



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

**INTERVENÇÕES EM SAÚDE NA USF JOÃO CORDEIRO, MUNICÍPIO DE
TABIRA-PE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LUCIANA BEZERRA DE OLINDA BARROS

NATAL/RN
2021

INTERVENÇÕES EM SAÚDE NA USF JOÃO CORDEIRO, MUNICÍPIO DE TABIRA-PE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUCIANA BEZERRA DE OLINDA BARROS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: MARIA HELENA PIRES
ARAÚJO BARBOSA

NATAL/RN
2021

Eu agradeço por tudo que conquistei até aqui. Agradeço pelas oportunidades que me foram oferecidas. Agradeço pelo meu emprego, pela minha família.

Eu dedico este trabalho a Deus criador dos Céus e da Terra, criador do Universo. Dedico a minha família que nunca me deixaram fraquejar. Dedico a minha orientadora e meus colegas de trabalho.

RESUMO

O trabalho está organizado com o relato de experiência de três microintervenções em saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF) - João Cordeiro, no município de Tabira, estado de Pernambuco. A primeira teve o objetivo de organizar a agenda da unidade em relação ao acolhimento de demanda espontânea e programada. A segunda de realizar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de forma eficaz no serviço. A terceira visou realizar atividades educativas sobre o Diabetes Mellitus (DM), esclarecendo a população sobre a doença e a importância da adoção de comportamentos saudáveis para o seu controle adequado. As microintervenções foram construídas tendo como base os principais problemas de saúde identificados e são compostas pelos aspectos conceituais do tema principal, a justificativa, o objetivo, as ações, os resultados alcançados e o plano de continuidade. As atividades desenvolvidas proporcionaram uma atitude do profissional, diante dos problemas de saúde enfrentados no cotidiano e um maior envolvimento da equipe multiprofissional nas ações estratégicas.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Saúde da Família. Acolhimento. Saúde da criança. Diabetes Mellitus.

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 Tabira está localizado no interior do estado de Pernambuco e possui uma população estimada de 26.427 pessoas, de acordo com o último levantamento do ano de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Então, trata-se de um município de pequeno porte que apresenta uma rede de atenção à saúde composta por 27 estabelecimentos públicos. Dentre os serviços disponíveis, existem os voltados à Atenção Básica (AB), um hospital municipal, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a academia da saúde e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Dentre os serviços de AB do município está inserida a Unidade de Saúde da Família (USF) - João Cordeiro, que presta atendimento a uma população de aproximadamente 3.000 pessoas. A equipe da USF é composta por 14 profissionais, sendo 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 agente de endemias, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal. Os profissionais da equipe são dedicados quanto às ações em saúde no território e a população assistida possui um baixo nível socioeconômico e educacional, fato que proporciona uma dependência das atividades proporcionadas pela equipe.

As três áreas temáticas abordadas pelas microintervenções foram: acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada; atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento; e o Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS).

A primeira microintervenção teve o objetivo de organizar a agenda da unidade em relação ao acolhimento de demanda espontânea e programada. A segunda de realizar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de forma eficaz na UBS. A terceira visou realizar atividades educativas sobre o Diabetes Mellitus (DM), esclarecendo a população sobre a doença e a importância da adoção de comportamentos saudáveis para o seu controle adequado.

O trabalho está organizado com o relato de experiência das três microintervenções no território. Elas foram construídas tendo como base os principais problemas de saúde identificados em cada área temática. As microintervenções contêm os aspectos conceituais do tema principal, a justificativa, o objetivo, as ações, os resultados alcançados e o plano de continuidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A carta dos direitos aos usuários da saúde preconiza que todas as pessoas cujo nacionalidade é brasileira deve ter facilidade e acesso aos serviços de saúde em que o SUS atenda, e da mesma maneira em qualquer local que o SUS tenha convenio, por isso todas as pessoas tem direito ao atendimento em qualquer unidade de saúde, independentemente de seu diagnóstico (CORREA et al., 2011).

O acolhimento nas unidades de saúde é um dos principais princípios que o SUS faz questão de colocar em prática, pois é norteador para que haja resultados positivos na hora de realizar intervenções, pois através do acolhimento que conhecemos nossa população e a sua necessidade (CORREA et al., 2011).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196 descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, independentemente do diagnostico, quando uma pessoa chega a uma unidade necessitando de atendimento é importante que haja o acolhimento no momento da chegada para que algumas informações já sejam coletadas e repassadas para dali definir o nível de gravidade (SCHWARTZ et al., 2010).

No que se refere a demanda espontânea e programada, tem sempre sido um desafio para a equipe de saúde, pois organizar uma agenda em que envolva atendimento de todos os profissionais do local não é uma tarefa fácil, e atender um grande número de paciente em um dia só envolve muita organização (VELLOSO, 2012).

A ESF tem o papel de realizar o acolhimento da população seja espontaneamente ou programada, e aqui em nossa unidade não tem sido diferente, porém era um desafio todos os dias.

O acolhimento como principal diretriz é o que dá acesso aos usuários aos atendimentos no âmbito da saúde e é por isso que deve haver uma organização entre as demandas espontâneas e as demandas programadas, separar os atendimentos urgentes dos atendimentos que podem esperar um pouco mais (VELLOSO, 2012).

Alguns meses atrás teve início a observação em relação ao acolhimento de demanda espontânea e demanda programada, onde muitos pacientes chegavam a unidade e por vezes saiam insatisfeitos com o atendimento, o que deixou-nos bastante preocupado.

Por algum tempo foi observado tal conduta na ESF bairro João Cordeiro, município de Tabira- Pernambuco. Local onde realizou-se a microintervenção. Os funcionários que fizeram parte deste processo foi medica, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Ao analisar nos meses de Junho a Agosto, foi possível notar que havia uma grande demanda mesmo em tempo de Pandemia do COVID-19, preocupados com a saúde da população tanto pelos riscos de contaminação do COVID-19 quanto pela integridade dos pacientes resolvemos realizar a microintererção em que o objetivo foi organizar a agenda da

unidade em relação ao acolhimento de demanda espontânea e programada.

Se fez necessário a realização da microintervenção visando o melhor atendimento para a população e prezando a saúde e integridade dos pacientes.

Após toda uma análise durante os meses supracitados em reunião com os funcionários do local e em conversa com os paciente em todos os meses, conseguimos realizar a organização da agenda, dividindo os atendimentos em grupos de riscos e pessoas em atendimentos normais no decorrer da semana, mais em dias específicos e agendados, não esquecendo da demanda espontânea também em um dia da semana definido.

Nos meses de Setembro e Outubro começamos a colocar em prática a organização da agenda, onde os atendimentos com idosos e pessoas com doenças crônicas tem atendimentos nas segundas e quarta feiras da semana de acordo com o número de vagas da agenda. Às terças-feiras temos atendimento com gestantes e atendimentos de PCCU, e as quintas-feiras temos atendimento de demanda espontânea e os demais procedimentos como planejamento familiar, curativos entre outros. Porém no decorrer da semana também é realizados vacinas e acompanhamento com hipertensos e diabéticos. E nas sextas feiras tiramos o dia inteiro para realização de visitas domiciliares, atendendo os pacientes que não tem condições físicas de comparecer a unidade.

Desta forma como foi relatado a cima, temos realizado um bom trabalho na ESF, com a ajuda e empenho dos componentes da equipe de saúde da família, pretendemos continuar com os atendimentos organizados e sempre atender a população de maneira que todos saiam satisfeitos e atendidos com amor e dedicação de cada funcionário.

É necessário que haja uma organização na unidade desde o atendimento até as atividades que são realizadas na própria ESF pois uma equipe organizada, que segue uma agenda, é uma equipe que não se sobrecarrega, e assim realiza melhor os atendimentos.

É a partir de uma equipe sobrecarregada que começa as preocupações com o trabalhador, preocupações com a saúde física e mental. Há muitos casos em que os funcionários adoecem em virtude do grau de estresse e de sobrecarga no trabalho, o que não poderia acontecer em uma unidade de saúde da família (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

É necessário que todos os componentes da equipe tenham capacitações em que aprendam a organizar o atendimento, em que reconheçam quando o colega de trabalho está se sentindo exausto com os serviços (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

Tornando a falar sobre a microintervenção realizada, o que nos motivou a falar sobre o assunto, foi a grande quantidade de pacientes que vinham a unidade todos os dias, o atendimento super lota desta maneira, pois os pacientes deixam para ir ao médico somente em caso de extrema importância, e não tem um acompanhamento de rotina, fato esse que estava fazendo com que todos os dias tivessem pacientes além do limite necessitando de atendimento.

A maior dificuldade que encontramos para que houvesse uma organização na agenda e os

usuários passassem a compreender a necessidade dessa organização foi somente repreensão de alguns pacientes, alegando ter dificuldades deles mesmos organizar um dia e um horário para vim até a unidade, pois por se tratarem de baixa renda e não ter transporte próprio nem mesmo por vezes acompanhante não dava pra escolher o dia, tinha que ser no dia que fosse melhor para eles.

O que nos levou bastante a pensar sobre o fato, porém chegou-se à conclusão de que o atendimento não pode organizar-se de acordo com cada paciente, e sim de acordo com a necessidade da população em geral, sempre prezando pela integridade e pela saúde de cada pessoa. Os funcionários também adoecem e se continuasse com uma demanda espontânea e programada de forma desorganizada, iria sempre haver pacientes insatisfeitos pela quantidade de pacientes no dia e pouco profissional atendendo.

Em virtude de tal microintervenção ter dado certo até o momento, pretendemos continuar com os atendimentos da maneira relata e se houver possibilidades de melhorar ainda mais os atendimento assim faremos, de maneira que sempre busquemos resultados positivos tanto para a população quanto para a equipe.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento

Um dos atuais e principais objetivos do atual modelo de saúde é promover, prevenir e estabelecer a saúde das crianças, com o propósito de que identificar certas doenças precocemente poderá evitar muitos danos que poderiam ficar para a vida inteira, o que pode assim ainda prolongar os dias de vida dos mesmos (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é anotado na caderneta de saúde, onde ficam anotados todos os dados relacionado a criança, desde a vacinação, crescimento, desenvolvimento e dados dos pais.

Em 2005 o que era apenas um cartão com um gráfico, passou a ser chamada de caderneta de saúde da criança, com o objetivo de ajudar na vigilância integral da criança e do recém-nascido e em 2007 a organização mundial de saúde, preconizou uma nova caderneta com novas curvas de crescimento e já em 2009, ela foi adaptada para também anotações de crianças com síndrome de Dow e autismo e a diferenciação por sexo (GAIVA; ABUD, 2015).

A realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é considerada umas das ações mais básicas dentro de uma unidade de saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2003) pelo fato de que as próprias mães deveriam ter responsabilidade em leva-los para o atendimento, mais não é o que acontece na realidade de muitas famílias.

É importante que se haja o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pois é na grande maioria das vezes em unidade saúde que são descobertos alterações, e essas alterações sendo identificadas precocemente, pode-se intervir a tempo (ALMEIDA et al., 2016).

Na unidade onde atuo, as mães tem que ser lembradas nas visitas domiciliares, a importância do acompanhamento com os filhos, pois as mesmas falham nesse quesito.

Devido a muitas faltas dessas crianças, digo por elas não virem a unidade é que vi a necessidade de realizar uma microintervenção neste assunto. Realizou-se uma reunião com a equipe, onde em conformidades com os demais colegas de trabalho, foi visto quão importante seria abordar esse assunto para o relato de microintervenção.

Ao meu ver o papel da unidade de saúde é promover e estabelecer a saúde dos pacientes, e assim está inserido as crianças, onde devem uma atenção diferenciada.

É de grande importância o papel dos profissionais de saúde no acompanhamento deste tipo de atendimento, pois realizado de forma correta pode ser obtida uma melhor qualidade de vida infantil, e desta maneira crianças e pais podem viver tranquilamente (REICHERT et al., 2012).

Há mais ou menos um mês estou observando que as pacientes crianças da ESF, local onde realizou-se a microintervenção, as mães tem trago os filhos em pouquíssimas vezes para realizar consultas e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, fato esse que fez com que uma ação fosse realizada, mesmo neste momento de pandemia.

A unidade em que se trabalhou o projeto foi na ESF João Cordeiro, município de Tabira-Pernambuco. Os funcionários que fizeram parte deste processo foi médica, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Os dias 04 ao 15 foram dedicados para atendimentos de crianças para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, antes na semana anterior foi realizado visitas domiciliares, a fim de lembra-los a necessidade desse acompanhamento.

As mães em sua grande maioria levaram seus filhos, os horários disponíveis eram no turno da manhã e tarde, por ordem de chegada. Na unidade quem realiza esses procedimentos é a enfermeira, porém devido a microintervenção e quantidade de crianças, dividimos os atendimentos entre eu médica e a enfermeira.

Os atendimentos surgiram bastantes efeitos positivos, pois as mães compareceram, foi aplicada vacinas que estavam atrasadas, que inclusive tinham muitas crianças com falhas nesse sentido.

As mães tiraram bastantes duvidas, e foi possível ainda identificar muitas crianças com baixo peso e desnutrição, fato esse que muitas das mães não se atentam.

Muitas mães alegaram que por tempo corrido no trabalho, chega em casa e tem várias tarefas para fazer em casa, além de cuidar dos filhos, acaba que nem prestando muita atenção no que alimentar o filho ou filha, e que por vezes dão comidas mais rápidas com macarrão instantâneo ou comidas enlatadas, fato esse que contribui positivamente para de adquirir uma desnutrição e falta de vitaminas, pois a crianças cresce frágil e anêmico, com colesterol, por apenas uma falta de atenção, além de ficarem ou obesas ou com baixo peso, dependendo do que vai ingerir.

O baixo peso para a idade pode por si só trazer a desnutrição, com falta de vitaminas e nutrientes necessários para sobreviver. O crescimento é um processo dinâmico que ocorre desde o nascimento até o fim da vida e por isso muitas coisas são essenciais para desenvolver de forma boa e correta, fato esse que podemos observar no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que é realizado em uma unidade de saúde (ROMANI; LIRA, 2004).

A desnutrição infantil apesar de todos os meios que existem no mundo de hoje ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil, onde as crianças de 0 a 3 anos são as mais acometidas, onde o conflito se inicia na própria alimentação oferecida pela mãe (DE CARVALHO; LIMA; MARTINS, 2013).

É o principal objetivo diante do exposto acima, realizar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento traz resultados positivos sim, pois as mães sempre estão ligadas em apenas alimentar e não tem ideia por vezes de uma alimentação saudável, além de enfrentar inúmeros problemas em casa que acabam afetando a saúde da criança.

Apenas com duas semanas de atendimento com um olhar diferente, tivemos resultados bem significantes e daqui para frente esperamos continuar não esquecendo das crianças e que

elas também necessitam de um olhar holístico, e com atenção, pois muitos dos pais são desatentos.

É importante ainda frisar que é necessário sempre haver atividades de promoção e educação em saúde voltado para as crianças, onde as mães podem aprender e ensinar os filhos várias coisas que no decorrer do dia a dia, passam despercebidos.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, de etiologia múltipla, no qual o pâncreas não produz mais insulina suficiente ou é decorrente da incapacidade da insulina exercer adequadamente suas funções, e, quando não controlado, gera grandes impactos nos gastos com saúde, decorrentes de complicações macro e microvasculares graves, que oneram os serviços de saúde (MIRANZI, 2008). De acordo com Borges; Lacerda (2018), aproximadamente, 12% das despesas mundiais em saúde estão relacionadas à atenção das pessoas com DM e suas complicações. Ela é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, sendo identificado que nos anos 2000, tinham cerca de 151 milhões de pessoas com DM ao redor do mundo. Esse número continuou aumentando e em 2015, o total de pessoas com diabetes girava em torno de 415 milhões de pessoas, representando uma prevalência de 8,8% da população mundial (BORGES; LACERDA, 2018). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), existem no Brasil, em torno de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, representando, aproximadamente, 6,9% da população nacional.

Alguns fatores que podem explicar esse aumento da prevalência da DM no Brasil e no mundo, e estão relacionados a: urbanização acelerada, transição epidemiológica, mudança nutricional, sedentarismo, obesidade, crescimento e envelhecimento da população e, também, ao aumento da sobrevida dos pacientes que convivem com a DM. Ela apresenta diferentes tipos, de acordo com a sua etiologia, sendo identificada como: DM do Tipo 1, que se divide em Tipo 1A, Tipo 1B e *Latent Autoimmune Diabetes of the Adult* (LADA); DM tipo 2 e DM gestacional. Menos frequentes, mas que também entram na classificação, estão as DM de outros tipos, tais como: monogênicos (MODY), diabetes neonatal, secundário a endocrinopatias, secundário a doenças do pâncreas exócrino, secundário a infecções e secundário a medicamentos (SBD, 2017).

A adesão ao autocuidado em portadores de doenças crônicas, em especial o DM, é, geralmente, insatisfatória para o adequado manejo da condição (BOAS et al., 2011). Determinadas características sociodemográficas e clínicas estão relacionadas e devem ser consideradas no planejamento e adoção do autocuidado, são elas: gênero, sexo, idade e nível de escolaridade, raça, nível socioeconômico, relações conjugais, relações organizacionais, entre outros (TORRES; PACE; STRADIOTO, 2010). Além desses, o papel dos serviços de saúde, tais como estrutura, acesso, profissionais e tecnologias disponíveis são fundamentais no estabelecimento do autocuidado (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008).

Na área de abrangência da USF a presença do DM é responsável por aproximadamente 30% das consultas médicas voltadas aos portadores de doenças crônicas. Em uma análise, foi possível identificar que cerca de 80% (oitenta por cento) dos portadores de DM, encontravam-se descompensados. Sabe-se que essa patologia é uma importante condição crônica e quando não tratada, pode gerar uma série de consequências negativas para a saúde, a exemplo de:

problemas cardiovasculares, renais, na visão, entre outros. Então o objetivo desta microintervenção foi realizar atividades educativas sobre a DM, esclarecendo a população sobre a doença e sobre a importância da adoção de comportamentos saudáveis para o seu controle adequado.

Considerando a necessidade de haver um controle não medicamentoso maior por parte da população que tem DM, através da adoção de práticas promotoras de saúde, as ações desenvolvidas pela microintervenção foram: o levantamento dos casos de DM presentes na comunidade, através de busca ativa, contando com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); desenvolvimento de um vídeo educativo com informações sobre o controle glicêmico adequado; orientações quanto ao autocuidado durante os atendimentos médicos e de enfermagem e construção de folder informativo para os ACS distribuírem durante as visitas domiciliares.

Com o desenvolvimento da microintervenção foi possível identificar grupos de risco, que não estavam realizando o controle não medicamentoso da doença de forma adequada. Foi possível disseminar mais informação tanto para os portadores da doença, quanto para os cuidadores, isso contribuiu para esclarecer muitas dúvidas quanto ao controle da doença e prevenção de complicações. A distribuição do material informativo como o vídeo e os folders pelos ACS serviu para alertar esses usuários e prevenir a negligência com os cuidados essenciais para o manejo adequado do DM. As orientações desenvolvidas durante os atendimentos médicos e de enfermagem foi uma via de mão dupla, pois além de orientar os usuários quanto ao autocuidado os profissionais conseguiram ter uma visão da consulta ao portador de DM mais direcionada aos aspectos educacionais dentro do plano de cuidados.

Considerado isto, o profissional de saúde deve ter em vista as variáveis que influenciam a adesão e planejar o projeto terapêutico adequado a realidade de cada paciente, pois uma intervenção baseada no autocuidado deve ser adequada ao contexto socioeconômico e cultural dos pacientes, o que, por sua vez, promove o conhecimento, habilidades, atitudes e motivação para o controle da DM (BOAS et al., 2011).

O levantamento dos casos de DM presentes na comunidade onde está inserida a USF foi imprescindível na verificação do perfil de adoecimento de cada indivíduo e sua relação com o DM. Após a identificação dos portadores de DM foi importante que as atividades educativas sirvam como um instrumento para esclarecer a população sobre a doença e sobre a relevância da prática de comportamentos saudáveis. A comunicação é subsídio para que o profissional consiga alcançar o objetivo de execução das ações educativas e é necessário fazer uso desta sem preconceitos e utilizando uma linguagem acessível à população para garantir que a mensagem será passada. A microintervenção também pretende futuramente estreitar os laços de comunicação e com a gestão municipal em um trabalho de parceria para a criação/incorporação da academia da saúde na comunidade, vinculada a USF. Por meio da

realização de reuniões de equipe frequentes, esperamos discutir as falhas e o que precisa ser melhorado dentro da proposta da microintervenção. Visto que ela possui um grande potencial, no que se refere a uma melhor avaliação de saúde desses usuários a longo prazo e na realização de ações de prevenção e promoção da saúde, além de proporcionar uma melhor avaliação dos riscos que a população está sendo exposta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com o desenvolvimento das microintervenções contribuiu positivamente na minha formação acadêmica com médica da família, pois proporcionou diferentes experiências a respeito de diferentes temas abordados pela AB e que fazem parte da minha rotina de trabalho. As atividades desenvolvidas proporcionaram uma atitude do profissional, diante dos problemas de saúde que são enfrentados no cotidiano e um maior envolvimento da equipe multiprofissional nas ações estratégicas.

Destaco como aspecto positivo o trabalho em grupo e as diferentes áreas temáticas de atuação que foram discutidas. Em relação ao trabalho da equipe é muito importante estar diante de diferentes opiniões e saber lidar com os conflitos existentes, pois isso proporciona subsídios para o crescimento profissional. As áreas de atuação trabalhadas nas microintervenções mostraram um pouco da dimensão do serviço de APS, em que buscamos uma maior integralidade do cuidado, entendendo o usuário em todo seu ciclo de vida e os diferentes aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos, envolvidos.

A minha sugestão em relação às microintervenções é promover maior relação entre as atividades realizadas, de modo a proporcionar uma ligação entre as ações e uma continuidade do trabalho. Outro aspecto sugerido é a redução do número de microintervenções e aumento do tempo para desenvolvimento de cada microintervenção, pois o período de aplicação é muito curto. Por fim, a equipe e os usuários poderiam passar por um processo de avaliação e autoavaliação a respeito das ações desenvolvidas como uma estratégia de aprimoramento do trabalho e contribuição pessoal para o serviço de saúde.

Mesmo estando diante de um quadro pandêmico, frente ao COVID-19 e com todas as mudanças ocorridas na rotina de trabalho da equipe durante este período, foi preciso repensar as ações e adequar frente às estratégias de controle da pandemia que estão sendo adotadas. Algumas ações coletivas precisaram ser adiadas, mas os grupos prioritários continuam sendo acompanhados rotineiramente e o foco principal da equipe está em verificar e acompanhar diariamente todo sintomático respiratório presente na comunidade pela suspeita de COVID ou síndrome respiratória aguda.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Cláudia de 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.

BARROS, A. C. M.; ROCHA, M. B.; HELENA, E. T. S. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arq Catarin Med**, v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.

BOAS, L.C.G.V. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BORGES, D. B; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 162-178, 2018.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.

DE CARVALHO, Ângela Sousa; LIMA, Maria Celina Peixoto; MARTINS, Karla Patrícia Holanda. As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: contribuições psicanalíticas. **Estilos da Clínica**, v. 18, n. 2, p. 372-386, 2013.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; AVELHANEDA, Joice Carvalho; PARCIANELLO, Rodrigo Ritter. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 544-551, 2003.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; ABUD, Simone Mourão. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 97-105, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/tabira/panorama> . Acesso em: 22 mar. 2021.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672, 2008.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**. 13(1):114-26. 2012.

RIBEIRO, Débora Gerardo; PEROSA, Gimol Benzaquen; PADOVANI, Flávia Helena Pereira. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 215-226, 2014.

ROMANI, Sylvia de Azevedo Mello; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 15-23, 2004.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2145-2154, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. - São Paulo : Editora Clannad, 2017.

TORRES, H. C; PACE, A. E; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

VELLOSO, Valéria Barros. Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. 32p. 2012.