



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

**QUALIFICAÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS
NA USF JOSÉ BORGES DE SOUZA II, EM PAULISTA – PE: ACESSO,
PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE.**

MIGUEL DE SOUSA BATISTA

NATAL/RN
2021

QUALIFICAÇÃO E AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS NA USF
JOSÉ BORGES DE SOUZA II, EM PAULISTA – PE: ACESSO, PROMOÇÃO,
PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE.

MIGUEL DE SOUSA BATISTA

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: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

A **Deus**, eterno criador, por me conceder tal oportunidade.

Aos **meus pais**, pilares de sustentação para uma família sempre unida.

Aos **meus irmãos**, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A **minha esposa**, obrigada pelo companheirismo e compreensão quando da minha ausência, necessária nesta caminhada. Você tem me proporcionado momentos inesquecíveis.

Aos **meus filhos**, anjos de Deus enviados a iluminar minha vida. Sem vocês tudo seria mais difícil.

Aos **amigos**, sempre presentes a apoiar em qualquer situação.

A equipe e usuários da **USF José Borges de Souza 2**, com quem fiz verdadeiras amizades, compartilhei bons momentos e períodos de laboriosas tarefas, angústias, mais também muitas conquistas. Obrigado pelas experiências até aqui vivenciadas.

Ao orientador, **Prof. Ricardo Henrique Vieira de Melo**, pela atenção, pelos ensinamentos, considerações e sugestões dispensadas.

Dedico este trabalho a Equipe da Unidade de Saúde da Família José Borges de Souza 2, que em todo momento tem se mostrado presente, solidária e comprometida em atender e oferecer o melhor a população assistida. Aos usuários da unidade pelo carinho, respeito e confiança no trabalho desenvolvido, e todos que direta ou indiretamente tem contribuído neta caminhada árdua, porém gratificante.

Miguel de Sousa Batista

“Não me envergonho de corrigir meus erros e mudar de opinião, porque não me envergonho de raciocinar e aprender”.

(Alexandre Herculano)

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervenções realizadas no cenário de prática da Unidade de Saúde da Família José Borges de Souza II, em Paulista, no Estado de Pernambuco, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: melhorar o acompanhamento e a organização de demandas dos usuários; ampliar o rastreamento, o diagnóstico precoce e o acompanhamento de pessoas com câncer de mama na população assistida; e intervir de forma educacional e terapêutica na população com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensos e diabéticos. As ações ocorreram após discussões em equipe, com criação e adaptação de fluxogramas, organização das agendas, formação de grupos de apoio, ações na unidade e comunidade adscrita, e uso da Telemedicina e de mídias sociais, buscando construir vínculos e ofertar uma assistência resolutiva. Espera-se contribuir para, com a continuidade das ações, capacitar a equipe, orientar a população, organizar o fluxo de atendimento, aumentar a oferta de serviços e oferecer respostas positivas aos usuários, inspirados nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	10
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	16
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A história do Município do Paulista começa no ano de 1535, quando o município ainda fazia parte da estrutura de Olinda, sendo posteriormente elevado o povoado, e a partir de 1935, a Município do Paulista. Possui uma área territorial de 96,979 km², com população estimada em 2020 de 334.376 pessoas, localiza-se ao norte da capital pernambucana e faz parte da Região Metropolitana do Recife (IBGE, 2017).

Atualmente, no município, existe 40 Unidades de Saúde da Família (USF), com 44 Equipes de Saúde da Família e 24 Equipes de Saúde Bucal, além de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Academia de Saúde, Centros de Saúde, Rede de Saúde mental (Centro de Atenção Psico Social - CAPS tipo III e AD - e Residências terapêuticas) e Rede Especializada (SMS, 2019).

A USF José Borges de Souza II, localizada na avenida 2, S/N, Alameda - Paulista, possui estrutura física adequada (padrão Tipo I) com equipe composta por administrativo, médico clínico geral (médico de família e comunidade), enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. É composta por 11 microáreas assistida por ACS, com população estimada em 7.000 usuários, porém apresenta até o momento cerca de 4.700, com dados atualizados no sistema do SUS (PEC/e-SUS).

A maiorias da USF/UBS apresenta déficit de materiais e insumos para um bom atendimento à população, assim como uma alta procura dos usuários, seja como demanda espontânea ou programada, tanto para atendimentos de doenças agudas e/ou controles de doenças crônicas, assim como outros serviços disponibilizados nas USF (promoção, prevenção e rastreio de doenças e educação em saúde).

Faz-se necessário destacar o caráter estrutural e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde), principal porta de entrada do SUS, pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde,

pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas, famílias e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2013).

Entretanto o acesso e o acolhimento no Sistema Único de Saúde, ainda é um gargalo ao SUS, pois não envolve apenas os atendimentos por demanda espontânea e programadas (que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção), mais também ações de aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, como também de aspectos resolutivos de cuidados e de condutas.

Organizar ações para atender às demandas da população, aumentar a capacidade de intervenção, buscando soluções, seguindo os princípios e diretrizes do SUS ainda é um desafio enorme para as muitas Equipes de Saúde da Família. A alta demanda em algumas unidades, a carência da população adscrita, a organização do fluxo, além da necessidade de qualificação e de treinamento das equipes de saúde, contribui para que o atendimento/acolhimento seja deficitário, quer seja na quantidade ou qualidade/resolutividade.

Outra problemática ocorre a partir da observação do surgimento/aumento nos casos de câncer na população atendida (Neoplasia de Mama, Pulmão e Gástrico). A abordagem deste tema, com sua importância e particularidade focando, principalmente, na promoção a saúde, prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce, implicará de forma positiva no entendimento, no tratamento e na redução do sofrimento da pessoa acometida, nos seus familiares e na equipe.

Por sua vez, quando se atua na Atenção Primária a Saúde, frequentemente depara-se com uma alta procura de atendimentos por pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, principalmente Hipertensão e Diabetes. Na USF em questão encontra-se muitos pacientes hipertensos e diabéticos descompensados, seja pela má adesão ao tratamento, hábitos alimentares, sedentarismo ou mesmo dificuldade de acesso a unidade, o que aumenta a busca por atendimento espontâneo

como tentativa de compensar o quadro o atenuar a agudização.

Diante da alta procura por demanda espontânea ao atendimento médico, superlotando a recepção e corredores da unidade, principalmente em tempos de pandemias, e da formação de filas extensas, com necessidade de alguns usuários pernoitarem ou comercializar vagas em filas para atendimentos programados/agendados, se propõe junto a equipe discutir formas de organizações da demanda espontânea e programada, com fluxos, agendas, capacitações e participações de todos os atores envolvido, inclusive os usuários de forma que o acesso aconteça de forma organizado e efetivo (princípios do acesso avançado) não deixando de lado as particularidades da população assistida e a capacidade de atendimentos da equipe.

Essa organização no acesso, na escuta qualificada e em uma maior oferta de serviços irá impactar de forma positiva nos atendimentos as demandas agudas, no controle das Doenças Crônicas e na promoção a saúde e prevenção de Câncer na atenção primária, com formações de grupos de apoio, ações na unidade e comunidade adscrita, uso da Telemedicina e mídias sociais na difusão de conhecimentos, sempre buscando construir vínculos e ofertar uma assistência resolutiva.

Tais ações contribuem para que a Atenção Básica não seja apenas a porta de entrada do sistema, conforme Brasil (2013), mais possa se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas positivas aos usuários, buscando sempre aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida e favorecer a criação de vínculos positivos, diminuindo o isolamento e o abandono.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

AMPLIAÇÃO DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS NA USF JOSÉ BORGES II, EM PAULISTA (PE): ESTABELECENDO O ACESSO AVANÇADO

Introdução

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando o papel de ordenadora dos serviços e gestora do cuidado. Faz-se necessário que esta rede de serviços produza uma forma de acolhimento dos usuários que propicie respostas resolutivas para as demandas de saúde e para a continuidade do cuidado, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), com a finalidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, a alta demanda em algumas unidades, a carência da população adscrita, a organização do fluxo, além de qualificação e treinamento da equipe, faz com que o atendimento/acolhimento seja deficitário tanto na quantidade quanto na qualidade/resolutividade (BRASIL, 2004).

Diante da alta procura por demanda espontânea ao atendimento médico, superlotando a recepção e corredores da unidade, principalmente em tempos de pandemia e da formação de filas extensas, foi proposta da equipe de saúde discutir formas de organizações dos atendimentos na unidade, com criações de fluxos, agendas, além de capacitações e com a participação de todos os atores envolvidos, inclusive os usuários, garantindo o acesso aos diversos serviços disponíveis na unidade de forma organizada e eficaz.

Portanto, a situação problema abrange: a alta densidade populacional; a excessiva demanda espontânea por consulta médica; a ausência de critérios nas agendas programada e do dia; algumas falhas no acolhimento na unidade, com conseqüente insatisfação dos usuários; e dificuldade da equipe em dar fluxo a demanda diária (tomada de decisão), trazendo sobrecarga e decepções.

Tal situação se agrava pelo fato do território possuir uma área extensa, densamente povoada, com alta procura de atendimentos (médico, enfermagem e odontológico), capacitar os profissionais, sendo necessário conscientizar os usuários, fazendo uso de protocolos e intensificando a escuta qualificada, contribuindo na construção de vínculos entre os usuários e a equipe da ESF, utilizando a capacidade de assistência dos demais profissionais da equipe, tornando-os mais ativos na prestação de serviços da unidade.

Para isso, é necessário criar e atualizar cronogramas e fluxos ligados ao agendamento e acolhimento na unidade, visando facilitar o acesso, multiplicar o conhecimento e padronizar as informações, buscando oferecer uma escuta ativa com foco em atender e da resolutividade as necessidades dos usuários.

Essa organização no acesso, na escuta qualificada, juntamente com uma maior oferta de serviços, irá impactar de forma positiva no controle das doenças crônicas, na promoção a saúde e na prevenção de câncer na atenção primária, com formações de grupos de apoio, ações na unidade e comunidade adscrita, uso da Telemedicina e mídias sociais na difusão de conhecimentos, sempre buscando construir vínculos e ofertar uma assistência resolutiva.

Espera-se que as mudanças propostas pela equipe, permita que usuários utilizem melhor os recursos fornecidos pela unidade, seja em ações programadas ou em demanda espontânea. Assim, os objetivos da microintervenção foram: organizar o acesso; qualificar as ações realizadas no acolhimento; dinamizar o fluxo de atendimento com maior resolutividade; humanizar o processo de trabalho; inserir novos atores no acolhimento; informar a população sobre os benefícios da assistência programada e por demanda aberta, evitando esperas desnecessárias e insatisfações, minimizando os danos aos usuários e a sobrecarga dos profissionais.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção realizada para modificar as formas de agendamento e acesso dos usuários da Equipe da USF José Borges de Souza II, localizado no Município do Paulista-PE, no período de cinco meses (Janeiro a Maio de 2021) com criação/adaptação de fluxogramas, agendas e ações de educação em saúde, e com a participação de diversos atores (equipe, usuários, gestores municipais) em reuniões presenciais, discursões no decorrer dos atendimentos/atividades na unidade e de forma remota, quando necessário.

Resultados

Em reunião com a equipe e posterior discursão com a coordenação da Atenção Básica no Município ficou definido um novo mapeamento do território com a subdivisão de uma microárea que se encontrava descoberta (após falecimento da ACS responsável) e posterior incorporação nas quatro microáreas adscritas, assim como a exclusão por definitivo de uma área, que até então demandava muito da equipe (devido a um Condomínio Horizontal), haja

vista a construção de uma Unidade mais próxima da mesma.

Também foi solicitado a Gestão municipal a disponibilização de um aparelho celular com linha ativa para que, posteriormente, fosse possível utilizar como forma de acesso dos usuários aos serviços da unidade através de Teleconsulta/Teleatendimento (agendar consultas, orientar prescrições, receber informativos, tirar dúvidas, etc.), incorporando mais um mecanismo de acesso a população, buscando incluir o usuário ao sistema, entender suas necessidades dando relevância e integrando-o a diversas formas de cuidados. Afinal, acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo (BRASIL, 2013).

Após debates e consenso com a equipe, foi definido um cronograma com divisão da agenda de forma progressiva em demanda programada/agendamento prévio e demanda espontânea/acolhimento ao longo de cinco meses (Quadro 1), visando adaptações e orientações da equipe e usuários, e dirimir a demanda reprimida.

Outra iniciativa foi a programação de uma agenda em educação continuada (mensalmente), visando atualizações e melhor formação da equipe e incorporação das ACS no acolhimento diário na unidade, onde cada ACS ficará em um turno (manhã) quinzenalmente. Também foram propostos ajustes na Sala de Procedimentos para utilização como local mais reservado para a escuta com maior privacidade, quando disponível (inclusão de mesa e cadeira, cortina na janela).

Quadro 1: Percentual e Periodicidade na implantação de demanda programada e espontânea na USF José Borges II. Paulista-PE. 2021.

Meses/2021	Percentual	Periodicidade
Janeiro e Fevereiro	50% demanda programada/agendada	Semanalmente
	50% demanda espontânea/acolhimento	Diariamente
	40% demanda programada/agendada	Quinzenalmente

Março e Abril	60% demanda espontânea/acolhimento	Diariamente
A partir de Maio	30% demanda programada/agendada	Quinzenalmente
	70% demanda espontânea/acolhimento	Diariamente

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Com essas mudanças busca-se mesclar o agendamento (modelo tradicionalmente utilizado e de conhecimento dos usuários) e a primícia do acesso avançado, modelo descrito inicialmente por Murray e Tantau (2000), que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia, e a equipe se esforça para melhorar a resolutividade buscando fazer o “trabalho do dia”, evitando acúmulos ou sobrecargas futuras.

Segundo João et al (2019), em muitas unidades, a proporção de indivíduos atendidos por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas vezes, supera o número máximo recomendado pela última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é de 3.500 pessoas. A extrapolação desse limite também reduz a acessibilidade e impõe barreiras para o melhor cuidado e seguimento em saúde. Essa é a realidade do cenário de prática, sobrecarregando os atendimentos, demandando muito mais esforços da equipe, além de vários usuários, principalmente os que residem mais distante da unidade, terem o acesso negado quando realmente necessitam.

Por se tratar de uma área extensa e densamente povoada, com alguns costumes e ou culturas enraizadas, optou-se por mesclar as formas de acesso (programada/tradicional e avançado/espontânea) visando melhor adaptações da equipe e da comunidade, aumento no quantitativos de serviços prestados, diminuição do absenteísmo nas consultas e na demora dos cuidados.

Na Unidade de Saúde da Família (USF) em questão, propôs inicialmente um “limite de espera” no atendimento do usuário que procura o serviço de forma não programada em até 72 horas, com diminuição deste tempo (para 48 horas) à medida que se avança no percentual de

atendimento por demanda espontânea. Logo, o paciente será atendido no mesmo dia (podendo optar por esperar em casa e voltar no momento da consulta) ou em até 72 horas, a depender das condições clínicas, necessidades e desejo do paciente, assim como da disponibilidade do profissional.

Como forma de diminuir a demanda para renovação de receituário (outro gargalo no sistema), foi criado um formulário específico para solicitações de medicamentos de uso contínuo (Doenças Crônicas e Mentais). Os usuários, munidos de prescrições anteriores, solicitam na recepção da unidade (através do formulário) a renovação das prescrições que são providenciadas em até 48 horas. Os casos descompensados ou com agudização passará pelo acolhimento com a equipe de Enfermagem (Técnico de Enfermagem e Enfermeira) ou com a ACS que estiver no acolhimento naquele momento e, havendo necessidade, serão encaminhados ao atendimento médico em tempo oportuno.

Devido a pandemia de Covid-19 em curso, continuam suspensas as atividades em grupos (Hiper/Dia, Gestantes, Saúde mental e Tabagismo), assim como as visitas domiciliares, que são realizadas apenas em casos específicos e estritamente necessários. Mesmo com a suspensão dos grupos, os usuários que demandam algum atendimento serão acolhidos pela equipe e atendidos de forma individual, sempre buscando dar continuidade ao cuidado.

Apesar de fazer parte do cronograma inicial, as reuniões com os representantes da comunidade foram postergadas para um outro momento, quando a pandemia estiver sobre controle, devido a curva ascendente dos casos de Covid-19. Esses encontros foram programados inicialmente para acontecer trimestralmente, tendo como atores a equipe da USF, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), representantes da comunidade e representantes da gestão municipal, com os objetivos de: apresentar a unidade, a equipe e o funcionamento da USF; discutir pontos positivos e negativos junto aos usuários, principalmente relacionado a agenda programada e espontânea; apresentar/formar uma agenda proativa junto à comunidade; buscar parceria (público/privada) para desenvolvimento/melhoria das atividades disponibilizada pela USF; buscar conhecimento, com o olhar dos usuários, das áreas adscritas (pontos críticos, áreas de riscos, áreas potenciais); e pactuar melhorias em conjunto com a comunidade, equipe e gestão.

Tais medida continuarão ao longo do tempo, acrescentando ideias, adaptando ações e mudanças que aprimorarão o processo de trabalho, acesso e acessibilidade dos usuários, não só a USF José Borges II, mais também em todo o sistema municipal de saúde. Os recursos necessários envolvem os profissionais da equipe e materiais disponíveis na Unidade e/ou

cedidos pela gestão, sem custos adicionais aos atores envolvidos (não há necessidade de orçamento próprio).

Considerações finais

Com a implementação do atendimento/agendamento mais flexível, priorizando o acesso avançado, mas sem deixar de lado a forma tradicional do agendamento e com a participação de todos os integrantes da equipe no acolhimento, somando esforços e trocando conhecimentos, foi possível melhorar o ambiente de trabalho, organizando fluxos, aumentando a oferta de serviços, priorizando atendimentos, sem deixar de receber e escutar, de forma qualificada, dando resposta e resolutividade nas demandas diárias da USF.

Foram observados o empenho da equipe e a compreensão da comunidade nessas novas formas de abordagem. Espera-se aprimorar mais ainda o acesso avançado, buscando implementar a Telemedicina, gerenciar melhor o tempo de atendimento e espera dos usuários, assim como maior participação da gestão local na disponibilização de recursos necessários ao bom funcionamento da unidade.

Essa organização no acesso, na escuta qualificada e em uma maior oferta de serviços irá impactar de forma positiva no controle das Doenças Crônicas e na promoção a saúde e prevenção de Câncer e outras doenças transmissíveis na atenção primária.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

CÂNCER DE MAMA (PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E BUSCA ATIVA COMO FORMA DE ORGANIZAR O FLUXO E MELHORAR A COBERTURA): UMA EXPERIÊNCIA NA USF JOSÉ BORGES DE SOUZA 2, EM PAULISTA (PE)

Introdução

Prevenção consiste em modificar os fatores de risco ambientais e de estilo de vida que promovem as doenças, especialmente os cânceres, reduzindo a morbidade e mortalidade. Estima-se que cerca de 50% dos cânceres são evitáveis. Os dados epidemiológicos coletados nas últimas cinco décadas e os avanços em biologia molecular, mostram a estreita relação entre estilo de vida, fatores ambientais e genético no surgimento do câncer (VIEIRA, 2017).

Aproximadamente 50% dos tumores de mama podem ser explicados por fatores de risco conhecidos, como menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada na primeira gestação e doenças proliferativas da mama. História familiar positiva corresponde aos 10% adicionais a esses casos. O consumo de álcool e tabagismo, assim como a obesidade, também aumentam o risco. Entretanto os fatores de risco melhor estabelecidos até hoje são idade, gênero feminino e cor da pele branca (VIEIRA, 2017).

O câncer de mama é um dos desafios no cenário atual de envelhecimento populacional e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no país e no mundo, excetuando-se os tumores de pele não melanoma, é também o que mais mata (INCA, 2019a).

Para a população em geral, o risco de ter câncer de mama ao longo da vida no Brasil é da ordem de 8%, ou seja, uma em cada doze mulheres desenvolverá câncer de mama ao longo da vida e este risco é tido como o risco basal da população do sexo feminino. Para o Brasil, a estimativa para

cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer. O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). O estado de Pernambuco apresenta uma taxa estimada de Câncer de Mama de 47,86 casos para cada 100 mil mulheres para o mesmo período (INCA, 2019b).

Por apresentar taxa ainda ascendente de mortalidade, o rastreamento por meio da mamografia é a estratégia mais implementada no mundo para a detecção precoce da doença. Essa estratégia consiste na repetição periódica de mamografias de rotina em mulheres sem sinais ou sintomas suspeitos desse câncer. No Brasil, o rastreamento monográfico passou a ser recomendado como política pública em 2004 (INCA, 2019a).

Para esta população, a recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia, Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, bem como da Sociedade Brasileira de Radiologia é de que se inicie o rastreamento através da realização de mamografia a partir dos 40 anos de idade e com frequência anual na tentativa de se fazer o diagnóstico precoce do câncer de mama e com isso possibilitar tratamento mais efetivo e menos mórbido e com impacto na redução de mortalidade (VIEIRA, 2017).

Entretanto novas evidências sugerem que, do ponto de vista de custo de efetividade, onde os governos necessitam gerenciar os recursos da saúde para atender e rastrear um maior número de mulheres e inclusive com ampliação da cobertura populacional, a idade de início da realização da mamografia poderia ser aos 50 anos de idade, com frequência a cada dois anos e com término aos 69 anos conforme preconizado pelo INCA/Ministério da Saúde. Pois é nessa faixa etária e periodicidade que se observa balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento. O diagnóstico precoce, por meio da avaliação oportuna de sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, é também recomendado e constitui prioridade assistencial no cenário de apresentação avançada da doença no país (INCA, 2019b).

Quanto mais cedo um tumor invasivo é detectado e o tratamento é iniciado, maior a probabilidade de cura. Por esse motivo, várias ações vêm sendo implementadas para diagnosticar o câncer nos estágios iniciais. Entretanto, em razão da individualização orgânica e da extrema heterogeneidade tumoral associada à presença de fatores de risco conhecidos e não conhecidos, o câncer de mama é considerado uma doença de comportamento dinâmico, em constante transformação (INCA, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade de ações de comunicação, planejamento, monitoramento e avaliação para o sucesso da estratégia do rastreamento. As etapas do rastreamento vão desde a identificação e o convite às mulheres da população-alvo, de acordo com periodicidade e faixa etária, até a investigação diagnóstica, o tratamento e os cuidados para as mulheres com exames anormais (WHO, 2007).

Este projeto de intervenção se justifica pela alta incidência de câncer de mama na população feminina brasileira, particularmente nas de idades mais avançadas e com outros fatores de riscos associados, a saber: histórico familiar, obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, hábitos alimentares, obesidade, entre outros (INCA, 2019).

Por possuir, na área assistida pela equipe da Unidade de Saúde da Família José Borges de Souza 2, um percentual elevado da população feminina na faixa etária acima de 40 anos, altos índices de obesidade e sedentarismo, baixa oferta de exames monográficos, optou-se por realizar esta intervenção como forma de contribuir na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do Câncer de Mama. Importante lembrar que a detecção precoce, seja pelo rastreamento ou diagnóstico precoce em mulheres com sinais e sintomas ou com histórico familiar, é a melhor forma, além da promoção em saúde, em prevenir, tratar e aumentar as chances de curas desses tipos de cânceres na população feminina.

A Atenção Primária a Saúde, através das Unidade Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família, por estarem distribuídas em

praticamente todo território nacional e por serem primordialmente a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde, possuem papel fundamental no rastreamento e detecção precoce dos diversos tipos de cânceres, principalmente o Câncer de Mama e do Colo do Útero nas mulheres.

Nota-se em diversas localidades as dificuldades em realizar de forma equânime e contínua o rastreamento de Câncer de Mama na população alvo, seja pela indisponibilidade ou má distribuição de recursos (mamógrafo por exemplo), falta de informações claras e objetivas a população, fluxos priorizando os principais grupos de riscos, e até mesmo divergências na literatura sobre o melhor momento para iniciar o rastreamento (risco/benefício individual e coletivo).

Baseado nestes dados se propõe discutir, orientar e atualizar a equipe sobre promoção em saúde, prevenção, diagnóstico precoce, rastreamento e tratamento do Câncer de Mama, com enfoque na Atenção Primária a Saúde e utilizando como referência o Manual do Ministério da Saúde denominado “Câncer de Mama: vamos falar sobre isso?”.

Tais ações possuem os objetivos de: orientar e atualizar a equipe com dados e informações mais recentes sobre Câncer de Mama; utilizar de forma mais organizada os recursos disponíveis na unidade e nas clínicas parceiras; melhorar o acesso aos exames de mamografia e ultrassonografia de mama, seja diagnóstica ou de rastreamento; organizar o fluxo das referências secundária e/ou terciária quando necessário; programar ações e aproveitar as oportunidades com essa população para detecção precoce do Câncer de Mama.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) José Borges de Souza II, localizado no Município do Paulista-PE, como forma de tornar mais eficiente a detecção precoce de Câncer de Mama na população assistida pela equipe. Tais ações buscam, além da promoção em saúde, prevenir, tratar e

umentar as chances de curas desses tipos de cânceres nas mulheres, para isso realizar o rastreamento ou diagnóstico precoce no momento mais oportuno é fundamental, buscando utilizar de forma racional e organizado os escassos recursos disponíveis.

Resultados

Após reunião em equipe com apresentação e discursão do tema (dentro dos protocolos previsto no combate a Covid-19) e conversas com a Gerência da Unidade de Saúde, optou-se por atualizar toda a equipe trazendo dados mais recentes sobre a ações, exames realizados e diagnósticos de canceres de Mama na unidade e apresentar o material do Ministério da Saúde que será utilizado nas orientações aos usuários, tanto na sala de espera da unidade como "*In Loco*" nas visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Sempre buscando ter uma abordagem ativa, principalmente nas faixas etárias recomendadas, sobre sinais e sintomas, frequências e tipos de exames realizados (autoexame das mamas, exame clinico, mamografias e ultrassonografia das mamas).

Optou-se por utilizar o Manual do Ministério da Saúde "Câncer de Mama: vamos falar sobre isso?" (na sua 5ª edição, de 2019), na atualização da equipe e nas abordagens aos usuários, por se tratar de um material oficial, de distribuição nacional, fácil linguagem e organizado em forma de perguntas e respostas (INCA, 2019a).

Tais atividades gerarão dados que serão compilados em tabelas, gráficos, mapas e outros meios, que serão posteriormente utilizados em discursões em equipe, com a comunidade e a gestão, sendo parâmetros para maiores investimentos públicos na área assistida, implementações de futuras ações, atividades de promoção a saúde e prevenções de doenças/adoecimentos.

Tais medida continuarão ao longo do tempo, acrescentando dados, realizando ações e contribuindo de forma ativa na prevenção e diagnóstico

precoce do Câncer de Mama, reduzindo os índices de comorbidade e mortalidade por essa doença.

Os recursos necessários envolvem os profissionais da equipe e materiais disponíveis na Unidade, obtidos da internet e/ou cedidos pela gestão, sem custos adicionais aos atores envolvidos.

Considerações finais

Em virtude de protocolos mais restritivos imposto pela coordenação/gestão de saúde do município do Paulista - PE no combate a pandemia de Covid-19 em curso, a saber: redução da jornada de trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde; baixa disponibilidades de EPIs, proibição dos ACS adentrar as residências dos usuários, houve dificuldades na complementação das ações proposta, principalmente as atividades dos agentes comunitários de saúde "*In loco*".

Espera-se que os avanços da vacinação contra Covid-19, assim como o maior distanciamento social, aliado aos cuidados individuais no controle da doença, com conseqüente diminuição nos números de casos e mortes por esta doença pandêmica, seja possível se colocar em prática, tanto na unidade de saúde (sala de espera, consultórios, ações) quanto nas residências e demais espaços na comunidade, todo o aprendizado e planejamento adquirido sobre promoção, prevenção e tratamento, não só do Câncer de Mama, mas também de outras patologias crônicas e agudas evitáveis.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

INTERVENÇÃO EDUCATIVA, TERAPÊUTICA E DE RETOMADA DE GRUPOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19, NA USF JOSÉ BORGES DE SOUZA 2, EM PAULISTA (PE)

Introdução

Na Atenção Primária a Saúde (APS), a Equipe de Saúde da Família estabelece uma rotina padrão que frequentemente sofre aperfeiçoamentos de acordo com as necessidades diárias. Assim, novos diagnósticos e problemas locais, a coordenação da demanda espontânea e programada, as medidas educativas, entre outros, coexistem com a dinâmica das atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação já presentes no cronograma mensal de cada Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2000a).

Esta concentração de importâncias e funções na APS exige uma abordagem ao indivíduo como pessoa, assim como uma atuação na sociedade em que esse indivíduo está inserido, como sugerida pela Política de Saúde atual, e a construção de equipes eficientes como pré-requisitos para a prestação de serviço integral e longitudinal fundamental no acompanhamento das pessoas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2000b).

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbimortalidades em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (BRASIL, 1993).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais graves DCNTs, presente em praticamente todos os estratos sócio econômicos em todo mundo (OLIVEIRA, 2011). A HAS é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores (DALLACOSTA,

2010). É também uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é a doença crônica degenerativa mais comum e com maior chance de desenvolver complicações, como Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (BRASIL, 2006; MALACHIAS, 2016).

A hipertensão arterial ocorre quando a pressão que o sangue exerce nas paredes dos vasos resulta em um valor igual ou maior que 140/90 mmHg (DALLACOSTA, 2010). Existem dois tipos de hipertensão arterial: a Primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a Secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (DALLACOSTA, 2010).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006b).

O DM É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (alta morbimortalidade). Segundo Barnett e Dodson (1997), a Organização Mundial da Saúde estima que após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, neste mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Porém, hoje existem amplas evidências sobre a viabilidade da prevenção, tanto da doença como de suas complicações crônicas.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, responsável por cerca de 90% do total. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal (BRASIL, 2006b).

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006b).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para as equipes de saúde, especialmente no processo de mudança no estilo de vida, pois há hábitos e costumes já enraizados nas rotinas de seus familiares e amigos (BRASIL, 2006b).

O diabetes mellitus é uma doença crônica cuja gravidade decorrente do mau controle metabólico leva às complicações crônicas tornando os meios para controlá-la muito onerosos, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, como também, para o sistema de saúde. Dessa forma, há necessidade de estabelecer políticas públicas voltadas para a criação de mecanismos que minimizem tanto o aparecimento quanto o agravamento da doença, com o intuito de reduzir os custos advindos da falta de detecção precoce e das complicações agudas e crônicas relacionadas às dificuldades de controle metabólico no diabetes mellitus (SANTOS et al, 2011).

O controle metabólico associado as medidas preventivas e curativas são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias,

são necessárias medidas que envolvam, principalmente, mudanças no estilo de vida do indivíduo (MALACHIAS et al, 2016; BARNETT, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pretende promover e estabelecer a saúde através de ações básicas, porém de forma mais abrangente e produtiva, dentro da realidade da comunidade assistida (BRASIL, 2000a). A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2000b).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo acompanhar e intervir na população diabética e/ou hipertensa coberta pela ESF José Borges de Souza II, localizada no Bairro da Alameda, Paulista-PE, através de ações educativas e terapêuticas em grupos.

Apesar das evidências de que o tratamento medicamentoso, aliado a mudanças no estilo de vida, serem eficazes em diminuir morbimortalidades cardiovasculares, os percentuais de controle da hipertensão e diabetes mellitus ainda são muito baixos em razão da pouca adesão dos usuários. Trabalhos em grupos com educação em saúde, trocas de conhecimentos e experiências, atividades físicas e acompanhamento regulares, aliado ao vínculo do usuário com a equipe e da adesão ao regime terapêutico, visando controle da doença e prevenção de desfechos cardiovasculares negativos, são fundamentais no controle e na qualidade de vida desse usuário hipertenso e diabético (BUGALHO, 2014).

Neste momento de pandemia, com necessidade de manutenção do isolamento social, e de algumas restrições dos serviços de saúde, medo da população em ser acometida pelo vírus, e inexistência de tratamento específico, a equipe de saúde consegue ver uma “luz no fim do túnel” com o advento e avanço da vacinação, mesmo que de forma lenta, no país.

Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção visando retomada das atividades em grupos, de forma organizada e segura, buscando o

seguimento regular de hipertensos e diabéticos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas.

Assim, figuram entre os objetivos da intervenção: propiciar atendimento e acompanhamento de serviço de saúde à população hipertensa e diabética, retornando de forma gradual, organizada e segura, as atividades em grupos através da parceria entre a equipe o apoio do NASF-AB, para ações educativas e terapêuticas, visando melhorar os índices de controle glicêmico e da pressão arterial, com foco na diminuição das complicações e morbimortalidade cardiovascular.

Procura-se, desta forma, pactuar ações visando a Modificação do Estilo de Vida (MEV); trabalhar a promoção a saúde e prevenção de doenças através da Educação em Saúde, esclarecer sobre os fatores de riscos cardiovasculares; alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento; prevenir complicações agudas e crônicas da hipertensão e/ou da diabetes; envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso e/ou diabético; e organizar o fluxo e adesão desses usuários proporcionando um seguimento regular e contínuo.

Metodologia

Trata de um projeto de intervenção para retorno de forma segura e organizada das atividades em grupos dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde da Família José Borges de Souza II, Alameda, Paulista (PE). Tais ações estão programadas para serem iniciadas no segundo semestre de 2021, momento em que mais usuários estarão imunizados com a segunda dose da vacina Covid-19.

Para isso, as recomendações oficiais sobre distanciamento serão seguidas, bem como o uso de máscara, higienização das mãos e números limitados de participantes. Serão organizados grupos com, no máximo, 15 usuários, hipertensos e/ou diabéticos, residentes na área adstrita e com cadastro atualizado na unidade, que conseguir vir aos encontros sem

acompanhantes (para diminuir aglomerações) e que já tenha tomada a segunda dose da vacina contra Covid-19 (ou dose única conforme o caso).

Os encontros ocorrerão semanalmente (grupos distintos), com duração máxima de noventa minutos e com retorno trimestral, sobre a coordenação de integrantes da equipe e/ou do NASF-AB.

Os participantes elegíveis, após convite realizados pelos ACS ou outros profissionais da unidade, serão acolhidos, com preenchimento de cartão próprio do usuário e de planilha de acompanhamento, para direcionamento para realização da antropometria (peso, estatura, cintura abdominal e IMC) e verificação da pressão arterial e da glicemia capilar. Posteriormente, serão direcionados ao local das palestra/discursão, programadas para ocorrer na área externa da unidade, onde serão abordados temas importantes sobre promoção a saúde, prevenção de doenças, tratamentos, recuperação, autocuidado, entre outros, tendo os usuários com participação ativa e protagonista das ações planejadas.

Serão parceiros da intervenção (recursos humanos) os profissionais integrantes da equipe de saúde da família José Borges II (Agente comunitário de saúde, enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar técnico-administrativo, odontólogo e médico clínico) e do NASF-AB II (nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) e, como recursos materiais, os já disponíveis na Unidade (sala e área externa para realização de grupos; balança; esfigmomanômetro aneroide e/ou digital; glicosímetro; estetoscópio; requisição para exames e receituário; equipamento de multimídias; canetas; folha A4; pasta para arquivo) sem necessidade de orçamento e/ou custos adicionais.

Resultados

Acredita-se que, com as ações já implantadas na unidade (a exemplo de: organização da agenda programada e espontânea; criação de fluxo específico para renovação de receitas de uso contínuo, entre outras) esses encontros serão mais dinâmicos e produtivos com enfoque nas orientações de cuidados a saúde e não em mera oportunidade de atendimentos que

muitos usuários buscavam (compareciam para renovar receitas e para “achar” um encaixe para “falar” com o médico).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial e diabetes inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida e os profissionais de saúde da ESF têm importância primordial neste controle, quer no diagnóstico clínico e na conduta terapêutica, nos esforços aplicados para informar e educar os pacientes como de fazê-los seguir o tratamento. Aos poucos, esse usuário deverá aprender a gerenciar sua vida em um processo capaz de estimular a melhoria de sua qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006a).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso e diabético, daí a importância em manter vínculo e fortalecer parcerias dentro do local de convívio desses usuários, buscando integração com a ESF, tendo como meta a garantia do acompanhamento e tratamento integral e sistemático, não esquecendo da prevenção, empoderamento, respeito pelo outro, oferecendo e dando aos mesmos autonomia e responsabilidade em seu processo de saúde.

É importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos e diabéticos também apresenta outras comorbidades o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006a).

Considerações finais

Espera-se que a experiência com retorno desse grupo possa ser aplicada nas atividades da unidade e principalmente no retorno dos demais grupos (Gestantes, Tabagismo, Saúde mental) de forma segura e dinâmica, haja vista a persistência do quadro pandêmico concomitante com os demais desafios no processo de saúde/doença já presente entre todos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional médico na Atenção Primária a Saúde tem como funções, além de diagnosticar, instituir tratamentos e acompanhar os usuários assistidos, também participar de forma ativa, junto com os demais integrantes da equipe, na organização e dinâmica da unidade de saúde. Tais ações requer compromisso, respeito, responsabilidade e resiliência. Atualizações sobre os assuntos pertinentes a Atenção Primária e discuti-los com a equipe e usuários são importantes no desenvolvimento da unidade e fundamentais para fortalecer vínculos e alcançar resultados melhores.

Navegar e seguir as trilhas de aprendizado proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) de forma proativa, incorporando a realidade da unidade de atuação com a participação da equipe e aceitação dos usuários tem sido benéfica na construção de um sistema de saúde mais abrangente e igualitário. Instituir ações que garanta atendimentos de qualidade desde o pré-natal até a senilidade; acompanhar esse usuário no seu local de convívio e no núcleo familiar tem sido um desafio árduo as ESF. Fortalecer e tornar as equipes mais harmônicas, além das melhorias nas infraestruturas e insumos nas unidades, tem contribuído e/ou contribui para o avanço e fortalecimento da Atenção Básica.

Ampliar e facilitar o acesso através do acolhimento, não como mera triagem, mais sim como forma de inclusão de todos os usuários (independente do grupo populacional ao qual pertencem) a dinâmica da unidade de saúde e de todos os pontos de atendimento é salutar ao Sistema Único de Saúde, tanto nas demandas programadas como nas espontâneas de acordo com suas especificidades. Uma equipe atualizada e treinada, sabendo realizar uma boa escuta, aplicando filtros adequados com equidade e qualidade facilita e torna mais prática as atividades corriqueiras de uma UBS.

Ter a oportunidade de cursar e atualizar sobre temas importantes a atenção básica enquanto desenvolve as atividades no ambiente de trabalho, de forma direta e ativa, com linguagens e metodologias de fácil entendimento, mais sem deixar a qualidade de lado é sim um grande

avanço na forma de se ver e fazer saúde no país continental que é o Brasil. Ainda temos muito a avançar na consolidação, de forma plena e abrangente, dos princípios e diretriz do SUS, mais se cada um dos atores envolvido na saúde pública brasileira contribuir com ideias e ações, adaptando e aplicando conhecimentos, construindo pontes, unindo caminho e derrubando barreiras, esse avançar será mais veloz e duradouro.

6. REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M.C.F; GIGANTE, P.D; SANTOS, I.S. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública** v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BARNETT A.H, DODSON M. **Hypertension and diabetes**. London: Science Press; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de mama: é preciso falar disso**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

_____. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019b.

_____. **Câncer de mama: vamos falar sobre isso?** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2019c.

_____. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2004.

_____. **Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde - SUS:** dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília: Coordenação de Doenças Cardiovasculares, Ministério da Saúde; 1993.

_____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.** v.34, n.3, p.316-319, 2000.

_____. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério de Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUGALHO, A; CARNEIRO, A.V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas.** Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2014.

DALLACOSTA, H; DALLACOSTA, F.M; NUNES; A.D. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. **Unoesc & Ciência - ACBS,** (Joaçaba), v. 1, n. 1, p. 45-52, 2010.

MALACHIAS, M.V.B, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v.107, n.3 [Supl.3], p.1-83, 2016.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam. Pract. Manag.** v.7, n.8, p.45-50, 2000.

OLIVEIRA, E. D. S. **Estado nutricional de hipertensos de uma estratégia de saúde da família do interior de Pernambuco, Brasil.** Caruaru, FAVIP, 2011.

PIRES FILHO, L.A.S. et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.121, p.605-613, 2019.

SANTOS, E.C.B, et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com Diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder Público, profissionais de saúde e usuários. **Enferm, Florianópolis**, v. 20, n. 3, p. 461-70, 2011.

VIEIRA, S.C. **Câncer de mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Piauí - 2017.** Teresina: EDUFPI, 2017.

WHO - World Health Organization. **Cancer control: knowledge into action.** Geneve: WHO, 2007.