



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

**ABORDAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE GOIANA/PE : ANÁLISE DE MICROINTERVENÇÕES NA UBS /
ATAPUPUZ**

MARISA BARBOSA DE ARRUDA

NATAL/RN
2021

ABORDAGEM DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
GOIANA/PE : ANÁLISE DE MICROINTERVENÇÕES NA UBS / ATAPUPUZ

MARISA BARBOSA DE ARRUDA

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

(Rascunho)

AGRADEÇO A DEUS, A MINHA FACILITADORA PEDAGÓGICA , DRA MARIA
HELENA E AOS COLEGAS DE TRABALHO.

DEDICO ESTE TRABALHO A MEUS
COLEGAS DE TRABALHO E A DEUS, SEM ELE NÃO SERIA POSSÍVEL.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi identificar os principais pontos de fragilidades no atendimento a população adstrita da UBS Atapuz localizada no município de Goiana/PE, no intuito de dar resolutividade a entraves que poderiam ser resolvidos por nós ,profissionais da equipe , com a participação de todos que compõem a Atenção Básica do município. O objetivo maior foi resgatar os princípios do Sistema Único de Saúde : universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde. Através de relatos de experiências vivenciados por toda a equipe da nossa Unidade e o Núcleo de Apoio a Família - NASF/AB e também interagindo com nossa população, ouvindo suas dificuldades de acesso ao sistema como um todo , elegemos prioridades, para tanto realizamos microintervenções em três áreas essenciais ,elaborando planos de ações voltadas para o Acolhimento da Demanda espontânea e programada, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Abordagem ao Câncer na Atenção Primária. O resultado positivo das microintervenções nesses setores foi percebido por todos os usuários ,através da melhoria do fluxo de atendimento e resolutividades das demandas apresentadas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7 - 8
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	10 - 12
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	13 - 15
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	16 -17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
6 REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

Deve-se ter em mente que o objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de "contribuir para a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde da população". E, para atingí-lo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento atuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação. Trabalho no município de Goiana / PE, localizado na região nordeste do Brasil, situado no extremo norte da região metropolitana do Recife, fazendo divida com a região metropolitana de João Pessoa / PB. A população estimada em 2019 era de 79 758 habitantes. O centro histórico de Goiana foi declarado Patrimônio Histórico Nacional em 1938. O município de Goiana é dividido em três distritos: Sede, Pontas de Pedras e Tejucupapo. A origem mais provável do nome Goiana é a que vem da palavra Tupi-Guarani "Guaynna". Que significa "Terra de muidas águas". Sabe-se que muito antes da chegada dos portugueses ao Brasil, Goiana, assim como diversas outras localidades da América, já era habitada por indígenas. Existem várias teses sobre a origem da cidade de Goiana, das quais a mais aceita é de que a cidade surgiu quando Diogo Dias ganhou e fundou o Engenho Recuzagem. A população goianense é formada principalmente por descendentes de povos indígenas, colonos portugueses, escravos africanos e diversos grupos de imigrantes que se estabeleceram em Pernambuco.

A Unidade Básica de Saúde de Atapuz, onde trabalho, localiza-se em uma praia localizada há 37,5 km da cidade de Goiana/PE, com apenas 300 metros de extensão com uma população cadastrada de 1730 pessoas. A base da economia local é a pescaria artesanal. Os moradores ou são pescadores, marisqueiras ou donos de pousada. As pessoas se organizam de duas formas: Colônia de pescadores e a Associação de moradores. A equipe de saúde da UBS/Atapuz é constituída pelo médico, odontólogo, enfermeira, técnico de enfermagem e 3 agentes comunitários de saúde e contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB). A UBS/Atapuz tem uma área física adequada, com recepção, sala de acolhimento, sala para pequenos procedimentos, sala de vacina, consultório médico, de enfermagem e consultório odontológico, sala de esterilização, sala de reunião, cozinha e expurgo.

O objetivo desse trabalho baseou-se num primeiro momento da observação do fluxo de atendimento desde a chegada do usuário à unidade até a resolatividade de sua demanda. Identificadas dificuldades na organização do atendimento, desde a recepção até que chegasse ao seu desfecho final. Em seguida, junto com os demais profissionais e da equipe do NASF/AB, tivemos inúmeras reuniões, e após análises dos dados enumerados por todos

concluimos que deveríamos priorizar áreas que estavam mais impactando no gerenciamento das demandas . Todos trouxeram seus relatos de experiência , em todos os setores do atendimento da unidade , decidimos fazer microintervenções no Acolhimento da Demanda Espontânea . 'A organização do acolhimento em saúde não inclui exclusivamente a demanda espontânea, mas com um conjunto de ações que objetivam dar respostas às necessidades da comunidade . Deve, portanto, partir do diagnóstico de problemas e do planejamento em saúde , buscando romper com a idéia do mesmo como uma ação pontual, centrada na doença e nos procedimentos e não no sujeito e em suas necessidades. (1) Nesse sentido , A análise dos informações compiladas através principalmente da observação organizacional do trabalho e dos relatos de experincias de todos da equipe auxiliaram no diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários devem promover reflexão, subsidiando a análise e as mudanças da práticas e dos resultados do trabalho e,consequentemente , o planejamento em saúde,(2) Estabelecemos que todos os usuários teriam uma resposta , que seja seriam atendidos no mesmo dia , conforme suas necessidades ou agendados para uma data próxima.

Na microintervenção no Controle das Doenças Crônicas não transmissíveis na Atenção Básica, identificamos as patologias predominantes conforme levantameto dos atendimentos realizados, e formamos grupos e aperfeiçoamos os já existente de Hipertensão, Diabetes, Idosos, Adolescentes, Anti-tabagismo, Pericultura, Pré-natal , Nossa microintervenção na Abordagem do Câncer na Atenção Básica , foi um desafio . A prevenção e promoção da saúde norteia todo o trabalho desenvolvido por toda a equipe . A população adstrita da UBS/ATAPUZ tem uma peculiaridade por está localizada em uma praia e tem como sustento a pescaria que por si só já expõe os trabalhadores locais ao Câncer de pele,e a maioria das pessoas são idosas , e o próprio envelhecimento também é um fator que propicia ao aparecimento de determinados tipos de Câncer.

Com as microintervenções nas três áreas que priorizamos para intervim já com as estratégias estabelecidas tendo como base para pleno funcionamento a organização do processo de trabalho e conscientização da população através do aproveitamento de todas as oportunidades de estarmos com o usuário para prevenir e promover a saúde , ato desempenhado por todos que compõem a Equipe de Saúde. Continuamos com muitos desafios diários e tendo que está sempre revendo toda a estratégia que implantamos através da análise das microintervenções , mas hoje temos uma população agradecida e satisfeita , e isso é o que nos mantém motivados e achamos que sempre pode melhorar.

Mesmo diante de todas as dificuldades de escolhermos quais os setores que seriam mais impactados com as mudança de paradgmas que interfeririam em todo o contexto do atendimento da população adstrita da nossa unidade, buscando resgatar o atendimento humanizado , foi muito positivo para a população e também nos, profissionais de saúde.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada

Atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) Atapuz, localizada na praia de Atapuz, distrito a cerca de 35 km da cidade de Goiana/PE, população cadastrada de 1730 pessoas. A base da economia local é a pescaria artesanal de peixe e camarão. Quando cheguei há 18 meses já havia um fluxograma de atendimento. O agendamento era para puericultura e pré-natal, os demais usuários vinham por demanda espontânea e eram inqueridos conforme suas necessidades e direcionados para consulta médica, de enfermagem ou odontológica.

Entretando, os usuários se acumulavam esperando as consultas e demais procedimentos como vacinas e curativos, e muitas vezes, tinha tumulto quando um usuário que precisava de prioridade era atendido primeiro. Havia sobrecarga de trabalho que gerava stress e desmotivação entre os profissionais. Diante deste cenário, o objetivo desta microintervenção foi definir o fluxo de atendimento à demanda espontânea e à demanda programada na UBS Atapuz, Goiana/PE.

Toda a equipe foi convocada para a primeira reunião de muitas que se sucederem para tratar da elaboração de um fluxograma de atendimento visando o aprimoramento do já existente. Todos opinaram e concordaram com um cronograma com inclusão de grupos de hiperdia, planejamento familiar, grupo de idosos e grupo de adolescentes, e deixando espaço na agenda para atendimento dos usuários que procuram a unidade como demanda espontânea.

Estabelecemos que o nosso atendimento teria como base os macro e microprocessos básicos que dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população. Macroprocessos de atenção aos eventos agudos: acolhimento, classificação de risco; atendimento aos eventos de menor gravidade (verde e azul); primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade (amarelo, laranja e vermelho) e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento.

Macroprocessos de atenção às condições não agudizadas, pessoas hiperutilizadoras e com enfermidade; gerenciamento das condições crônicas prioritárias; estratificação de riscos; elaboração e monitoramento dos planos de cuidado; autocuidado apoiado; gestão de caso; novos formatos da clínica: atenção contínua e atenção compartilhada a grupo; matriciamento entre especialistas e generalistas; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde: grupos operativos e educação popular, e mapa de recursos comunitários.

Macroprocessos de atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos: programa de atividade física; programa de reeducação alimentar; programa de controle ao tabagismo; programa de controle ao álcool e

outras drogas; vacinação. Macroprocesso de atenção domiciliar: visita domiciliar; atendimento domiciliar; internação domiciliar.

Macroprocessos de autocuidado apoiado: ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde; plano de autocuidado apoiado.

Macroprocessos de cuidados paliativos: abordagem para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, promoção da independência e autonomia; ações de suporte familiar; mobilização da rede social de suporte. A orientação por processos permite planejar executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades,

Foram necessários alguns momentos de reunião com as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde e a equipe do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para explicar como se daria o fluxo de atendimento na unidade. Os agentes comunitários de saúde tiveram um papel relevante nesse momento junto a população esclarecendo dúvidas. Estamos no início de todo esse processo e os usuários foram esclarecidos das novas mudanças implementada.

A unidade tem adequação física e os equipamentos necessários para o efetivo atendimento aos usuários. Portanto, no nosso fluxograma de atendimento, o usuário é atendido independente da ordem de chegada na unidade espaço de acolhimento, onde tem suas necessidades classificadas em agudas ou crônicas, conforme o grau de vulnerabilidade e patologia, e são direcionados para o atendimento, médico, odontológico, do técnico de enfermagem e da enfermeira. Cada profissional tem uma agenda, onde são colocadas as pessoas que podem ser atendidas num segundo momento. O acolhimento é feito com os usuários que chegam à UBS e todos os profissionais estão envolvidos nesse processo.

Todo o processo de acolhimento à demanda espontânea e programada é um desafio diário na nossa unidade, pois esbarramos em várias dificuldades. A principal dificuldade é fazer com que as pessoas entendam o processo do acolhimento, e queiram ceder sua vez para outras pessoas que tenham prioridade no momento. Todos que compõem a equipe de profissionais da UBS Atapuz, juntamente com a equipe do NASF-AB, estão empenhados em fazer com que o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada seja sistematizado nos moldes de atenção primária à saúde.

A ESF deve se constituir no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, isto é, a porta de entrada, do sistema. Mas essa imagem de "porta de entrada" é apenas parcial e dá margem a alguns equívocos. Uma USF não pode ser o local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam as doenças em geral. É necessário promover a mudança de hábitos e costumes alimentares,

promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas USF em conjunto com a comunidade.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Abordagem do Câncer na Atenção Primária a Saúde

Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja em todos os níveis da história da natural da doença.

A prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos. Esta prevenção ultrapassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde. (BRASIL, 2006. P11).

As estratégias para controle do câncer podem ser dirigidas a indivíduos assintomáticos ou sintomáticos (doença local ou doença avançada). As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (prevenção primária) como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (rastreamento). A prevenção primária dos principais tipos de câncer envolve a redução da exposição a agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais. Os fatores de risco conhecidos são: tabagismo, álcool, inatividade física, dieta pobre em frutas, legumes e verduras e rica em gordura animal, obesidade, radiação solar e agentes cancerígenos ambientais e ocupacionais.

Quando cheguei a minha UBS Atapuz há 18 meses, região litorânea situada há 35 km da cidade de Goiana/PE, só existia como ação de prevenção ao câncer a oferta do exame citopatológico. Convoquei de imediato uma reunião com todos da equipe, mais o NASF para definir estratégias de prevenção ao Câncer com as pessoas na nossa comunidade. A população de Atapuz está exposta a radiação solar no dia a dia, principalmente nas pessoas que tem sua atividade econômica baseada na pescaria. O câncer de pele não melanoma (cercinoma basocelular e epidermóide) são os tipos mais comuns em adultos, aumentando a frequência com a idade. Os principais fatores de risco são: exposição excessiva ao sol. Como a pele é um órgão de fácil acesso visual, é importante que a população seja orientada a ficar atenta aos sinais de alerta. Da mesma forma os profissionais de saúde não devem perder a oportunidade da realização do diagnóstico precoce do câncer de pele mediante a detecção de sinais e sintomas, tais como: manchas que coçam, doem, sangram ou descamam; feridas que não cicatrizam em quatro semanas; sinais que mudam de cor, textura, tamanho, espessura e ou contornos; elevações ou nódulos da pele circunscritos e adquiridos que aumentam de tamanho e tenham aparência perolada, translúcida, avermelhada ou escura. Pessoas que apresentam lesões com essas características, independentemente da forma de descoberta pelo próprio indivíduo ou pelo profissional, precisam ser avaliadas com vistas a confirmar ou descartar uma

lesão maligna.

Solicitei aos agentes comunitários de saúde uma relação atualizada com as pessoas tabagistas, alcoolistas, idosos, obesos e mulheres de 25 a 59 anos. Detectei nas visitas domiciliares pacientes com câncer de pele. Alguns sem tratamento, outros interromperam o tratamento e paciente que não aceitavam a doença e não queriam fazer tratamento. Foram realizadas reuniões com a participação de todos os profissionais de saúde, agentes comunitários e contamos com o apoio da equipe do NASF. Houve capacitações dos agentes de saúde sobre os vários tipos de câncer e como fazer a abordagem dos usuários sobre o assunto e conscientizá-lo e como é feita a prevenção do câncer de mama, do colo uterino, de próstata, de pele, e de pulmão, os mais incidentes na nossa comunidade. Outra estratégia foi fazer um arquivo com as mulheres para controle da periodicidade do exame citopatológico, e também dos exames de mamografia. Os agentes comunitários de saúde também fizeram um levantamento dos tabagistas, alcoolistas e pessoas em vulnerabilidade social. Um programa anti-tabagismo foi implantado na nossa Unidade, sendo considerado projeto piloto no município. Todos da equipe estão disponíveis para esclarecer dúvidas, fazer palestras nas comunidades, na Unidade e também quando somos solicitados setores organizados da comunidade.

Os agentes comunitários foram instruídos para aproveitar o período que o usuário permanecer na Unidade para fazer palestras, abordando o tema: prevenção do câncer. Outra estratégia foi passar vídeos informativos sobre o assunto na televisão que fica na recepção da Unidade.

A incidência e a mortalidade pelo câncer de colo de útero podem ser reduzidas através de rastreamento para a detecção das lesões escamosas intra-epiteliais de alto grau, precursoras do câncer invasivo. O câncer de mama também é sensível à adoção de estratégias de detecção precoce. Quando o tumor é identificado em estágios iniciais, o prognóstico é mais favorável e a cura pode chegar a 100% nos casos de doença localizada.

Implantamos na nossa rotina de atendimento busca ativa e reuniões realizadas por todos da equipe e também o agendamento no momento da consulta de mulheres de 25 a 59 anos para realização do exame de papanicolau e realização do exame clínico das mamas para mulheres acima de 40 anos e a mesma rotina acrescida de mamografia bianual para mulheres de 50 a 59 anos.

As ações envolvem a adoção de estratégias de comunicação e educação em saúde sobre a importância do problema, a possibilidade de detecção precoce e a rotina do rastreamento. É importante reconhecer que a informação é apenas uma etapa nesse processo educativo e que a informação é apenas uma etapa nesse processo educativo e que deve ser tratada de maneira culturalmente sensível e participativa, de acordo com o perfil da população feminina da área abrangente. Por esta razão, as iniciativas locais devem ser

valorizadas e a produção de materiais informativos realizada preferencialmente com envolvimento das comunidades, através de metodologias dialógicas e comprometidas com o fortalecimento da participação popular.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Controle das Doenças Crônicas não transmissíveis na Atenção Básica

As doenças transmissíveis eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 1930, respondendo por mais de um terço dos óbitos registrados nesses locais, percentual provavelmente muito inferior ao da área rural, da qual não se tem registros adequados. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje. As doenças do aparelho circulatório, passaram a ser a principal causa de morte do País a partir da década de 1960, superando a mortalidade por doenças transmissíveis.

Se por um lado o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro lado aumentou a ocorrência do perfil de morbimortalidade, caracterizado por um aumento de doenças crônicas degenerativas.¹

No Brasil ainda prevalecem as disparidades para as condições de saúde de acordo com o extrato socioeconômico dos idosos. As condições de saúde autorreferidas são de fato piores naqueles de renda mais baixa, que relatam comprometimento da mobilidade e incapacidade para realizar atividades de vida diária.²

Sou médica da UBS/Atapuz, praia localizada a 37,5 km de Goiana/PE, uma população de 1730 pessoas, é um número que sofre variações; além das pessoas cadastradas, temos uma população flutuante, composta por pessoas que aqui chegam para vernear ou visitar seus parentes e terminam morando por alguns meses e depois retornam para seus lugares de origem. Temos uma população de idosos crescentes com grande número de idosos com comorbidades, muitas vezes descompensados. Diante das características da população, a equipe de saúde de nossa unidade, com o apoio do NASF/AB, decidimos por uma microintervenção no controle das doenças crônicas na Atenção Básica. Para estabelecermos estratégias que pudessem intervir nesse controle, ouvimos os relatos de experiências de todos os profissionais da unidade, fizemos um levantamento das doenças crônicas prevalentes: Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Lombalgias, Doenças respiratórias e as Dermatites.

Montamos estratégias de atendimento através de um acolhimento que funciona adequadamente, pautado na ausculta qualificada de todos que entram na nossa Unidade, levando em consideração o grau de risco e prioridades das queixas e quadro clínico do usuário, caso seja identificado um usuário com uma queixa iminente, o mesmo é direcionado a consulta com o profissional de imediato. Lidamos com uma realidade muito difícil, pois a maioria das pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes estão na faixa etária entre 55 e 79 anos, é uma considerável parcela dessa população são analfabetas ou alfabetizadas; e

temos muitos idosos frágeis, o que dificulta o entendimento do tratamento baseado na mudança do estilo de vida, na tomada correta da medicação. Então baseado no relato de experiências vividas por todos da equipe, várias reuniões foram necessárias para realizarmos um projeto que abrangesse o atendimento com resolutividade de todas as pessoas portadora de DCNT que atendessemos.

As consultas de Hipertensão são agendadas trimestralmente para pacientes compensados mensalmente para os que necessitam de ajustes nas doses e reforço nas orientações das tomadas corretas das medicações, alguns de nossos usuários não entendem as orientações, mesmo que repetidas várias vezes, muitos dependem do cuidado de outros. Todas essas situações vivenciadas por nossos usuários é um complicador no controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica. Nos reunimos semanalmente com os profissionais que compõem o NASF/AB, discutimos estratégias na melhoria do serviço prestado aos nossos usuários; e também discutimos algum caso particular que precisa do empenho de todos. Um pilar da nossa intervenção é a capacitação de todos os profissionais, inclusive dos agentes comunitários de saúde. Todos os momentos são aproveitados, inclusive, quando os usuários estão esperando atendimento na recepção, assistem vídeos informativos.

Mesmo com todos com todas as estratégias implantadas, com acessibilidade, atendimento humanizado, conhecimento, dando poder às pessoas para o auto-cuidado, percebemos que continuamos diagnosticando Hipertensos e Diabéticos. As doenças respiratórias são outro grande desafio que enfrentamos no nosso dia a dia, pois são muito os tabagistas resistentes ao tratamento anti-tabagismo implantado na Unidade, e quanto aos etilistas, contamos com o apoio do NASF/AB que tem um trabalho voltado para a recuperação dos mesmos.

Com o advento da pandemia do Covid 19 que assola nosso País e o Mundo, tivemos que alterar nosso fluxograma de atendimento e as pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis principalmente Hipertensos e Diabéticos, ainda não podemos fazer reuniões. Os agentes comunitários de saúde são de suma importância nesse momento de pandemia do Covid 19, para mantermos o elo com nosso usuário. Os ACS foram instruídos conforme as recomendações do Ministério da Saúde a todo protocolo de acompanhamento dos acompanhamentos dos usuários, principalmente em relação às visitas domiciliares. No final de 2020, retornamos com nossa agenda de atendimento presencial respeitando o protocolo de segurança do local e pessoal. Percebemos um incremento no número de pessoas com sobrepeso, obesas e com distúrbios psicológicos, inclusive em crianças e adolescentes. A própria população nos avalia na nossa condução em relação às nossas estratégias implantadas para melhoria no atendimento e em consequência melhoria na qualidade de vida de cada um. Então, com o respaldo positivo da população, então que cada vez mais nos empenhamos buscando sempre alternativas para um tratamento integral e humanizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos o trabalho de microintervenção constatou-se que havia muitas insatisfações do usuário que eram atendidos na UBS/Atapuz , pois não tinham suas necessidades atendidas plenamente. Esta constatação norteou o objetivo do nosso trabalho que foi realizar microintervenções , através de relatos de experiência vivenciadas por todos os profissionais.

Através de várias reuniões , ficou estabelecido estratégias de abordagem diante de toda problemática encontrada. Diante disso , objetivo do trabalho foi implementar microintervenções em três áreas distintas ,mas que se completam , quando tem-se com objetivo específico a tendimento integral do usuário.

A primeira microintervenção foi no Acolhimento da demanda espontanea e programada , através de uma reorganização do fluxo de atendimento baseado na escuta e direcionamento do usuário conforme suas necessidades.

A segunda microintervenção foi na Abordagem do Câncer na Atenção Básica ,montamos estratégias voltadas para a prevenção através de palestras , o objetivo da microintervenção foi parcialmente alcançado , porque um trabalho de conscientização só é alcançado a longo prazo.

A terceira microintervenção foi no Controle de Doenças Crônicas não transmissíveis , o objetivo nessa microintervenção foi disseminar conhecimentos de prevenção de doenças, o atendimento de pessoas portadoras de DCNT , intervenção precose no binômio saúde -doença para mudar seu desfecho.

Após análise das microintervenções realizadas nos três relatos de experiências priorizados teve um impacto positivo, percebido pela redução da demanda espontânea . diminuíãodas intercorrências de urgências ; houve aumento da procura para realizar atividades físicas e mudanças nos hábitos alimentares percebível na melhora no controle da pressão arterial e diabetes

As dificuldades para alcançamos o objetivo das microintervenções foram no sentido de fazer as passoas compreenderem a necessidade de mudar hábitos nocivos a saúde adquiridos ao londo do tempo. A maior resisência a mudanças foi com as pessoas idosos. As fragilidades encontradas durante as intervenções , penso que é do próprio sistema , que muitas vezes não dão apoio necessário para apoiar as estratégias que a equipe de saúde propõe ,desmotivando a equipe. É muito gratificante contribuir para que o usuário adquira nossos conhecimentos possibilitando uma perspectiva de autonomia não apenas no pensar , mas também no agir.

6. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIA

- 1 US National Institute of Aging. World Health Organization. Global Health and Aging Bethesda; National Institute of Health; 2011. (NIH PUBLICATION, 11-7737),
 - 2 Lima-costa mf, Fachini La, Matos DL Macinko J. Mudanças Em Dez Anos Das Desigualdades Sociais Dos Idosos Brasileiros (1998-2008). REV SAUDE PUBLICA 2012; 46(SUPL.): 100-107.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica n 13. Controle dos Cânceres de colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 132p.
- MENDES EV. O modelo de Atenção aos Eventos Agudos. Belo Horizonte, mimeo, 2014
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica.- 1 ed; 1. reimpr.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56p: il.- (cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1)
- ABC do Câncer: abordagem básicas para o controle do câncer/instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mário Jorge Sobreira da Silva.- 4. ed. rev. atual.- Rio de Janeiro: Inca, 2018.
- MACINKO J. Estratégia De Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília, Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS, 2011