



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

SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE ATENDIMENTO JOSÉ
WELLINGTON ALVES RODRIGUES NO MUNICÍPIO DE ÁGUAS BELAS -
PERNAMBUCO

MICHELLE ANGELLE RIBEIRO

NATAL/RN
2021

SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE ATENDIMENTO JOSÉ WELLINGTON ALVES
RODRIGUES NO MUNICÍPIO DE ÁGUAS BELAS - PERNAMBUCO

MICHELLE ANGELLE RIBEIRO

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

RESUMO

Sabendo da importância de se tratar sobre a saúde da família em vários níveis, considerando que esta é o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde e sendo uma estratégia primordial, buscou-se com a proposta atender temas específicos selecionados durante o curso para aplicação numa Unidade Básica de Saúde, com intuito de melhorar a qualidade de vida da população frequentadora da Unidade. Para tanto, foi desenvolvida três microintervenções sobre os temas: Acolhimento à demanda espontânea e programada; Atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento; Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. O trabalho foi desenvolvido no município de Águas Belas, Pernambuco, junto a Unidade de Saúde José Welligton Alves Rodrigues. Os resultados alcançados foram satisfatório, gerando melhorias na qualidade do atendimento, na relação profissional de saúde e paciente, bem como gerou resultados mais específicos, incluindo melhor desenvolvimento da criança, informações sobre o autocuidado no que se trata das doenças crônicas não transmissíveis nos idosos e acompanhamento à demanda espontânea da Unidade estudada. Espera-se que as microintervenções sirvam de estímulo para continuidade do trabalho na localidade e subsídio para trabalhos futuros.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	6
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	9
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16
APÊNDICES	17

1. INTRODUÇÃO

Águas Belas é um município do estado de Pernambuco, possuindo uma população de aproximadamente 43.443 habitantes de acordo com o último censo. A Unidade Básica de Saúde (UBS) José Wellington Alves Rodrigues foi inaugurada com objetivo principal de que esta seja a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para aquela população, atendendo os problemas de saúde, sem que haja necessidade de encaminhamento para outros serviços, quando possível, além da população ter acesso as ações de promoção, prevenção e tratamento relacionados a sua saúde. A Unidade é de zona rural, mas possui também uma base na zona urbana, para que possam ser atendidos os pacientes que apesar de serem de zona rural, são de regiões próximas, em função da logística e meio de transporte, facilita o acesso ao público, que muitas vezes, podem não se encontrar na zona rural, a Unidade realiza em conjunto o atendimento itinerante pelas microáreas mais distantes, que possuem difícil acesso, tanto para a zona urbana, quanto para a rural. Desde sua inauguração a Unidade passou por uma reforma melhorando o serviço de saúde.

A equipe de atendimento, participantes da pesquisa, foram: Médica – Michelle Angelle Ribeiro; Enfermeira – Eroleida Brandão de Albuquerque; Técnica de Enfermagem – Francielle Cavalcante Ferreira; Recepcionista – Maria Ivalda Leite. Os demais são compostos para população alvo que frequenta o atendimento.

Considerando o perfil da Unidade foi escolhido como objeto de estudo, as áreas referentes à: acolhimento à demanda espontânea e programada; Saúde da Criança; Controle das doenças crônicas não transmissíveis, para a escolha foi visto as necessidades dos usuários, o número de atendimentos a este público, bem como o que os demais profissionais de saúde opinaram por serem as necessidades de urgência da UBS.

Levando em consideração a percepção da grande maioria sobre o conceito e a ação 1, acolhimento à demanda espontânea e programada, objetivou-se melhorar o conhecimento da equipe sobre o conteúdo, buscando aperfeiçoar o atendimento à população. Em seguida, de modo a garantir total integridade no que se refere ao atendimento e acompanhamento da criança em idade inicial, a ação 2 teve como objetivo realizar um acompanhamento específico as crianças de idade escolar (a partir de quatro anos), por acreditar que a atenção durante essa fase gera uma maior consciência a longo prazo e desenvolvimento com melhores indicativos de saúde. E, por fim, a ação 3 teve como objetivo promover maior controle e prevenção das Doenças Crônicas não transmissíveis nos idosos da Unidade.

O presente trabalho de conclusão de curso, está organizado em três partes, referentes aos relatos de experiência baseados em três microintervenções realizadas na Unidade de Saúde supracitada.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

De acordo com Inojosa (2005) demanda espontânea é o nome dado para qualquer atendimento não programado da Unidade de Saúde. Sendo uma necessidade momentânea do usuário, seja uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência, ou seja, entendesse por demanda espontânea aquele que comparece a unidade inesperadamente, com problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde. A demanda espontânea acolhida na atenção básica existe pois: 1) o usuário apresenta queixas que devem ser acolhidas e problematizadas junto ao paciente, 2) a atenção básica consegue absorver e ser resolutive em grande parte dos problemas de saúde, 3) para criação e fortalecimento de vínculos e 4) cria-se oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço (BRASIL, 2010).

Já em relação à Demanda Programada Friederich e Pierantone (2006) definem como aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação anterior a consulta, sendo um importante instrumento no que se refere ao serviço que compões a rede de Atenção Primária a Saúde pautada em ações preventivas. Para isso, as agendas dos profissionais são organizadas de forma programada com períodos específicos para procedimentos e atividades (VELLOSO, 2012).

O acolhimento tem intuito de mudar o processo de trabalho em saúde. Sabendo que o fator escuta é um momento de construção, que o profissional utiliza seu conhecimento para analisar possíveis respostas as necessidades dos usuários, sendo preciso o envolvimento de toda a equipe que, na qual deve assumir postura capaz de acolher, ouvir e fornecer resposta (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Segundo Gomes e Pinheiro (2005) o acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, devendo ser também um momento para o estabelecimento de prioridades.

De acordo com Kell e Shimizu (2010), o vínculo entre profissionais e comunidade dando e as ações são intersetoriais, contribuindo para a cidadania e fornecendo acesso ao direito à saúde. Segundo Tesser, Neto e Campos (2010) as equipes devem ser orientadas a lidar com programas de saúde, além de protocolos tanto diagnósticos quanto terapêuticos.

Durante a rotina, são comuns os profissionais de saúde ficar em suas áreas subdividas dentro da UBS. Entretanto, trabalhos voltados a ações integralizadas, trazem à tona a perspectiva multidisciplinar, que é essencial no meio de trabalho, em especial se tratando das UBS.

A elaboração de microintervenção referente ao acolhimento na Unidade de saúde foi de suma relevância, apresentando-se como uma perspectiva motivadora para os profissionais de saúde, a partir da identificação das dificuldades e observações gerais, seguidos de ação. Foi possível realizar uma análise que engloba desde a chegada do paciente, até a sua entrada ao

consultório.

Um dos principais problemas detectados é a própria informação e divulgação do entendimento à respeito do acolhimento, pois nota-se que a população não está adaptada a estas abordagens, visto que ao entrar na Unidade, recorre logo ao atendimento, porém o acolhimento em si, tem-se a necessidade prévia de entender e ouvir a demanda do indivíduo, para então analisar se é possível a resolução do problema naquele momento, ou é necessário outros tipos de acompanhamento. À falta de organização, no sentido de apresentar informações mais precisas são umas das dificuldades verificadas por parte dos pacientes. A detecção e análise destes pontos supracitados são essências, pois promovem a correção de falhas e gera melhorias, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes. Sabe-se que muitas falhas passa sem a percepção da grande maioria, muito em função da correria do dia a dia. Sendo assim, trabalhos de microintervenções geram visões críticas e essenciais para estas observações serem discutidas e melhoradas.

Um outro ponto importante é a necessidade de conversas sobre a relevância do ouvir, pois em geral, os profissionais da saúde estão voltados ao biológico, até pela própria formação, mas existe uma grande urgência da escuta, pois o acolhimento as demandas gerais, que vão além do atendimento básico, e escuta inicial, pode ser um processo mais longo, no qual precisa ser trabalhado. Sabendo disso, os profissionais tem a oportunidade Unidade de melhorar o atendimento no que se refere a chegada até a consulta em si do paciente.

A presente ação de microintervenção foi realizada na UBS José Wellington Alves Rodrigues, localizada em Águas Belas, Pernambuco. A equipe participante é composta por médica; enfermeira; técnico de enfermagem e recepcionista.

Durante e após a realização da microintervenção a equipe dos profissionais de saúde envolvidos apresentaram melhorias no que se refere a escuta ao paciente, atendimento, e outros. Entretanto, sabe-se que ainda há um caminho longo de melhorias dentro da Unidade, incluindo gestão, profissionais, estrutura, para que tanto os profissionais, quanto os pacientes, tenham um ambiente de maior qualidade.

A microintervenção foi de suma importância para a compreensão do que de fato trata-se de acolhimento apontou a necessidade da discussão da temática, apresentando algumas fragilidades, mas com perspectivas de maiores compreensão a partir desta.

Entre as fragilidades, foi possível destacar a quantidade de tempo atuante em cada unidade, um único dia na zona urbana, dois dias na zona rural e o itinerante, o curto intervalo de tempo acaba dificultando a organização da demanda, visto que são muitos os pacientes, o tempo acaba sendo consumido, na maioria das vezes, com as consultas diárias, sem ser as programas, porém a microintervenção ajudou em termos de agendamento posterior. Os profissionais de saúde também tem um grande esforço para finalizar a demanda diária, não tendo muitos acúmulos. Outro ponto relevante que gera uma certa fragilidade é a distância de

alguns pacientes, visto que possuem residência muito longe e, ao chegar no local, fica inviável a relocação para outro dia.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Tanto o crescimento quanto o desenvolvimento são processos dinâmicos e contínuos que tem sua origem na concepção de um novo ser até ao longo da vida. Do ponto de vista fisiológico o crescimento e o desenvolvimento são processos diferentes, sendo:

- Crescimento: é o aumento físico do corpo como um todo ou em suas partes; aumento do tamanho ou do número de células.
- Desenvolvimento: é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas

De acordo com Moreira e Goldini (2010) no que se refere à criança, teve a necessidade, ao longo do tempo de mudanças nos modelos de atenção à saúde, no qual os desafios relacionados a tratamento e prevenção de doenças foram surgindo como fortes demandas para a criação de novos modelos de cuidado de modo a garantir a saúde de um indivíduo em crescimento e desenvolvimento. A infância é um período único na vida e este período tem fortes influências na vida adulta. Forrest et al. (1997), no seu estudo publicado no JAMA com intuito de explicar por que a infância é um período fundamental da vida humana, descrevem quatro características que a distinguem (4 Ds):

1) desenvolvimento (a criança é um ser em desenvolvimento e sua saúde depende do seu padrão de crescimento e desenvolvimento em geral e em especial do desenvolvimento cognitivo e emocional);

2) dependência (as crianças dependem de um cuidador para que tenham acesso aos cuidados à saúde e em especial à prevenção às doenças);

3) diferenças (crianças apresentam um aspecto epidemiológico diferente em relação à presença da doença e aos riscos de sequelas, ou seja, são muito mais vulneráveis aos insultos);

4) demografia (o perfil demográfico das crianças também é diferente; as mais vulneráveis vivem em condições de maior pobreza, com menos acesso aos serviços de saúde, o que poderia dar origem a um quinto D: 5) desigualdade.

Vale destacar que segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), quando não é realizado o acompanhamento do Crescimento há um maior risco das morbidades evoluírem para estágios mais avançados como desnutrição e/ou nanismo, aumentando a morbimortalidade infantil.

A desnutrição acarreta prejuízos no crescimento sendo que os efeitos mais graves ocorrem nos primeiros anos de vida, porém quando diagnosticado em tempo, é possível que o indivíduo consiga atingir a altura adequada para sua idade (COUTINHO et. al., 2008; WILDMAIER et. al., 2011). O acompanhamento do crescimento é concretizado por meio dos índices: perímetro cefálico para a idade, peso para a idade, comprimento para a idade e Índice

de Massa Corporal para a idade e posteriormente comparados com curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011).

No que se refere à saúde da criança, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.130, sintetiza os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança (DAMASCENO et al., 2016).

De modo a garantir total integridade no que se refere ao atendimento e acompanhamento da criança, novas estratégias nas Unidades Básicas de Saúde, faz-se necessário. Desse modo, para atingir bons resultados no que se refere à atenção à saúde, alguns pontos são essenciais, tais como: a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às necessidades de saúde advindas das políticas fortemente voltadas à atenção básica; sendo foco dessa atenção as crianças na primeira infância, idade escolar e adolescente. Portanto, a área da saúde da criança é prioritária dentro das políticas de atenção básica (FERREIRA et al., 2010).

Já vem sendo fortemente trabalhado na Unidade o atendimento básico para com as crianças, em especial de idades mais iniciais, pois são a grande maioria presentes na UBS. Sendo assim, buscou-se realizar um acompanhamento específicos as crianças de um até os seis anos, por acreditar que a atenção durante essa fase, gera maior consciência para passar para as demais fases com melhores hábitos e cuidados, juntamente com os pais.

Nesse sentido, realizou-se atendimentos periódicos com as crianças na UBS José Wellington Alves Rodrigues, localizada em Águas Belas, Município de Pernambuco. A equipe participante é composta por: médica; enfermeira; técnico de enfermagem e recepcionista.

Na Unidade em questão já se tem um trabalho bastante voltado aos cuidados com as crianças, e nessa microintervenção buscou-se um alcance maior da família, para conscientizá-los da importância dos cuidados contínuo, sendo realizado conversas e orientações. A escolha do tema em questão, também foi muito em função das crianças estarem mais ociosas, durante a pandemia, maior tempo em casa, uma vez que não tiveram atividades escolares no ano de 2020, assim mediante a preocupação para com as crianças, realizou-se não só atendimento, mas reuniões com os pais, para falar sobre o desenvolvimento das crianças, problemas de ansiedade na primeira infância, e alertando para problemas que podem surgir durante esse período.

Verificou-se que a microintervenção foi bem aceita para com o público, tanto pelos profissionais, como pela família da criança, e que os resultados foram satisfatórios, pois notou-se um crescimento mais saudável e melhores índices de saúde.

Entretanto, a população só terá melhores resultados se ocorrer um trabalho conjunto da equipe, familiares e também existir a obtenção dos insumos necessários para um atendimento de qualidade. Em alguns casos, tem-se a dificuldade da falta de medicamento básico, e os pais não possuem condições de compra.

Apesar das dificuldades, observa-se que a equipe profissional tenta atender ao máximo as necessidades da população, nesse caso, no atendimento. Novas ações fazem-se necessárias para criar um alerta maior sobre a importância do cuidado no crescimento e desenvolvimento da criança, em especial, durante este período de pandemia.

A presente ação fortalece o trabalho que vem sendo desenvolvido na Unidade, mas aponta dificuldades no que se refere falta de retorno do público-alvo com maior frequência à localidade, muito em função do pouco tempo de atendimento em cada unidade, bem como da distância e tempo por parte dos pais.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sabe-se que o envelhecimento acarreta em algumas mudanças biopsicossociais, muitas vezes, associadas à fragilidade e maior vulnerabilidade. Desse modo, muitas doenças podem surgir e gerar limitações ao idoso. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde promover e gerenciar junto com a família a saúde do idoso, para que haja um envelhecimento saudável e ativo, como previsto pelas políticas públicas de saúde (MALLMANN, 2015).

Evidências que indicam eficácia da atenção primária encontra-se vinculada à área de prevenção secundária através do controle dos fatores de risco e cuidado, incluindo medicamentos obtidos por meio dos especialistas. O controle da diabetes na atenção primária, por exemplo, necessita de monitoramento regular (controle e observação da glicose no sangue) bem como fornecimento de medicamentos para redução da glicose, já o controle efetivo dos fatores de risco cardiovasculares e níveis de pressão é feito através do monitoramento da pressão arterial, prescrição e adesão ao tratamento advindos dos medicamentos antihipertensivos, como também mudanças no estilo de vida do paciente (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011).

Ainda segundo Macinko, Dourado e Guanais (2011) para que a atenção primária efetive sua contribuição na prevenção e controle de doenças crônicas, é necessário muito mais que apenas o aumento na quantidade de acessos. Diferentes estudos apontam uma série de outras ações, entre estas:

- Melhorar a concepção da prática médica para melhorar o acesso e monitoramento, facilitando ao paciente a auto-gestão através de uma melhor comunicação e apoio permanente;
- Aumentar a capacidade da equipe de saúde para proporcionar cuidados de alta qualidade através da educação aos provedores e de apoio à tomada de decisões;
- Reforçar as redes de saúde para facilitar o acesso a serviços de diagnóstico especializados e cuidados necessários, assim como a melhoria dos sistemas de informação para facilitar o uso de registros médicos, lembretes para o paciente e fornecedores, coordenação de medicamentos prescritos e acompanhamento dos resultados ao longo do tempo.

A proposta de microintervenção se justifica em função da localidade de trabalho desenvolvida possuir muitos idosos com algum tipo de enfermidade, em especial, a prevalência de hipertensão e diabetes. Diante do número de atendimentos, foi visto que alguns idosos já apresentavam inúmeras complicações, e que por falta de informações necessárias e acompanhamento continuado, não realizavam o autocuidado e não obtinham durante sua rotina hábitos mais saudáveis.

Nota-se que é preciso conhecer novas estratégias de educação em saúde para os idosos, a fim de identificar estas lacunas acerca do envelhecimento e ressaltar a importância do atendimento continuado, e não apenas atendimento comum e distribuição dos medicamentos. Como objetivo, tem-se ter um maior controle da pressão arterial e prevenção de complicações cardiovasculares dos idosos da UBS José Welligton Alves Rodrigues.

A Unidade de atendimento fica localizada Águas Belas, município do estado de Pernambuco, no qual juntamente com a equipe dos profissionais de saúde, sendo estes: médica; enfermeira; técnico de enfermagem e recepcionista.

Dentre as práticas realizadas, encontra-se: palestra sobre a importância do cuidado contínuo para controle da doença; atendimento ao paciente; reunião com os profissionais. Outras práticas importantes realizadas durante a ação, foi trazer os pacientes para verificação de sua pressão na Unidade, mesmo que não seja no dia do seu atendimento médico, para que haja um monitoramento da pressão, pois a grande maioria não possui em casa, não conseguindo saber seus níveis pressóricos nos domicílios. Nesse contexto, a proposta buscou trazer os pacientes hipertensos à Unidade a cada três meses, avaliando risco cardiovascular, encaminhando-os para atendimentos especializados, quando necessários, com intuito de minimizar as complicações futuras, como também melhorar os índices glicêmicos dos idosos com quadro de diabetes.

Um ponto frágil encontrado foi advindo dos pacientes idoso e analfabeto, com relação a dificuldade de tomar as medicações, mas que com a ação foi possível ter uma diminuição deste medicamentos, quando possível, assim como ter atendimento voltado ao cuidado para evitar justamente a supermedicação. Realizou-se também reuniões com os familiares, para que estes tivessem uma melhor visão sobre dieta, bem como sintomas de crises hipertensivas, e sobretudo, a importância de acompanhar os idosos na consulta e na administração da medicação prescrita.

Observou-se que a microintervenção possibilitou tanto a população, quanto aos profissionais de saúde terem um maior conhecimento sobre o assunto, tornou-se o atendimento a este público melhorado dentro da Unidade e despertou o autocuidado dos indivíduos participantes, como consequência, melhorias dos níveis de pressão arterial e na qualidade de vida dos idosos com quadro de diabetes.

A ação promoveu um maior vínculo dos pacientes envolvidos, visto que os trouxeram mais vezes a Unidade e tiveram avaliações continuadas do seu progresso, pois foi possível falar sobre exercícios, alimentação e outros pontos de maneira objetiva e clara.

Espera-se que a equipe e os pacientes se comprometam com a atenção à saúde dos idosos hipertensos, além de maior consciência ao se tratar das doenças crônicas e de que as escolhas diárias possam ajudar no cuidado. Novas palestras podem continuarem sendo realizadas, bem como um monitoramento do pacientes hipertensos na Unidade em questão.

Uma outra questão muito importante a ser relatada é a falta de acompanhamento para com os idosos e seus familiares, pois em algumas vezes eles chegam ao atendimento sozinhos, fazem sua própria comida, sem o acompanhamento dietético necessário e ajuda da família. É importante ressaltar que com a participação da família os resultados são melhores.

A microintervenção mostrou-se eficiente com o público dos idosos e receptiva por parte dos profissionais de saúde, apesar das dificuldades estruturais, espera-se que as conversas e atendimento despertar a atenção dos envolvidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração das propostas possibilitou uma investigação mais profunda sobre os temas escolhidos, gerando uma visão mais compreensiva dos conteúdos elaborados, assim como identificar pontos positivos e outros a serem melhorados.

As ações trouxeram maior proximidade dos profissionais de saúde e a população alvo, trazendo alguns esclarecimentos para serem aplicados durante a vida dos pacientes e a rotina dos profissionais. Conhecer a população mais de perto, sua realidade, as dificuldades pelas quais elas passam, fortalece o atendimento, acompanhamento e a relação profissional/paciente.

Entretanto, foi possível notar que ainda há um longo caminho a ser trilhado, no que se refere a organização, estrutura e continuidade referente ao acompanhamento. Sabe-se também que atingir melhoria depende de todos os lados, incluindo, nós enquanto profissionais de saúde.

Depois da elaboração o crescimento profissional, como também a felicidade da população participante é inevitável, e a vontade de crescer continua, apesar do trabalho não ser fácil, torna-se gratificante o reconhecimento e a melhoria visível.

É importante ressaltar que o ano de realização em si, 2020, foi muito complicado, visto que teve a impossibilidade de reuniões no posto e visita domiciliares, onde as mesmas só puderam ser realizadas aos pacientes com sintomas da COVID-19. Desse modo, muitas das ações que queríamos ter realizado não foi possível em função da pandemia do novo coronavírus, então tivemos que trabalhar em cima de um ano atípico, e os encontros na unidade não puderam ser realizados com o número de membros e frequência, como gostaríamos, evitando aglomeração. Tentou-se na melhor maneira possível conciliar os pacientes crônicos e crianças com os pacientes sintomáticos, fazendo então o possível para que a associação entre os atendimentos fosse realizada, sem que um não prejudicasse ao outro.

Portanto, espera-se que a partir deste estudos novos sejam realizados, desse modo, servindo de subsídio para pesquisas futuras na área de saúde e afins. A Unidade trabalhada mostrou-se empenhada e feliz com os resultados atingidos, incluído idosos com maior autocuidado, entendimento maior sobre acolhimento, assim como crescimento de crianças com indicativos melhores de saúde e os pais com maior consciência da importância desse cuidado inicial.

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Estatuto do Idoso 2ª Ed. rev. Brasília: MS; 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde Brasília: MS; 2006.
- BRASIL. PORTARIA GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015.
- BRASIL. PORTARIA nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011.
- DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2961-2973, 2016.
- FERREIRA, Josiane Chore et al. A percepção do gestor sobre a organização da atenção básica à saúde da criança. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 26-32, 2010.
- MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

7. APÊNDICES

Acolhimento à demanda espontânea e programada

Identificação do problema	Falta de atualização da equipe e população sobre o assunto.
Classificação e priorização dos problemas	Melhorar o conhecimento da equipe sobre o conteúdo, buscando aperfeiçoamento no que se refere ao atendimento.
Recursos críticos	Espaço físico; participação dos profissionais de saúde; participação da população.
Cronograma / Prazo	Contínuo, reuniões semanais.
Gestão e execução dos planos	Identificação do rendimento das conversas realizadas, sugestões e acompanhamento dos resultados.

Atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento

Identificação do problema	Acompanhamento das crianças de idade iniciais.
Classificação e priorização dos Problemas	Levar informação aos pais e observar o crescimento e desenvolvimento da criança.
Recursos críticos	Espaço físico; participação dos profissionais de saúde; participação da população.
Cronograma / Prazo	Contínuo, com encontros semanais.
Gestão e execução dos planos	Atendimento ao paciente; Reunião com equipe dos profissionais de saúde, acompanhamento dos resultados.

Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde

Identificação do problema	Promover maior controle e prevenção das Doenças Crônicas não transmissíveis nos idosos da Unidade.
Classificação e priorização dos problemas	Necessidade de oferecer informações sobre o hipertensão e diabetes; formas de controle; autocuidado, incluindo hábitos mais saudáveis.
Recursos críticos	Espaço físico; participação dos profissionais de saúde; participação da população.
Cronograma / Prazo	Três meses, com encontros semanais.
Gestão e execução dos planos	Palestra; atendimento ao paciente; Reunião com equipe dos profissionais de saúde e com os idosos, avaliação.





