



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 – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE BEIRA
MANGUE II BAIRRO DE RIO DOCE NO MUNICÍPIO DE OLINDA
PERNAMBUCO**

MELINA CRONEMBOLD MENDONCA

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE BEIRA MANGUE II
BAIRRO DE RIO DOCE NO MUNICÍPIO DE OLINDA PERNAMBUCO

MELINA CRONEMBOLD MENDONCA

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
ARAUJO BARBOSA

NATAL/RN
2021

Agradeço a equipe de saúde e usuários da Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio
Doce no Município de Olinda Pernambuco.

Dedico estas microintervenções a equipe de saúde e usuários da Unidade de Saúde Beira
Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco.

RESUMO

O documento aqui apresentado aborda as microintervencões realizadas na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. O município de Olinda é relativamente estruturado, contudo o território onde a Unidade está localizado apresenta muitas debilidades, e as condições de saúde são influenciados por estes determinantes. É objetivo do mesmo apresentar as ações realizadas na unidade do contexto da a importância do acolhimento na atenção básica, abordagem do câncer na atenção primária, e por fim as doenças crônicas na atenção primária. Trata-se de intervenções realizadas no território, envolvendo a equipe de saúde e os usuários. Como resultados pode-se afirmar que houve um conhecimento mais aprofundado tanto da equipe de saúde como dos usuários atingidos. As considerações finais pairam na necessidade contínua de ações de prevenção e promoção a saúde no território, abrangendo estes e outros temas considerados importantes, e de abrangência da atenção primária.

SUMÁRIO

Introdução	07
Microintervenção 1	08
Microintervenção 2	11
Microintervenção 3	11
Considerações Finais	19
Referências	20

1. INTRODUÇÃO

Apresenta-se um relato sobre as microintervenções realizadas na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. É objetivo do mesmo apresentar as ações realizadas na unidade do contexto da a importância do acolhimento na atenção básica, abordagem do câncer na atenção primária, e por fim as doenças crônicas na atenção primária.

A proposta justifica-se em virtude da necessidade de temas corriqueiros dentro da atenção básica, como é o caso do processo de trabalho e acolhimento, abordagem do câncer na atenção primária e as doenças crônicas, responsável por pelo menos 30% dos atendimentos.

Dentre os motivos que evidenciaram a escolha destes temas estão uma melhor eficiência no atendimento destas populações, além da melhora na ações de acolhimento; uma abordagem do câncer na atenção primária parametrizada, e uma abordagem mais eficiente das doenças crônicas.

Minha unidade de saúde possui razoáveis condições para o atendimento desta população, contudo o que acredita-se que sejam os maiores obstáculos sejam os determinantes sociais, como pobreza, drogadição, etilismo, que comprometem a saúde desta população.

No geral temos desenvolvido um trabalho voltado a melhora da saúde desta população, mas precisamos de políticas públicas mais eficientes para de fato conseguirmos construir uma rede de atenção mais eficiente que reflita de fato na melhoria das condições gerais de saúde destas populações. Para isso apresenta-se algumas ações realizadas com estas populações e com a equipe de saúde.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A intervenção aqui apresentada aborda a importância do acolhimento na atenção básica. A mesma foi desenvolvida na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. A unidade encontra-se em um aterro de manguezal e apresenta muitas vulnerabilidades como desemprego, trabalho informal, tráfico de drogas, abuso de álcool e drogas ilícitas, falta de planejamento familiar e como consequência gravidez não planejadas incluindo gravidez durante a adolescência.

Atualmente o território apresenta 6 micro áreas, 5 Agentes Comunitários de Saúde. Existe uma microárea descoberta, visto que o agente de saúde se aposentou e não disponibilizaram outro até o momento.

Atualmente existem cerca de 5000 usuários, contudo acredita-se que este número esteja mascarado existindo cerca de 6000 a 7000. Na comunidade existe ainda um núcleo de pescadores, e há acompanhamento atual de algumas gestantes adolescentes.

No que diz respeito as condições gerais de saúde destes indivíduos existem a acamados (7), 3 com hanseníase, 4 com tuberculose, 23 atendimento domiciliado, 516 fumantes, 28 gestantes, 685 fazem uso de álcool, 138 uso de outras drogas, 209 diabéticos e 556 hipertensos.

O acolhimento na Unidade de Saúde é feito pelos ACSs segundo a escala do dia. Caso seja necessário a enfermagem intervém, quando o caso apresenta maior complexidade. As prioridades são encaminhadas a médica. Depende muito da demanda do dia atendo a todos os pacientes.

No que diz respeito ao total de gestantes até o presente momento (sendo atendidas) 18. Há 5 Gestantes adolescentes sendo uma com 14anos, duas com 16 anos e duas com 17 anos. As gestantes que tiveram sífilis que estão fazendo pré-natal na UBS são 2. Houveram 3 abortamentos em outubro 3, e houveram 5 casos de sífilis entre o público em geral, sendo 03 em homens e 02 em mulheres (gestantes).

Neste sentido esta intervenção busca desenvolver a melhoria do acolhimento na Unidade de Saúde visto que o mesmo já encontra-se implementado.

Passo 1 - Identificação dos problemas de saúde

Destacam-se os principais problemas de saúde do nosso território e unidade de saúde/equipe de saúde:

has,

1-Hipertensão;

2-Diabetes Mellitus (DM);

3-Obesidade;

4-Parasitoses e verminoses;

5-Doenças Dermatológicas variadas;

6-IST;

7-Gravidez na Adolescência por falta de planejamento familiar;

Passo 2 – Classificação e priorização dos problemas

Conforme a classificação e priorização dos problemas apresenta-se o quadro 01:

Quadro 01. Classificação e priorização dos problemas

NO	ÁREA	Problemas	Importância*	Urgência**	Capaci enfrent
	PRIORITÁRIA				
	PEPSUS				
		Desenvolvimento de melhorias no processo de acolhimento na Unidade de Saúde	(x) Alta () Média ()Baixa	Média	(x) To () Par () Fc

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Passo 3 – Descrição do problema

O acolhimento é um dos principais passos desenvolvidos dentro do processo de trabalho na unidade de saúde. Trata-se de ações desenvolvidas no sentido de filtrar e entender as necessidades de saúde do paciente. Durante o processo de acolhimento o ACS, ou o Enfermeiro podem resolver algumas demandas de saúde que são consideradas em tese mais simples. É nesta fase que pode-se entender muitas necessidades de saúde do paciente, além disso, pode-se verificar informações que são consideradas importantíssimas para o diagnóstico do paciente. No momento não existe um problema específico, de modo que esta intervenção está direcionada para a melhoria do processo.

Passo 4 – Explicação do problema

De acordo com Lopes (2016, p. 01),

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de

todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento possui uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. É o ato de acolher, ou recepcionar o usuário a um atendimento que o auxilia, protege ou socorre, que nos leva a entender a mudança de relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como pessoa participante ativa no processo de produção da saúde.

Para abordar o acolhimento na atenção básica é importante conceituar o que seja o acolhimento. Não há um conceito estático, mas em suma, seria receber o paciente, escutá-lo, entender suas demandas, seus anseios. Na prática na Unidade de Saúde o Acolhimento vai além, ele envolve uma gama de ações que objetivam solucionar as demandas de saúde, ou até mesmo agilizar o atendimento deste paciente na UBS (BRASIL, 2010).

Segundo Lopes (2016, p. 1),

A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Ela foi criada para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entradas com necessidades de urgências/emergências das Unidades Básicas, Prontos Atendimentos e Hospitais, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado aqueles em situação de sofrimento agudo ou crônico de qualquer natureza.

As ações de acolhimento e classificação de risco são consideradas como ferramentas do Sistemas de Saúde para organização dos fluxos internos dentro da unidade. São ações fundamentadas em critérios que buscam priorizar o atendimento a clientela e que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda (LOPES, 2015).

Neste sentido busca-se desenvolver ações que melhorem ainda mais as ações de acolhimento dentro da unidade de saúde visto que atualmente o mesmo já está implantando, necessitando apenas de ajustes no sentido de promover uma melhora no atendimento.

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Após reunião com a equipe elegeu-se como nós críticos:

Maior eficácia na inserção de informações que auxiliem o diagnóstico do paciente

Apresenta-se o quadro a seguir contemplando o “Passo 6 – Desenho das operações sobre

os nós críticos”, “Passo 7 – Elaboração do plano operativo”, “Passo 8 - Execução do plano”, e “Passo 9 – Gestão do plano”:

Passos - 06, 07, 08, 09

Quadro 02. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 01:

Nó crítico 1	Maior eficácia na inserção de informações que auxiliem o diagnóstico do paciente;
Operação (operações)	Promover ações voltadas a maior eficácia na inserção de informações que auxiliem o diagnóstico do paciente;
Projeto	“Informações bem inseridas já”
Resultados esperados	Acolhimento bem realizado para melhoria do processo de trabalho e ações de acolhimento no território;
Produtos esperados	Acolhimento bem realizado auxiliando significativamente o diagnóstico e entendimento das necessidades de saúde da população.
Recursos necessários	Cognitivo: entendimento da equipe de saúde e dos usuários do território sobre as necessidades do acolhimento; Financeiro: apoio da secretaria de saúde ao desenvolvimento das ações relacionada ao acolhimento; Político: apoio da comunidade e da equipe de saúde a execução das propostas relacionadas a melhoria do acolhimento;
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica da Unidade juntamente com a enfermeira; motivação favorável com ações com a equipe de saúde e com os usuários para melhoria do acolhimento;
Acompanhamento do plano - responsável e prazos	O acompanhamento do plano será feito pela médica da unidade juntamente com a enfermeira a partir de uma planilha de controle sobre as necessidades relacionadas ao acolhimento. Responsável: Médica e Enfermeira. Prazo: 120 dias;
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através de relatórios e planilhas.

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

MICROINTERVENÇÃO II – Abordagem do Câncer na Atenção Primária

O tema eleito para a segunda microintervenção foram as ações relacionadas a “Abordagem ao Câncer na Atenção Primária à Saúde”. As atividades foram desenvolvidas com a equipe de saúde e com os usuários do território. A Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. A unidade encontra-se em um aterro de manguezal e apresenta muitas vulnerabilidades como desemprego, trabalho informal, tráfico de drogas, abuso de álcool e drogas ilícitas, falta de planejamento familiar e como consequência gravidez não planejadas incluindo gravidez durante a adolescência.

Neste sentido é importante apresentar alguns posicionamentos da literatura que afirmam que o processo do cuidado integral à saúde é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família. A mesma envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de condições consideradas de baixo risco; além da própria detecção precoce e o rastreamento de doenças, acompanhamento do tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2010).

Em verdade a realidade do cuidado nos serviços de Atenção Primária a Saúde é considerado bastante complexo e cheio de incertezas, onde as condições chamadas de rastreamentos oportunistos se misturam ao cuidado clínico cotidiano, seja pela iniciativa do paciente, ou até mesmo pela iniciativa do profissional ou por demanda institucional local. De modo que acredita-se que o cuidado efetivo dos usuários do território exige uma equipe capacitada e experiente dentro das demandas do processo de saúde doença, do sofrimento e da doença, bem como entendê-las no contexto de vida e sociocultural para chegar a uma abordagem compartilhada com respeito à atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A percepção geral sobre as ações de dentro da Unidade de Saúde estão voltadas ao fato da necessidade de realização de exame preventivos de rotina com destaque ao citopatológico de Câncer de Colo de Útero. Além destes aponte-se a solicitação de exames de rastreio regularmente para o Câncer de Mama, Próstata, Pele, Reto, entre outros.

Estas ações apresentam importância crucial dentro da unidade de saúde, principalmente pela Atenção Básica poder identificar precocemente prováveis lesões. A atenção primária é a primeira oportunidade da população em receber atendimento voltado as ações de prevenção quanto ao câncer. É o momento de identificar possíveis casos não acompanhados anteriormente, e usuários que já vem sendo acompanhados naturalmente.

O tema é importante para a Saúde da Família no Brasil frente ao fato que rastrear significa diagnosticar a doença em suas fases iniciais, promovendo uma maior chance de cura e menores chances de procedimentos que sejam invasivos, ou possam por a vida do paciente em risco.

A justificativa local para a microintervenção e sua importância está no fato que o fato de

melhorar o rastreio é viabilizar consultas com especialistas, capacitar melhor a equipe de saúde para um primeiro atendimento, melhorar a busca ativa, orientar a população para os hábitos saudáveis de vida em busca da prevenção, e os principais sintomas dos cânceres.

Deste modo os objetivos da microintervenção estão em otimizar o tempo para diagnóstico precoce e oportuno, bem como melhorar o acompanhamento dos pacientes em tratamento. Além deste cite-se como objetivo capacitar a equipe de saúde e promover ações de prevenção junto a população do território. Cite-se neste contexto os meses temáticos como “outubro rosa” e “novembro azul” que abordam o câncer de mama e câncer de próstata, os dois mais comuns entre homens e mulheres.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção realizado na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. O território apresenta 5000 usuários cadastrados, contudo acredita-se que este número esteja mascarado existindo cerca de 6000 a 7000. A equipe é composta por 01 médica, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 5 ACS. Para atingir aos objetivos da intervenção fizemos uma capacitação com a equipe de saúde sobre a abordagem na atenção básica. Foram duas horas de ação sobre as principais responsabilidades relativas ao tema. Além disso decidiu-se que todas as manhãs antes do atendimento passaríamos informações as pessoas que estivessem esperando atendimento sobre o câncer na atenção primária. Foram duas semanas de orientações que culminaram em 10 palestras/orientações de cerca de 30 minutos cada.

Resultados alcançados

Após a realização das palestras percebeu-se uma maior procura sobre exames e consultas relacionadas ao Câncer na Atenção Básica. Tivemos um aumento de cerca de 30% no número de atendimentos relacionado a busca por exames e consultas. A percepção geral foi que a equipe de saúde também incentivou a população a buscar atenção, visto que muitos não tinham conhecimento que na Atenção Básica podia-se promover o cuidado.

Realizamos ações com a equipe de saúde e com os usuários que buscaram atendimento quanto ao tema escolhido. A percepção geral foi de que muitos usuários não possuem o entendimento que devem realizar exames periódicos de rastreamento, e o quão importante é o diagnóstico precoce para tratamento e cura do câncer. Em geral participaram efetivamente da ação os membros da equipe de saúde e cerca de 150 usuários que buscaram atendimento. Após esta ações percebeu-se um aumento de 30% .

Continuidade das ações

A continuidade das ações estarão dentro da normalidade nos atendimentos comuns e com maior ênfase nos meses específicos como outubro rosa e novembro azul.

Considerações finais

As impressões finais sobre a microintervenção realizada são de que muitos usuários

possuem um conhecimento limitado sobre as ações de prevenção ao câncer, de modo que não buscam atenção pelo simples fato de não saberem que a atenção básica possui estes tipos de atendimentos.

Quanto as fragilidades, dificuldades e limitações apresenta-se um espaço físico restrito para comportar um grande número de pessoas nas ações, além da demora para o acesso a exames de imagem (Mamografia / USG mama/ colonoscopia) além da demora para as consultas com os especialistas.

Quanto as potencialidades apresenta-se o envolvimento da equipe de saúde e a absorção de conhecimentos e divulgação por parte da população.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Este relato de microintervenção aborda uma descrição reflexiva sobre ações realizadas na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco. As principais doenças crônicas do território são diabetes e hipertensão. Há segundo o último levantamento realizado em dezembro 212 diabéticos e 548 hipertensos. Isso representa 4% e 11% dos membros do território.

Com base nestes números decidiu-se durante as duas primeiras semanas do mês de janeiro de 2021 abordar com os usuários que vinham buscar atendimento na unidade, temas relacionados a hipertensão e ao diabetes.

No total foram realizadas 10 reuniões durante os turnos da manhã e da tarde com temas destaque sobre o diabetes e a hipertensão.

Foram atingidos pelo menos 400 usuários, que receberam as informações sobre as doenças crônicas, com enfoque na mudança de hábitos de vida com enfoque no combate ao sedentarismo e a adoção de dieta balanceada.

Para tal utilizou-se alguns conceitos trazidos pela literatura, tanto sobre o diabetes como sobre a hipertensão. Inicialmente aborda-se o diabetes, de modo que o conceito de Diabetes Mellitus, pode ser de doença crônica não transmissível relacionada ao metabolismo do indivíduo. Refere-se a um agravo muito frequente em idosos, atingindo quase que 60% dos indivíduos com idades acima de 60 anos (SBD, 2018).

No que diz respeito a mortalidade do diabetes e suas complicações, pode-se afirmar que é alta. Isto comprova-se no estudo feito por Klafke et al (2014) que evidenciou taxas de mortalidade de 2,45/100 mil habitantes. Quando se analisa indivíduos menores de 40 anos vão para 0,29/100 mil habitantes. Acredita-se que 6,8% e 22,9% dos óbitos totais no Brasil tem alguma correlação com o diabetes como causa básica, respectivamente; a taxa de mortalidade foi maior nas regiões Norte (4,33/100 mil) e Nordeste (3,46/100 mil), aumentando com a idade.

Segundo o que ensina a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2017-2018) cerca de 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015, o equivalente a um óbito a cada 6 segundos. O diabetes mata mais do que muitas outras doenças consideradas mais graves.

Também a *International Diabetes Federation* (IDF) (2015) apontou que o diabetes é responsável por 14,5% da mortalidade mundial incluindo todas as causas. Este indicador é maior que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas (1,5 milhão por HIV/AIDS, 1,5 milhão por tuberculose e 0,6 milhão por malária).

No Brasil a epidemiologia do diabetes diverge. O Ministério da Saúde divulga dados que vão de 8-10% da prevalência, cerca de 23,3 milhões de pessoas, contudo este valor pode variar de 21 a 25,9 milhões de pessoas.

O diabetes causa um impacto financeiro grande nos sistemas de saúde. A Sociedade Brasileira de Diabetes afirma que os indivíduos com diabetes chegam a gastar 20% de sua renda mensal com alimentação, medicamentos e insumos (BRASIL, 2014).

Nota-se, portanto, que é um agravo que traz inúmeras consequências ao indivíduo, desde a mortalidade prematura por complicações como dispêndios financeiros e sobrecarga financeira sobre os serviços públicos de saúde (IDF, 2015).

No que diz respeito as doenças que estão ligadas ao diabetes destaque ao infarto agudo do miocárdio, e ao acidente vascular encefálico. Cite-se ainda o pé diabético, nefropatia diabética, retinopatia diabética, entre outros (SBD, 2017).

Para proceder com o diagnóstico do diabetes, faz-se a verificação da glicemia do paciente. Analisa-se os níveis de glicose na corrente sanguínea ou tolerância a glicose (TONETTO, 2019).

O tratamento é realizado com hipoglicemiantes ou insulina, dependendo da classificação do diabetes. Além disso é extremamente necessário que o indivíduo proceda com um controle alimentar (com uma diminuição massiva de carboidratos) e inserção de atividade física no cotidiano. É oportuno também o abandono do tabaco e álcool. Além de alimentos industrializados.

Todos estes conceitos apresentados pela literatura foram abordados com os membros do território.

Foi abordado ainda conceitos relacionados a Hipertensão Arterial. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um agravo multifatorial. Não existe atualmente uma etiologia definida, contudo sabe-se que está ligado tanto a alimentação, sedentarismo, excesso de sódio na alimentação como a fatores genéticos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), também conhecida como "pressão alta", constitui-se um grave risco para as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e é a principal doença crônica a que as equipes de saúde prestam atenção nas Unidades Básicas. É uma das mais importantes doenças na área da saúde pública devido às altas taxas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2013).

É em muitos casos uma doença mascarada, e, por não apresentar sintomas é diagnosticada em alguns casos de forma tardia. Muitas vezes, os usuários não apresentam esta consciência das possíveis complicações da hipertensão, desta forma não se envolvem, nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos (MOZAFFARIAN et al., 2016).

Salienta-se que a doença requer cuidados essenciais do usuário e um estilo de vida adequado, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática (SBC, 2010).

É a doença crônica que mais atinge a população brasileira. Os números atuais afirmam que entre todas as faixas etárias atinge cerca de 36 milhões de indivíduos no país (TOLEDO, 2017).

Além disso apresenta uma mortalidade relacionada bastante alta, de modo que os dados de mortalidade de 2013 afirmam que dos 1.138.670 óbitos, 339.672 foram em virtude de doenças cardiovasculares, representando 29,8% do total de mortes, sendo que as doenças cardiovasculares se apresentam como a principal causa de morte no país (MALACHIAS et al., 2016).

Assim sendo, os usuários do território foram orientados sobre estes conceitos, em reuniões com duração de 45 minutos a 01 hora, direcionada pela médica da unidade apoiada pelos demais membros.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção. As ações se deram na segunda semana de janeiro de 2021, e contaram com a presença de todos os membros da equipe de saúde, que receberam as orientações juntamente com os usuários e acompanharam posteriormente os avanços deste no combate a HAS e DM. As intervenções ocorriam da seguinte forma: cumprimentos; apresentação; desenvolvimento do tema; perguntas; relatos; e abordagens para o controle das DCNTs. Eram normalmente em 01 hora, e aconteciam preferencialmente as 7:00 horas e 14:00 horas.

O campo é o território da Unidade de Saúde e a Equipe é formada por 01 médica, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 5 ACS. Para atingir aos objetivos da intervenção fizemos ações com o público-alvo composto pela Equipe de Saúde e os usuários do território. As ações foram realizadas na sala de espera da unidade, respeitando as medidas de isolamento impostas pelo Ministério da Saúde relacionados ao covid 19. O período foi a primeira e segunda semana de janeiro de 2021. E, os responsáveis pela ação forma a médica auxiliada pelo restante da equipe de saúde.

Resultados alcançados

As ações fizeram com que houvesse uma maior busca por serviços de saúde relacionado as doenças crônicas não transmissíveis com destaque ao diabetes e a hipertensão. Além disso a equipe de saúde reavaliou o processo de trabalho com relação a atuação com os pacientes relacionados as Doenças Crônicas. Participaram efetivamente da ação todos os membros da equipe de saúde e cerca de 400 usuários totais que buscavam atendimentos. Quanto as potencialidades cite-se a interação da equipe de saúde. Quanto as dificuldades aponte-se a adesão as orientações e cuidados para o controle da doença. Como principais mudanças cite-se a maior procura para diagnóstico e controle das doenças.

Continuidade das ações

Como plano de continuidade das ações cite-se um maior controle com os usuários intervistos. Além disso os cuidados que merecem atenção principalmente relacionado a dieta e atividade física. A equipe continua fazendo visitas domiciliares e prestando um atendimento a esta população o melhor possível.

Considerações finais

Como considerações finais sobre esta abordagem relacionada as Doenças Crônicas não transmissíveis fica a necessidade de desenvolvimento contínuo de ações de prevenção as doenças, crônicas e para os já doentes acompanhamento/monitoramento e tratamento. Além disso a capacitação contínua da equipe é algo também importantíssimo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções realizadas na Unidade de Saúde Beira Mangue II Bairro de Rio Doce no Município de Olinda Pernambuco trouxeram um panorama geral sobre alguns aspectos.

Primeiramente, com relação ao acolhimento, que a equipe de saúde poderia melhorar alguns aspectos e gargalos. Neste sentido, destaque para o agendamento, para a abordagem inicial do paciente, atendendo-o de forma holística, buscando atender as suas demandas no que tange a atenção básica. Trouxe ainda uma maior percepção sobre a organização do processo de trabalho dentro da unidade.

Com relação as ações relacionadas a abordagem do câncer, a percepção geral sobre as ações de dentro da Unidade de Saúde estão voltadas ao fato da necessidade de realização de exame preventivos de rotina com destaque ao citopatológico de Câncer de Colo de Útero. Além destes aponte-se a solicitação de exames de rastreamento regularmente para o Câncer de Mama, Próstata, Pele, Reto, entre outros. Temos neste sentido, buscado abranger a maior cobertura possível, obedecendo aos parâmetros do Ministério da Saúde, tendo como principal desafio a adesão dos usuários ao rastreamento.

Por fim, apresenta-se algumas ações relacionadas ao controle das doenças crônicas. Tivemos a partir destas ações uma maior capacitação da equipe de saúde, e um olhar voltado ao usuário a partir das capacitações e ações realizadas.

No contexto geral as ações foram muito importantes, e trouxeram benefícios aos usuários do território, principalmente no que tange a capacitação da equipe de saúde, e no processo de trabalho.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 08 de novembro de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Olinda: panorama**. 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/?lang=&idtema=97&codmun=260960> > . Acesso em 08 de novembro de 2020.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Atlas**. 7. ed. Belgium: International Diabetes Federation, 2015.

KLAFKE, A.; et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 455-462, jul-set, 2014.

LOPES, Adriana Santos. VILAR, Rosana Lúcia Alves de. MELO, Ricardo Henrique Vieira de. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.114-123, Jan-Mar, 2015.

LOPES, Juliane Lucy da Silva. **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. 2016. Disponível em: < <http://redehumanizausus.net/94797-acolhimento-com-classificacao-de-risco/> > Acesso em 02 de novembro de 2020.

MALACHIAS, M.V.B.; et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

MOZAFFARIAN D, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015:update a report from the American Heart Association. **Circulation**, v.133, n. 8, 2016.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora

Clannad, 2017.

TOLEDO, J. Y.; et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Brazilian Journal of Hypertension**, v. 24, n. 1, 2017.

TONETTO, Isabela Fernandes de Aguiar. Qualidade de vida das pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, 2019.