



**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**

**AÇÕES DE ACOLHIMENTO HUMANIZADO, ESCUTA QUALIFICADA NO  
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E O RISCO DE AUMENTO DE  
DOENÇAS CARDIOVASCULARES UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAGOA  
DO OUTEIRO, BUENOS AIRES - PE.**

**FERNANDO PEREIRA COSTA**

---

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

---

---

AÇÕES DE ACOLHIMENTO HUMANIZADO, ESCUTA QUALIFICADA NO  
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E O RISCO DE AUMENTO DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAGOA DO OUTEIRO,  
BUENOS AIRES - PE.

FERNANDO PEREIRA COSTA

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 ao meu orientador Marcos Jonathan Lino dos Santos pela, disposição, atenção e  
paciência.

Agradeço a Deus pela oportunidade que me foi concedida.

Agradeço aos meus pais, esposa, familiares e amigos que sempre acreditaram em mim e pelo  
apoio incondicional.

Agradeço a UFRN pela oportunidade de aprendizado e por contribuir na minha formação  
acadêmica.

---

---

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, nosso criador, aos meus pais, esposa, familiares e amigos que de forma direta e indireta me ajudaram a vencer as etapas desse desafio.

---

## **RESUMO**

O referente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado através de Ações de acolhimento humanizado, escuta qualificada no rastreamento do câncer de mama e o risco de aumento de doenças cardiovasculares Unidade Básica de Saúde Lagoa do Outeiro, Buenos Aires - PE. O município de Buenos Aires está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco. O objetivo geral das microintervenções são qualificar os profissionais para proporcionarem um acolhimento humanizado a fim de organizar as ações de identificação de demandas; proporcionar assistência integral e de qualidade visando prover às necessidades de saúde da população descrita e diminuir os riscos das doenças cardiovasculares na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família. Os objetivos específicos são reforçar o quanto a escuta qualificada; Fortalecer o atendimento da equipe multiprofissional para melhor direcionamento e atendimento das demandas dos usuários e sensibilizar os usuários sobre a importância do acompanhamento de saúde e com isso evitar as demandas espontâneas que sobrecarregam os atendimentos na UBS; Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame auto exame e mamografia; Promover a mudança do estilo de vida (adesão a atividade física e mudanças dos hábitos alimentares); Promover o controle do uso correto das medicações e Controlar valores pressóricos e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos. O presente basea-se em um estudo do tipo relato de experiência, através da observação da vivência durante os atendimentos em minha Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	06
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	09
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	17

## 1. INTRODUÇÃO

A minha área de atuação de dá na Unidade Básica de Saúde Lagoa do Outeiro, no município de Buenos Aires - PE. O município de Buenos Aires está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Vicência, a sul com Carpina, a leste com Nazaré da Mata, e a oeste com Limoeiro. De acordo com o censo (IBGE, 2000), a população residente total é de 12 007 habitantes sendo 6 408 (53,4%) na zona urbana e 5 599 (46,6%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 5 949 (49,5%), enquanto que do feminino totalizam 6 058 (50,5%), resultando numa densidade demográfica de 137,9 hab/km<sup>2</sup>.

A ESF tem a seguinte formação em minha Unidade: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista; 05 Agentes Comunitárias de Saúde; Secretária; Cozinheira e Motoristas. Na Unidade os usuários tem atendimento nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e presta atendimento também na Odontologia e Enfermagem.

A elaboração desse Trabalho de Conclusão de Curso justifica-se devido a importância de um acolhimento humanizado e escuta qualificada junto ao paciente, necessidade do rastreamento do câncer de mama, o risco de aumento de doenças cardiovasculares é aumentado, sendo possível de se mensurar os fatores de risco na Atenção Primária à Saúde, reduzindo assim o aumento de doenças cardíacas, AVCs.

O objetivo geral das microintervenções são qualificar os profissionais para proporcionarem um acolhimento humanizado a fim de organizar as ações de identificação de demandas; proporcionar assistência integral e de qualidade visando prover às necessidades de saúde da população descrita e diminuir os riscos das doenças cardiovasculares na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família.

Os objetivos específicos são reforçar o quanto a escuta qualificada é importante para o fortalecimento de vínculos entre a ESF e os usuários da UBS; Fortalecer o atendimento da equipe multiprofissional para melhor direcionamento e atendimento das demandas dos usuários e sensibilizar os usuários sobre a importância do acompanhamento de saúde e com isso evitar as demandas espontâneas que sobrecarregam os atendimentos na UBS; Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame auto exame e mamografia; Promover a mudança do estilo de vida (adesão a atividade física e mudanças dos hábitos alimentares); Promover o controle do uso correto das medicações e Controlar valores pressóricos e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos.

As 03 microintervenções são de grande importância na Unidade sendo que os pacientes devem ser orientados quanto a necessidade de acompanhamento de sua saúde, de agendarem seus atendimentos previamente, da importância de abordar a prevenção das doenças cardiovasculares. A ESF deve sempre manter as ações de atendimento propondo intervenções que promovam um melhor acolhimento do paciente, preparação da equipe da UBS para o

atendimento ao usuário desde o agendamento da consulta inicial até o término de seu tratamento.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### INTRODUÇÃO

Na visão de Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir, pois o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Quando questionarmos tanto os profissionais quanto os usuários o que é preciso para melhorar o acolhimento e a Humanização, as queixas geralmente giram em torno de melhoria da área física, da quantidade de profissionais, de condições de trabalho e instalações adequadas para a promoção do atendimento de qualidade.

Sendo assim promover a saúde é muito mais do que medicar, é atender as necessidades do indivíduo como um ser dentro de um ambiente, percebendo-o em toda sua integralidade, no contexto familiar e social, é assim que visualizamos a importância dos princípios e diretrizes do SUS na avaliação dos determinantes que afetam o indivíduo em seu processo saúde-doença.

De acordo com Faria e Campos (2012), a ESF deve contemplar tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada e realizar ações que visem a prevenção, promoção e assistência a saúde, bem como o redirecionamento dos pacientes a outros níveis de atenção quando se fizer necessário.

Mendes (2011) define demanda programada como sendo aquela em que deve ser acompanhada por um plano de cuidados, já a demanda espontânea inclui uma queixa aguda que pode ser resolvida na UBS ou encaminhada para um serviço de urgência.

O acolhimento humanizado faz toda a diferença assim como é de grande importância uma educação permanente com todos os envolvidos para que haja uma menor procura na demanda espontânea.

No entanto, cotidiano do processo de trabalho das equipes, vêm mostrando a dificuldade dos profissionais no atendimento à demanda espontânea e na articulação entre demanda espontânea e demanda programada (FARIA E CAMPOS, 2012).

Além disso, a falha no processo de acolhimento e triagem, faz com que os atendimentos aconteçam por ordem de chegada na UBS e não por grau de prioridade e urgência da condição de saúde, o que gera uma dificuldade ainda maior ao lidar com a demanda não programada.

De acordo com Brasil (2013), para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto

de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

Esta microintervenção se justifica devido que ao proporcionar um acolhimento humanizado, uma escuta qualificada ao paciente o mesmo será direcionado ao atendimento que realmente necessita através da identificação de suas reais necessidades. Isso se deve ao fato que devido a quantidade excessiva de pacientes e a deficiência na triagem o que faz com que os usuários sejam atendidos conforme a ordem de chegada e não pela prioridade pelas condições de saúde e com isso acaba por ocasionar problemas com as demandas não programadas.

O objetivo geral da microintervenção é qualificar os profissionais para proporcionarem um acolhimento humanizado a fim de organizar as ações de identificação de demandas. Os objetivos específicos são reforçar o quanto a escuta qualificada é importante para o fortalecimento de vínculos entre a ESF e os usuários da UBS; Fortalecer o atendimento da equipe multiprofissional para melhor direcionamento e atendimento das demandas dos usuários e sensibilizar os usuários sobre a importância do acompanhamento de saúde e com isso evitar as demandas espontâneas que sobrecarregam os atendimentos na UBS.

### **METODOLOGIA**

O presente baseia-se em um estudo do tipo relato de experiência, através da observação da vivência durante os atendimentos em minha Unidade Básica de Saúde localizada na Zona Rural de nome Lagoa do Outeiro, no município de Buenos Aires - PE.

O município de Buenos Aires está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Vicência, a sul com Carpina, a leste com Nazaré da Mata, e a oeste com Limoeiro. De acordo com o censo (IBGE, 2000), a população residente total é de 12 007 habitantes sendo 6 408 (53,4%) na zona urbana e 5 599 (46,6%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 5 949 (49,5%), enquanto que do feminino totalizam 6 058 (50,5%), resultando numa densidade demográfica de 137,9 hab/km<sup>2</sup>.

Minha equipe é formada por: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista; 05 Agentes Comunitárias de Saúde; Secretária; Cozinheira e Motoristas. Na Unidade os usuários tem atendimento nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e presta atendimento também na Odontologia e Enfermagem e conta também com a ESF (Estratégia de Saúde da Família).

As ações da microintervenção são: Proporcionar um atendimento humanizado através da capacitação da ESF; Auxiliar o usuário nas demandas da USF através de palestras sendo que a população atendida vivenciando a experiência de um atendimento humanizado e com isso tenha menor índice de abandono ao tratamento.

O público alvo da microintervenção são os pacientes atendidos na UBS e as ações foram realizadas pela ESF.

Participaram dessas ações: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista e 05 Agentes Comunitárias de Saúde

Resultados alcançados

E conforme os pacientes vão passando pelo acolhimento humanizado, com uma escuta qualificada vão diminuindo as demandas espontâneas e os pacientes vão se acostumando a fazer acompanhamento da saúde com horários previamente agendados e com isso existe um menor tempo de espera na Unidade e maior resolutividade nos encaminhamentos. Através da microintervenção é possível melhorar o acesso e a qualidade do atendimento humanizado tanto pela equipe médica quanto pela equipe da USF e colaboradores da Unidade e ter oportunidade de os profissionais serem capacitados por uma Educação Continuada que proporcione a todos um melhor preparo de toda a equipe e com isso o usuário teria na Unidade um

Continuidade das ações

Mesmo que eu não faça mais parte da ESF as ações devem continuar, os pacientes devem continuar a serem orientados quanto a necessidade de acompanhamento de sua saúde, de agendarem seus atendimentos previamente. Quanto a ESF deve continuar com as ações de atendimento propondo intervenções que promovam um melhor acolhimento do paciente, preparação da equipe da UBS para o atendimento ao usuário desde o agendamento da consulta inicial até o término de seu tratamento.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o câncer tem uma carga bastante elevada em todo mundo, apresentando uma difusa variação geográfica tanto na incidência quanto na mortalidade, sendo a segunda principal causa de morte no mundo, correspondendo a 9,6 milhões de mortes no ano de 2018 (ALMEIDA-FILHO, et al., 2012).

Infelizmente temos uma taxa bem elevada de câncer que é considerado um grande problema de saúde pública no mundo, sendo que no caso em questão será dada ênfase ao câncer de mama.

A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas a essa doença e aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2019).

O objetivo geral da microintervenção é humanizar as práticas de saúde da ESF através do fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Os objetivos específicos são proporcionar assistência integral e de qualidade visando prover às necessidades de saúde da população descrita; Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame auto exame e mamografia; Melhorar registros das informações.

O presente basea-se em um estudo do tipo relato de experiência, através da observação da vivência durante os atendimentos em minha Unidade Básica de Saúde localizada na Zona Rural de nome Lagoa do Outeiro, no município de Buenos Aires - PE. O município de Buenos Aires está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Vicência, a sul com Carpina, a leste com Nazaré da Mata, e a oeste com Limoeiro. De acordo com o censo (IBGE, 2000), a população residente total é de 12 007 habitantes sendo 6 408 (53,4%) na zona urbana e 5 599 (46,6%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 5 949 (49,5%), enquanto que do feminino totalizam 6 058 (50,5%), resultando numa densidade demográfica de 137,9 hab/km<sup>2</sup>.

Minha equipe é formada por: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista; 05 Agentes Comunitárias de Saúde; Secretária; Cozinheira e Motoristas. Na Unidade os usuários tem atendimento nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e presta atendimento também na Odontologia e Enfermagem e conta também com a ESF (Estratégia de Saúde da Família).

São muitos os fatores relacionados ao câncer de mama dentre eles está a predisposição genética e alta densidade mamária.

A mama também conceituada por seio é um órgão par e simétrico. Situado na parte anterior ao tórax, em frente aos músculos peitorais e ao serrátil anterior à direita e esquerda do esterno. (GRAYS, 2008)

O controle do câncer de mama no Brasil teve um marco histórico, em meados dos anos 80 ao ser contemplado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que postulava

o cuidado mais amplo para além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 1984. p 27)

O câncer de mama não apresenta uma causa exclusiva, vários fatores estão incluídos ao avanço de se desenvolver a doença como: sexo, idade, fatores hormonais, histórico familiar, fatores externos como o sedentarismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, menarca precoce e menopausa tardia. (BRASIL, 2015)

Segundo o Oncoguia (2010):

1. a) a maior prevalência do câncer de mama é no sexo feminino;
2. b) o risco aumenta em mulheres com idade acima de 55 anos;
3. c) a mutação genética herdada BRCA1 e BRCA2 pode aumentar o risco de adquirir a neoplasia mamária;
4. d) mulheres com histórico de câncer na família, geralmente mãe e irmã, apresentam maior incidência;
5. e) os fatores externos que podem ser modificados são consumo excessivo de álcool, obesidade e o sedentarismo;
6. f) anuliparidade ou seja mulheres que não tiveram filhos tem maior probabilidade de ser acometida pelo CA de mama;

e g) mulheres com menarca precoce antes dos 12 anos e menopausa tardia após os 55 anos

Podemos observar durante nossos atendimentos diários que ainda existe muita falta de conhecimento sobre o auto cuidado e auto exame, assim como também sabemos das dificuldades enfrentadas pelas usuárias para acesso aos serviços de prevenção o que dificulta a descoberta da doença atrasando o processo de tratamento.

Em 1986, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde, foi criado como estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate Câncer. Em 1990, o programa tornou-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais o câncer de mama. (ABREU,1997)

A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde, em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. (BRASIL, 2006 p.76)

A implantação do Sistema de informação do Câncer de Mama (SISMAMA), em junho de 2009, o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011) e a publicação de documentos, dentre os quais os Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama e o folder recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil (2010-2011), vêm impulsionando a organização das ações de controle. (BRASIL,

2011)

Esta microintervenção se justifica devido a necessidade do rastreamento do câncer de mama, um atendimento humanizado levando em consideração o contexto familiar em que a mulher vive. Fazer busca ativa para notificações da doença para buscar a prevenção, promoção e tratamento.

Na Unidade os usuários tem atendimento nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e presta atendimento também na Odontologia e Enfermagem e conta também com a ESF (Estratégia de Saúde da Família) e do PSF (Programas de Saúde da Família).

Em meados de 1994 surgiu, por meio do Ministério da Saúde/MS, o Programa de Saúde da Família/PSF como uma proposta de política pública com o intuito de reorganizar as ações da Atenção Básica/AB no Brasil (SOUSA, 2008).

Em 1998 o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família/ESF, pois o mesmo é considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com potencial de gerar um importante reordenamento do modelo de atenção vigente (SCHERER et al., 2013).

Após verificação junto a minha equipe sobre os problemas que enfrentamos optei pela: Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde.

As ações da microintervenção são: a busca ativa pelas ACSs para a territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; Realizar ações de atenção à saúde por parte da ESF através da campanha outubro rosa

O público alvo da microintervenção são as pacientes atendidas na UBS e as ações foram realizadas pela ESF.

Participaram dessas ações: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista e 05 Agentes Comunitárias de Saúde

Resultados alcançados

Através do monitoramento e do atendimento clínico das mulheres cadastradas na UBS, coleta dos dados dos prontuários e busca ativa, ações do outubro rosa para rastreio e marcação de mamografias assim como também palestras com informações e orientações sobre o auto exame através da microintervenção é possível melhorar o acesso e a qualidade do atendimento humanizado tanto pela equipe médica quanto pela equipe da USF e colaboradores da Unidade

Continuidade das ações

Mesmo que eu não faça mais parte da ESF as ações devem continuar, as pacientes devem continuar a serem orientadas ao auto cuidado, auto exame, promoção, prevenção e manutenção da saúde da mulher. Quanto a ESF deve continuar com as ações de atendimento propondo intervenções que promovam um melhor acolhimento das pacientes, ampliando assim a cobertura.

ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2012. p. 157-83

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Ministério da Saúde./Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. 76p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

-----Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 76 p.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados referente a expectativa do ano de 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 05 mai. 2020.

Instituto Oncoguia. **Câncer tem cura?** [Internet]. 2010 Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-tem-cura/81/1/>> Acesso em jan 2021.

GRAY, H. **Anatomia básica para prática clínica**. ed.39. Elsevier. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2019

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SOUSA, Maria Fátima. **O Programa Saúde da Família no Brasil**: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 marabr; 61(2): 153-8.2008

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

De acordo com a OMS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 16 milhões de mortes ao ano e que nos países em desenvolvimento este risco é aumentado. Mudanças ocorridas no comportamento da população em geral, caracterizadas pelo sedentarismo e uma alimentação altamente calórica, estão ocasionando uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (CARVALHO; DUTRA, 2014).

Na Atenção Primária o Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde é a melhor estratégia para tratar a qualidade de vida das pessoas incentivando comportamentos mais saudáveis na comunidade, através de estratégias relativamente simples, como grupos de tabagismo, grupos de orientações referentes à alimentação e à prática de exercícios físicos.

Para Magalhães et. al., (2014), as doenças cardiovasculares (DCV) são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários às células para essas executarem suas tarefas. Tais doenças são consideradas um grande problema de saúde pública.

Os fatores de risco de DCV são divididos em modificáveis ou comportamentais tais como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e hábito alimentar e os fatores de risco não modificáveis ou biológicos tais como: idade, sexo, herança familiar para hipertensão e diabetes (SOUSA, 2018).

Segundo Salci, Meirelles, Silva (2018), que relata em seu artigo sobre os hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária onde enfatiza que as práticas de alimentação inadequadas faz-se necessário ações de educação e promoção da saúde para portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como ações para promover e incentivar bons hábitos alimentares.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010;).

Esta microintervenção se justifica devido que na UBS vimos que de acordo com os dados levantados, o risco de aumento de doenças cardiovasculares é aumentado, sendo possível de se mensurar os fatores de risco na Atenção Primária à Saúde, reduzindo assim o aumento de doenças cardíacas, AVCs, com o acompanhamento adequado e a realização de uma orientação de qualidade, aproveitando todos os atores e recursos que temos

O objetivo geral da microintervenção diminuir os riscos das doenças cardiovasculares na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família. Os objetivos específicos: Promover a

mudança do estilo de vida (adesão a atividade física e mudanças dos hábitos alimentares); Promover o controle do uso correto das medicações e Controlar valores pressóricos e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos.

O presente basea-se em um estudo do tipo relato de experiência, através da observação da vivência durante os atendimentos em minha Unidade Básica de Saúde localizada na Zona Rural de nome Lagoa do Outeiro, no município de Buenos Aires - PE.

O município de Buenos Aires está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Vicência, a sul com Carpina, a leste com Nazaré da Mata, e a oeste com Limoeiro. De acordo com o censo (IBGE, 2000), a população residente total é de 12 007 habitantes sendo 6 408 (53,4%) na zona urbana e 5 599 (46,6%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 5 949 (49,5%), enquanto que do feminino totalizam 6 058 (50,5%), resultando numa densidade demográfica de 137,9 hab/km<sup>2</sup>.

Minha equipe é formada por: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista; 05 Agentes Comunitárias de Saúde; Secretária; Cozinheira e Motoristas. Na Unidade os usuários tem atendimento nas áreas de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e presta atendimento também na Odontologia e Enfermagem e conta também com a ESF (Estratégia de Saúde da Família).

As ações da microintervenção são monitorar rigorosamente o uso correto das medicações, modificar hábitos e estilo de vida, adesão da atividade física diária, Cessar o uso do cigarro e modificar o estilo de vida diminuindo o uso de álcool. Assim como também incentivar a adesão ao tratamento. O público alvo da microintervenção são os pacientes atendidos na UBS e as ações foram realizadas pela ESF. Participaram dessas ações: Médico; Enfermeira; Técnica em Enfermagem; Dentista e 05 Agentes Comunitárias de Saúde

#### Resultados alcançados

Através das ações espera-se a adesão da atividade física no mínimo 03 vezes na semana ou 150 min semanal, possam diminuir em 30% o risco de doenças cardiovasculares na comunidade e promover em 50% a mudança no estilo de vida e bons hábitos alimentares nos usuários e ainda promover em 30% o controle do uso correto das medicações e Controlar valores pressóricos e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos.

#### Continuidade das ações

Mesmo que eu não faça mais parte da ESF as ações devem continuar, os pacientes devem continuar a serem orientados quanto a importância de abordar a prevenção das doenças cardiovasculares no âmbito da atenção básica, visto que é neste nível de atenção que se encontra maior número de pessoas para se realizar ações de prevenção e promoção à saúde. A participação dos usuários deve ser fortalecida através das ações educativas que podem contribuir para o combate ao tabagismo e sedentarismo e adesão a praticas esportivas e bons

hábitos alimentares.

Portanto, trabalhar a prevenção das doenças cardiovasculares é contribuir para qualidade de vida das pessoas da comunidade, bem como contribuir para o aperfeiçoamento da política de saúde, além de contribuir para redução de gastos saúde pública.

CARVALHO B.M. K; DUTRA S.E, Obesidade, In: CUPPARI, L. Guia de **Nutrição Clínica no Adulto**. 3ª.ed. Manole, São Paulo, cap.9, p. 185-214, 2014

IBGE. INTISTUITO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Dados referente a expectativa do ano de 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 05 de jan de 2020.

MAGALHAES, Fernanda Jorge et al . Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 394-400, June 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300394&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300394&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2021.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000100214&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100214&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em:17 jan. 2021

SANTOS, Alan Magalhães; et. al., Fatores de risco para hipertensão em jovens universitários. Salvador, **Rev.Ciênc. Méd. Biol.**, v. 17, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: ArqBrasCardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:< [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> Acesso em: 21 de jan 2021.

SOUSA, Regina dos Santos. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes: riscos biológicos e comportamentais**. 2018. 26f. Trabalho de conclusão de curso- Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 2018. Disponível em: <<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/1026/1/Fatores%20de%20risco%20p>> Acesso em: 04 fev. 2021

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse Trabalho de Conclusão de Curso referente as 03 microintervenções são de grande importância para a ESF de minha área de atuação assim como também para os paciente ali atendidos. Isso se deve ao fato que os usuários precisam e devem ser orientados quanto a necessidade da promoção e prevenção de sua saúde.

Existe uma grande demanda espontânea de usuários na Unidade muitas vezes por não terem recebido um atendimento humanizado com uma escuta qualificada onde esse usuário possa ter sido ouvido quanto as suas queixas e ser melhor direcionado para atendimento. Como sabemos uma demanda espontânea excessiva acarreta em sobrecarga nos atendimentos na Unidade, visto que já existe uma demanda agendada anteriormente para atendimentos diários. Isso faz com que os atendimentos não sejam realizados muitas vezes com a qualidade e tempo necessários.

Sendo assim, muitas vezes devido a correria do dia a dia na Unidade muitas vezes deixamos passarem despercebidos alguns problemas de nossos usuários e não conseguimos fazer um atendimento correto e nem os encaminhamentos necessários.

Diante disso as ações propostas nas 03 microintervenções vem de encontro a essas necessidades, orientando os usuários sobre a necessidade de agendamento de consultas assim como também do retorno quando necessário.

As ações como outubro rosa para rastreio e marcação de exames preventivos são de grande valia para as mulheres atendidas na Unidade assim como também as ações de promoção da mudança do estilo de vida do controle do uso correto das medicações e Controlar valores pressóricos e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos.

São ações que visam melhorar a qualidade de vida dos usuários assim como capacitar tanto a equipe médica quanto a ESF e colaboradores da Unidade através da Educação Continuada.

## 6. REFERÊNCIAS

- ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Fundamentos metodológicos da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2012. p. 157-83
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Ministério da Saúde./Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. 76p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 76 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento á demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CARVALHO B.M. K; DUTRA S.E, Obesidade, In: CUPPARI, L. Guia de **Nutrição Clínica no Adulto**. 3ªed. Manole, São Paulo, cap.9, p. 185-214, 2014
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
- GRAY, H. **Anatomia básica para prática clínica**. ed.39. Elsevier. 2008.
- IBGE. INTISTUITO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA . Dados referente a expectativa do ano de 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 05 mai. 2020.
- Instituto Oncoguia. **Câncer tem cura?** [Internet]. 2010 Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-tem-cura/81/1/>> Acesso em jan 2021.
- MAGALHAES, Fernanda Jorge et al . Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 394-400, June 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300394&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300394&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Feb. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-O Classificação Internacional de Doenças para Oncologia.** ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2019

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000100214&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100214&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2021

SANTOS, Alan Magalhães; et. al., Fatores de risco para hipertensão em jovens universitários. Salvador, **Rev.Ciênc. Méd. Biol.**, v. 17, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2018

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: ArqBrasCardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:< [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> Acesso em: 21 de jan 2021.

SOUSA, Maria Fátima. **O Programa Saúde da Família no Brasil:** análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 marabr; 61(2): 153-8.2008

SOUSA, Regina dos Santos. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes: riscos biológicos e comportamentais.** 2018. 26f. Trabalho de conclusão de curso- Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 2018. Disponível em: <<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/1026/1/Fatores%20de%20risco%20p>> Acesso em: 04 fev. 2021