíduo encontrará em sua unidade básica de saúde um porto seguro de cuidado, carinho e respeito. Como definição própria, o “acolhimento” é a prática que acontece pela interação dos profissionais de saúde com as pessoas envolvidas na prestação de serviço em saúde. O recebimento das pessoas e o cuidado entre elas, bem como o ato de escutar o usuário também formam características da atuação do acolhimento. Este faz parte do Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), no qual o acolhimento possui uma importância peculiar, gerando a característica de resolutividade e de diminuir as demandas nos dias inapropriados (CARLOS, 2017).

Para a garantia de acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços a esses diferentes níveis, foram criadas redes de atenção à saúde que se constituem em arranjos organizacionais de conjuntos de serviços de saúde articulados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, essa organização da assistência exige mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado de atenção que não garante a sua continuidade, uma vez que há foco nas condições agudas, por meio das unidades de Pronto Atendimento (PA) (GOMIDE et al., 2018).

A grande insatisfação por parte dos usuários e dos membros da Equipe que os recebiam aflitos com a longa espera para conseguir o atendimento do dia e a falta de organização com ordem de prioridade dos atendimentos foram os principais fatores que determinaram a escolha deste Projeto de Intervenção. Tendo em vista que, o objetivo da atenção primária é ser a porta de entrada do serviço de saúde para a comunidade, a desordem na sala de espera afastava, cada vez mais, os pacientes que se sentiam incomodados quando havia algum tipo de discussão ao entrar um usuário que não estivesse seguindo a ordem numérica da ficha, pois não compreendiam o princípio da equidade do SUS, de tratar cada indivíduo contemplando sua particularidade e, portanto, por falta de informação, sentiam a necessidade de questionar os profissionais de saúde sobre essa prioridade.

Esta microintervenção, tem como objetivo geral programar um projeto de acolhimento com classificação de risco em um território da Atenção Básica, bem como orientar a equipe acerca do acolhimento com classificação de risco; desenvolver oficinas de educação em saúde na comunidade; facilitar o fluxo de pacientes, tendo em vista um reconhecimento breve dos pacientes que necessitam de atendimento prioritário, aumentando a eficácia do serviço.

Nesse intervenção irei realizar reunião com a equipe sobre a melhor forma de montar a agenda de atendimento , palestra sobre urgência e emergência com técnica de enfermagem para uma melhor classificação de risco para a demanda espontânea .

O cenário do estudo é a Unidade Básica de Saúde Aduino Pereira de Souza, no Município de Custódia-PE. A equipe é composta por uma médica, enfermeira, recepcionista, dentista, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e auxiliar de dentista. A unidade onde funciona o PSF possui uma recepção, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma farmácia com seu almoxarifado e uma sala de curativos que funciona também como ambulatório. A ESF cobre a população cadastrada na unidade que é composta por 2944 pessoas, divididas em 5 micros áreas, e em cada micro área têm uma ACS, que presta serviços à comunidade e torna-se o elo entre a equipe de saúde e os usuários.

Para a implementação desta microintervenção foram realizados 2 encontros com a equipe de saúde as oficinas foram realizadas por dois profissionais da unidade de saúde, a médica e a enfermeira da UBS, facilitadores do Processo de Desenvolvimento de Acolhimento. O público alvo foram os ACS, auxiliares de serviço gerais e administrativos, a todos os profissionais de nível superior e técnico, da equipe de saúde da UBS.

O objetivo da primeira oficina foi à consolidação do conhecimento sobre acolhimento. Ao final desse primeiro encontro, todos os profissionais puderam perceber claramente o significado e as implicações da implantação do acolhimento no cotidiano das práticas de saúde e também teve como finalidade a apresentação da proposta previamente elaborada pelo grupo e após a discussão e planejamento dos passos seguintes para efetiva implantação do acolhimento na UBS.

Para realização das oficinas de treinamento da equipe foram utilizadas apresentações em slide para a exposição dialogada do conteúdo e toda a aula foi baseada no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco do Ministério Da Saúde (BRASIL, 2013). Foi realizados encontro mensais na UBS, com os profissionais da unidade, foi realizado no período dos meses de outubro e novembro de 2020.

Ao focar no acolhimento, foram disponibilizadas oficinas para a equipe de saúde, ministradas pela médica e pela enfermeira da equipe, objetivando o melhor rendimento e satisfação do usuário, tendo em vista um reconhecimento breve dos pacientes que necessitam de atendimento prioritário, auxiliando também na definição da frequência dos usuários a partir do risco estabelecido, de forma que os cuidados da equipe para com os usuários sejam de acordo com as necessidades reais de cada uma (estando a equipe devidamente preparada para realizar de forma correta todas as etapas do acolhimento). Diante disso, a equipe torna-se capaz de organizar, definir as consultas necessárias e as que serão agendadas, resultando em uma melhor compreensão e usabilidade tanto por parte dos profissionais, como por parte dos usuários, os quais terão maior taxa de resolução perante suas necessidades.



Para o plano de continuação a equipe de saúde pretende-se que as ações de acolhimento vir rotina da unidade, caso não, repensarão numa outra forma de acolher. Os recursos utilizados são próprios da unidade básica de saúde como a redistribuição dos espaços e reorganização dos profissionais. O resultado esperado é a melhoria na dinâmica do nosso acolhimento preservando a privacidade de cada paciente e mantendo o sigilo sobre o processo de saúde-doença.

E com a implementação desta microintervenção pudemos perceber a mudança nos atendimentos e satisfação do usuário, por ser bem acolhido na unidade de saúde. Foi realizado um plano de trabalho que permitiu perceber e controlar os problemas identificados pela equipe de saúde. Foram elaboradas propostas de atividades que pudessem ser realizadas em conjunto com a comunidade.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A doença neoplásica é considerada problema de saúde pública, que atinge pessoas de diferentes idades, classes sociais e ambos os sexos, representando a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, e está em terceiro lugar nos países em desenvolvimento, sendo que se estima que 12,6% do total de mortes são causados por esse agravo em todo o mundo. Essa estimativa representa maior porcentagem do que para as mortes causadas pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária, juntos, no mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a qual determina que os cuidados ao usuário, portador de câncer, contemplem os níveis da atenção básica à atenção especializada de média e alta complexidade de atendimento, para que ocorram ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Assim, determina que a assistência seja organizada em níveis de hierarquia, com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, garantindo acesso e atendimento integrais (SIMINO et al., 2010).

As leis que abordam o tratamento e acompanhamento de pacientes com diagnósticos de neoplasias são recentes, como também ainda é ineficaz o acompanhamento da atenção básica a esta área. Desta forma, a disciplina de "Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde", trouxe a disponibilização de um conteúdo de extrema relevância para a saúde pública no mundo e principalmente no país.

O cenário do estudo é a Unidade Básica de Saúde Adauto Pereira de Souza, no Município de Custódia-PE. A equipe é composta por uma médica, enfermeira, recepcionista, dentista, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e auxiliar de dentista. A unidade onde funciona o PSF possui uma recepção, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma farmácia com seu almoxarifado e uma sala de curativos que funciona também como ambulatório. A ESF cobre a população cadastrada na unidade que é composta por 2944 pessoas, divididas em 5 micros áreas, e em cada micro área têm uma ACS, que presta serviços à comunidade e torna-se o elo entre a equipe de saúde e os usuários.

Na UBS Adauto Pereira de Souza, buscamos seguir o que é preconizado pelo SUS, como também o acompanhamento periódico aos pacientes em tratamento de câncer e também tratamento paliativo. A UBS trabalha ativamente na prevenção do câncer de mama, colo de útero e próstata, visto que são os mais frequentes e que causam ainda muitas vítimas. Esses momentos de orientação, tira dúvidas e conversas com os usuários, acontecem diariamente em consultas de rotina, conversas informais, visitas domiciliares. O mês de outubro é destinado para a campanha de prevenção contra o câncer de mama e de colo de útero, nesta oportunidade a equipe busca sempre realizar momentos de rodas de conversas, dias destinados ao atendimento feminino, que por sua vez é o maior público da unidade, mas geralmente as

mulheres sempre buscam atendimento com outras finalidades, que não seja a busca pela prevenção de doenças que acometem exclusivamente o sexo feminino.

O câncer de mama representa a principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, e em nível mundial cede o lugar apenas para o câncer de pulmão, representando um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O Brasil tem acompanhado as altas taxas de incidência e mortalidade de câncer de mama dos países desenvolvidos, porém as medidas necessárias à prevenção, ao diagnóstico e ao controle da doença não têm sofrido o mesmo crescimento. Foi estimado, para o ano de 2010, aproximadamente 49.240 novos casos de câncer de mama, com risco de 49 casos a cada 100 mil mulheres, e uma sobrevida mundial de 61% após cinco anos (SILVA, RIUL 2012).

Com esse diagnóstico situacional que a equipe realizou, buscamos no mês de outubro, dividir os dias de atendimento e palestras para realizar com as mulheres na UBS.

Figura 01: Palestra educacional em prevenção ao câncer de mama - UBSF Adauto Pereira de Souza (Cruzeiro) 2020.



Fonte: Palestra educacional em prevenção ao câncer de mama - UBSF Adauto Pereira de Souza (Cruzeiro) 2020.

Fonte: A autora

Pela possibilidade de se realizar intervenções que vão além dos modelos biomédicos de assistência, a educação em saúde constitui um conjunto de estratégias para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado. Neste contexto indagou-se a despeito dos conhecimentos sobre o câncer de mama, por meio da realização de palestras e atividades fornecidas nas USFs, onde apenas 14,9% das mulheres informaram ter recebido algum tipo de informação sobre a doença (Bushatsky et al., 2014).

No Brasil, o câncer de próstata é ocupa a segunda posição entre os tipos de câncer mais prevalentes entre os homens, ficando atrás, somente, do câncer de pele não melanoma. Segundo o Ministério da Saúde, o total de óbitos por neoplasia prostática no ano de 2009, foi de 12. 274 casos, sendo o estado de São Paulo o estado com maior número de óbitos (2.697). No mundo esse tumor é o sexto tipo de neoplasia mais comum no mundo, representando aproximadamente 10% do total dos cânceres (OLIVEIRA; POPOV, 2012).

Dessa maneira a equipe de saúde buscou focar a atenção a prevenção de câncer, foi realizado também momentos e ações de saúde no novembro azul. A criação do PNAISH foi um grande passo para o aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, entretanto as mudanças foram imperceptíveis no SUS. De forma, que não se sabe ao certo se o motivo da ausência dos homens nos serviços de saúde é referente à inexistência de programas específicos, a uma visão fragmentada da atenção básica ou ao horário de funcionamento do serviço. Reforçando a necessidade de incorporar o homem como protagonista das atividades programadas, a fim de contribuir na redução de complicações e agravos (GOMES et.al., 2011).

Junto à equipe, procuro estabelecer os calendários de alerta como outubro rosa e novembro azul, realizando palestras educativas e ornamentação da unidade para alerta da população. Solicitei aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) uma busca ativa em suas áreas de mulher com idade indicada para realização de mamografias e homem para realização de PSA.

Como foi identificada como situação problema a falta de informação por partes dos pacientes, sobre os principais sinais e sintomas, exames preventivos, direitos dos pacientes, disponibilidade de consultas e exames especializados. Foi pensado em consenso com a equipe, organizar um cronograma de atividades de calendário com palestras educativas sobre os principais tipos de cânceres na atenção básica e orientações necessárias a cada tipo de câncer. Buscando assim a cada mês realizar um evento em que o tema seria abordado por mim e minha equipe de forma a orientar e prevenir a população. Como outro ponto do plano de ação, foi organizado com a enfermeira um instrumento de monitoramento, onde contém os dados de cada paciente, data de consultas, aprazamento de próximas consultas e exames. O intuito deste instrumento é também ter um controle da periodicidade dos exames dos pacientes e datas de avaliação na UBS, como também as ACS, realizam a busca ativa de pacientes que necessitam realizar exames preventivos, por conta da idade, de ambos os sexos, a ideia é que a busca ativa seja feita pelos ACS durante suas visitas domiciliares e por mim e a enfermeira a cada consulta. Tentando da assistência a toda a população em idade ideal para realização dos exames necessário .

Diante da implementação e relato desta experiência a equipe objetiva usa este instrumento continuamente na unidade de saúde, para que assim todos os usuários tenham

atendimento de qualidade, buscando primordialmente a promoção de saúde e prevenção de doenças.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus se caracterizam como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% da totalidade de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil. Os dados salvam vidas e fazer uso deles é primordial para as atividades de vigilância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visando conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco para subsidiar o planejamento, a execução e o monitoramento das ações para seu controle e prevenção (BVS, 2019).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas e não têm cura, mas podem ser controladas com medicamentos e bons hábitos de vida como exercícios físicos, alimentação saudável e sem bebida alcoólica. Do contrário as duas doenças costumam ter consequências graves. A HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio, o derrame cerebral, a insuficiência renal com necessidade de diálise, por isso ela é considerada tão perigosa e tão discutida. É preciso também preocupar-se com obesidade, quase metade dos brasileiros estão acima do peso. (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde Aduauto Pereira de Souza atua na promoção e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e presta atendimento humanizado e integral a estes usuários. Há prevalência de pacientes com risco/gravidade de DCNT, os pacientes são acompanhados a mensalmente, bimestral ou trimestral a depender de sua situação de saúde.

Na unidade de saúde não disponibilizamos de um instrumento de registros para pacientes em risco grave de doenças, para um melhor atendimento é necessário à confecção de um instrumento desses. Como também não existe na UBS, a implementação do programa HIPERDIA, que é utilizado para o monitoramento, avaliação de risco de agravamento e também atividades de promoção em saúde e prevenção de agravamento.

Na UBS em que atuo o programa HIPERDIA, não foi implementado, os usuários apenas com hipertensão e diabetes, eram apenas monitorados em seus índices pressóricos e glicêmicos, sendo avaliada pelos profissionais de saúde, prescrita medicação e solicitados exames, sabe-se que o programa preconiza, muito mais que isso, Atualmente, o sistema de saúde brasileiro tem investido no fortalecimento da atenção básica de saúde, através das equipes de saúde da família, pois se acredita que somente agindo diretamente na prevenção é que será possível diminuir a incidência de hipertensos e diabéticos e suas complicações. Assim, entre os objetivos principais, está a garantia de acompanhamento sistemático dos pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus),

visto que essas enfermidades impactam diretamente na morbimortalidade da população e onera o sistema de saúde com suporte avançado para suas complicações. Para que isso se concretize, é fundamental que ocorra constante atualização dos profissionais da equipe de saúde da família através da Educação Permanente em Saúde - EPS a fim de superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde. Somente com uma equipe capacitada, integrada e orientada será possível acolher o indivíduo, instituir seu tratamento e garantir seu seguimento adequado.

METODOLOGIA

Foi elaborado um plano de ação com o objetivo de registrar e monitorar os usuários com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes melitus, como também a implementação do programa HIPERDIA e inerente a estas duas intervenções a criação de um grupo de apoio aos usuários cadastrados.

Durante o momento do preenchimento do questionário, foi levantada a ideia de produzir um instrumento de acompanhamento dos pacientes com risco de gravidade de hipertensão e diabetes. Este instrumento será um livro de registro, onde irá conter dados pessoais do paciente, patologia, medicação em uso, dias das consultas, agendamento de próximas consultas, níveis pressóricos e glicêmicos, como também medidas antropométricas. Como também a implementação do HiPERDIA, dedicado a atenção de hipertensos e diabéticos. Busquei junto de a equipe organizar o atendimento da nutricionista no mesmo dia para assim termos uma consulta completa com cada paciente.

Também programas palestra sobre orientação de cuidados diários, alimentação, prática de atividade física. Os responsáveis pela execução desta atividade serão a médica e enfermeira. Resultados esperados: Que toda a equipe de saúde tenha o controle dos pacientes que estão em risco de gravidade de suas patologias como hipertensão e diabetes. Recursos necessários para realização do plano de ação: Sala de reunião, um livro ata e canetas. Responsáveis: Médica e enfermeira.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudáveis, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades (BRASIL, 2002).

Os primeiros passos para a implementação foi realizar um aperfeiçoamento com toda a equipe de saúde, tanto para repassar a ideia do microintervenção como também para explicar em estudos a relevância de se trabalhar com grupos de educação em saúde,

consequentemente promoção à saúde, para diminuir os índices de pacientes com os níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados. E também estimular a adesão terapêutica destes pacientes, pois os relatos mais frequentes escutados pela equipe, é que o paciente não toma mais a medicação, pois não apresenta mais nenhum sinal de “pressão alta” ou hiperglicemia. Como também a relevância do atendimento com nutricionista, para a reeducação alimentar dos usuários do grupo do HIPERDIA.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda. Cientistas renomados e a OMS fizeram um apelo para ação, definindo estratégias a serem empreendidas, uma vez que há intervenções custo-efetivas disponíveis (SCHMIDT et al., 2011).

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de HA e DM.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a implantação dos planos de ação e planejamento do plano de continuidade das ações no decorrer do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) Turma 3, onde foi possível que, como profissional médica, eu pudesse expandir o meu conhecimento e conceito sobre a Saúde da Família e também da Atenção Básica.

O momento de educação permanente e continuada em saúde oportunizou a todos os profissionais de saúde da equipe uma qualificação acerca dos temas estudados e também uma qualificação no atendimento e oferta de ações de saúde aos usuários da Unidade Básica de Saúde Adauto Pereira de Souza. Existindo uma melhor organização no fluxo, controle dos dados e, com isso, melhoria no atendimento aos usuários da unidade. Estes, por sua vez, passaram também a ter uma maior adesão ao tratamento preconizado e melhoria dos hábitos de vida.

O profissional de saúde deve descobrir novas alternativas no cuidado com a saúde, e o curso de especialização, em todas as suas unidades de ensino, proporcionou isso ao aluno, em relação às ações de prevenção e promoção à saúde, tendo em vista que mesmo conhecedores dos riscos de saúde, esses pacientes evitam ações educativas, consulta médica e uso de medicamentos, para que isso seja evitado é necessário uma intervenção com educação continuada para os profissionais e educação em saúde, com o principal intuito de por em prática os princípios em saúde.

O fortalecimento da APS no Brasil decorreu de muitos movimentos, com destaque para a criação do Departamento de Atenção Primária pelo Ministério da Saúde, em 2000, a implementação da Política Nacional de Atenção Primária e do Pacto pela Saúde e Pela Vida, em 2006, documentos que reiteraram a prioridade da consolidação e qualificação da ESF como ordenadora das redes de atenção à saúde. A educação é um fenômeno social e universal, uma atividade humana indispensável à sociedade como um todo, além de um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento e das experiências vivenciais, por meio do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva; as relações humanas levam ao compromisso entre pacientes e profissionais da saúde (CARVALHO et al., 2016).

6. REFERÊNCIAS

- BUSHATSKY M. et al., CÂNCER DE MAMA: AÇÕES DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(10):3429-36, out., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. / Brasília. Ministério da Saúde, 2011 Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em 26 mar. de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2013. (Caderno da Atenção Básica n. 36). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia.
- CARVALHO, F.P.B. et al. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 16, n. 4, 2013.
- CARLOS I. L. et al., Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência. **Rev Med Minas Gerais** 2017; 27: e-1916. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2343>. Acesso em 10 nov. 2020.
- GOMIDE M. F. S. et al., A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO** 2018; 22(65):387-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>. Acesso em 10 nov. 2020.
- GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. 2011.
- OLIVEIRA, J. I. M.; POPOV, D. C. S. Exame preventivo do câncer de próstata: impressões e sentimentos. **Rev Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 13-20, 2012.
- SIMINO G. P. R. et al., Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Artigo Original. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_04.pdf. Acesso em 12 dez. 2020.
- SCHMIDT M. I. et al., Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Rev Saúde Pública* 2012;46(Supl):126-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>. Acesso em 10 dez. 2020.
- SILVA P. A. RIUL S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1016-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>. Acesso em 12 dez. 2020.

