



**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**

**AMPLIAR A ATENÇÃO NO TERRITÓRIO E APLICAR O RASTREIO E  
DIAGNOSTICO PRECOCE PARA DOENCAS CRONICAS E CÂNCER NA  
UBS MARIA DE FATIMA COUTINHO, EM NOVA CRUZ (RN)**

**PATRICIA RAFAELA SOBREIRA DE LIMA**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

AMPLIAR A ATENÇÃO NO TERRITÓRIO E APLICAR O RASTREIO E DIAGNOSTICO  
PRECOCE PARA DOENCAS CRONICAS E CÂNCER NA UBS MARIA DE FATIMA  
COUTINHO, EM NOVA CRUZ (RN)

PATRICIA RAFAELA SOBREIRA DE LIMA

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

---

## **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 Básica de Saúde Maria de Fátima Coutinho em Nova Cruz, no Estado do Rio Grande do Norte, no Programa Mais Médicos para o Brasil. O objetivo foi identificar fragilidades no atendimento. Foi identificada a sobrecarga na agenda causada pela desatualização nos dados da população adstrita, comprometendo a atenção aos pacientes crônicos, bem como a ausência no rastreamento e detecção precoce de doenças crônicas e de câncer. A partir do treinamento da equipe e da socialização da informação com a população, associado ao apoio da Prefeitura Municipal e de toda a equipe de saúde, foi possível atualizar os dados do território, ampliar o acolhimento das demandas dos usuários e efetivar um atendimento mais integral e longitudinal em conformidade com os protocolos da Atenção Primária à Saúde.

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

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I</b>	<b>07</b>
<b>3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II</b>	<b>10</b>
<b>4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III</b>	<b>13</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>16</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>17</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Nova Cruz, no Estado do Rio Grande do Norte, está distante 98 Km (noventa e oito quilômetros) da capital, Natal, possuindo acesso rodoviário em bom estado de conservação, o que facilita a ligação entre o município e a capital do estado e faz com que a cidade seja de razoável desenvolvimento socioeconômico. O município possui Índice de Desenvolvimento Humano – IDH ao nível de 0,629, sendo a 39<sup>a</sup> (trigésima nona) cidade, entre 167 (cento e sessenta e sete) municípios, no ranking do IDH estadual.

De acordo com os dados disponíveis do IBGE, datados do ano de 2010, 19,8% (dezenove vírgula oito por cento) da população de Nova Cruz-RN vive abaixo da linha da pobreza. No tocante aos Conselhos Municipais, há diversos em atividade, sendo os mais relevantes à saúde populacional, os Conselhos Municipais de Saúde, Antidrogas, Assistência Social, Defesa do Meio Ambiente, Direito da Mulher, Educação e Tutelar, não desprezando a importância dos demais.

A saúde Municipal possui 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 05 (cinco) anexos na Zona Rural, 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE), 01 (um) Centro de atenção psicossocial, álcool e drogas (CAPS-AD), equipe de atenção à saúde prisional, serviço de atendimento domiciliar e o Hospital Monsenhor Pedro Moura, estabelecimento hospitalar geral e de urgência, de médio porte e de média complexidade.

O território da Unidade Maria de Fátima Coutinho, cenário de atuação, apresenta população adscrita de 1.611 (mil seiscentos e onze) habitantes, número este pendente de atualização e não condizente com a realidade, o que faz com que a população atendida seja bem maior que os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Tal unidade conta com uma equipe de saúde da família com a adição de equipe de saúde bucal.

Diante da realidade do Município de Nova Cruz-RN e da UBS observada, foram identificadas três problemáticas objetos de intervenção e resolução, a fim de amplificar e beneficiar o serviço de saúde ali prestado. A primeira problemática é o acolhimento à demanda espontânea e programada que se encontra bastante deficiente em razão do atendimento de população acima dos limites estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo ponto observado é a abordagem do câncer na atenção primária à saúde, uma vez que na unidade objeto de análise o rastreamento ainda não é frequente. Em terceiro lugar, fora identificada a deficiência no controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento desses pacientes.

Uma vez localizados os problemas acima elencados, há a necessidade de atualizar a população adscrita e realizar junto com a equipe o planejamento de atendimento eficaz para a demanda espontânea e programada, o que tornará possível identificar a população-alvo no que diz respeito ao rastreamento dos portadores de câncer e o acompanhamento das pessoas com DCNT, bem como possibilitar o diagnóstico precoce e o atendimento integral desses pacientes.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família contém três relatos de microintervenções realizadas no cenário de prática para contribuir com a melhoria da organização do cuidado aos usuários da Atenção Primária em Saúde da Família.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### O ACOLHIMENTO ÀS DEMANDAS ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA UBS MARIA DE FÁTIMA COUTINHO EM NOVA CRUZ (RN): RELATO DE EXPERIÊNCIA

#### Introdução

A Unidade Básica de Saúde é o organismo dentro do SUS com capacidade de estabelecer o fluxo dos serviços na rede de atendimento, sejam eles de alta, média ou baixa complexidade. Desta feita, é inerente à atenção básica o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, respeitando o princípio do primeiro contato, de modo que o atendimento aos usuários deve ser facilitado e livre de obstáculos, a fim de que se atue com a maior gama de pacientes dentro de seu território (BRASIL, 2011).

O acesso, segundo Millman (1993, p.4), foi definido como “*o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde*” (SHIMAZAKI, 2009).

A unidade sob análise, no caso, a UBS Maria de Fátima Coutinho, situada no bairro Planalto, do Município de Nova Cruz (RN), é uma das principais daquele município, sobretudo pela quantidade de usuários adstritos, quantidade de profissionais de saúde ali lotados e sua estrutura de suporte, portanto, o pleno funcionamento do acolhimento é de fundamental necessidade.

Imperativo se faz a adoção de nova política de acolhimento que envolva o treinamento dos funcionários, de modo que estejam familiarizados com as práticas de acolhimento, o estabelecimento de estratégias e metas que facilitem a longitudinalidade e a integralidade do atendimento, a ampliação dos canais de acesso disponíveis aos usuários e a interlocução com a população adstrita, orientando sobre seus direitos e a melhor forma de usufruir dos serviços ali prestados.

A UBS é informatizada e classificada como porte I possuindo uma equipe de atenção básica. Sua estrutura física conta com uma sala para recepção e prontuários, sala de espera para 15 (quinze) pacientes, um banheiro público e outro reservado aos funcionários, um consultório odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de inalação coletiva para até 02 (dois) pacientes, uma sala de vacinas, uma sala de procedimentos, local para estocagem, uma sala de reuniões para atividades coletivas, uma copa, local para depósito de material de limpeza, expurgo e uma sala de esterilização. Os profissionais contam ainda com 4 (quatro) computadores na UBS.

Com a singela diminuição de casos de COVID-19 no local e o retorno gradativo dos atendimentos ao longo dos últimos 06 (seis) meses, foi iniciada a intervenção que busca implantar nova política de acolhimento na unidade de atuação, contudo, não foi possível fazê-la com a celeridade planejada tendo em vista o funcionamento precário da UBS em razão da

pandemia que assola o mundo.

### **Metodologia**

As ações foram realizadas a partir de reuniões sistemáticas de planejamento desenvolvidas pela equipe de saúde e através de pactuações efetuadas com a Secretaria Municipal de Saúde, envolvendo capacitações para os profissionais e trabalhadores de saúde para compreensão e melhor organização do processo de acolhimento e do fluxo das demandas dos usuários da UBS.

### **Resultados**

Antes do início da pandemia de COVID-19, a unidade de saúde observada já padecia de problemas com o acolhimento havendo um interregno de aproximadamente um mês entre o agendamento e a consulta médica. Portanto, embora o atendimento tenha sido agravado pela pandemia, a deficiência desta unidade no primeiro contato já era pungente em tempos normais. Tal deficiência se dava pela precária gestão da agenda pela equipe de saúde bem como pela ausência de controle, quantificação e mapeamento pleno da população adstrita pelo Município.

Portanto, a agenda da unidade estava 90% preenchida pela demanda agendada não havendo espaço para a demanda espontânea o que causava imensa sobrecarga à equipe, uma vez que a demanda espontânea havia de ser absorvida de alguma forma.

Iniciada a primeira microintervenção, foram promovidas reuniões junto à Prefeitura Municipal e com os agentes comunitários de saúde, uma vez que parte dos obstáculos no acolhimento nascia da ausência do ente estatal, solicitando o cadastramento da população adstrita, permitindo assim uma maior exatidão nos números e o melhor planejamento de atuação, o que fora devidamente realizado recentemente.

Além disso, fora alocada na Unidade Básica de Saúde uma coordenadora administrativa, função outrora exercida cumulativamente pela enfermeira, o que a impedia também de cumprir sua agenda de atendimentos e realizar o acolhimento na Unidade básica de Saúde estando sobrecarregada com demandas administrativas.

Resolvida a questão com a administração municipal, fora realizado treinamento com a equipe de saúde, de modo a dar conhecimento aos funcionários sobre os princípios da atenção básica, noções sobre o funcionamento do SUS e a atuação da atenção primária dentro do sistema, tudo com ênfase ao princípio do primeiro contato, a fim de que se obtenha na unidade o pleno funcionamento do acolhimento, problema objeto da intervenção.

Houve então nova distribuição de tarefas entre a equipe, de forma que à recepção coube o acolhimento relativo à renovação de receituários e acolhimento das demais queixas dos pacientes, sempre direcionando o atendimento ao profissional de enfermagem ou à técnica de enfermagem, não lhe cabendo mais a gerência da agenda da unidade nem tampouco a triagem de pacientes, até mesmo porque a triagem visa excluir aquele que não deveria estar ali sendo antagonico ao acolhimento inclusivo.



Excluída a triagem anteriormente realizada pela recepcionista, ficou sob atribuição da enfermeira e da técnica de enfermagem o acolhimento com realização da classificação de Manchester, inserindo as informações dos pacientes no prontuário eletrônico, sendo estas responsáveis também pela organização da agenda de atendimentos da unidade, funcionalidade presente no próprio prontuário eletrônico. Dessa maneira, os atendimentos que demandarem certa urgência serão realizados no mesmo dia ou em no máximo 48 (quarenta e oito) horas e em casos pouco urgentes, o paciente será atendido na mesma semana em que procurou a unidade.

### **Considerações finais**

A intervenção realizada promoveu a utilização ampla e correta do prontuário eletrônico, que anteriormente era subutilizado, de modo que a meta estabelecida será incluir 100% da população adstrita nele. Isso permitirá a perfeita organização do acolhimento e o aparelhamento definitivo da unidade, assim, independente da troca de profissionais da equipe, o acolhimento funcionará sem percalços.

Porém, o grande desafio tem sido introduzir toda essa comunidade nessa base de dados eletrônica, sendo necessário incluir mais tempo para consulta quando esse paciente ainda não estiver inserido em prontuário eletrônico. A previsão será de seis meses de agenda sobrecarregada de atendimentos, para que 90% da população seja cadastrada eletronicamente.

### **3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2**

#### **ABORDAGEM AO CANCER NA UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA DE FATIMA COUTINHO NA CIDADE DE NOVA CRUZ (RN)**

##### **Introdução**

A prevenção no âmbito da saúde pública é realizada em vários estágios, seja visando evitar o desenvolvimento de um estado patológico ou até mesmo com o objetivo de retardar ou deter a progressão da doença ou de suas sequelas. Portanto, todo ato que impacte na redução da mortalidade ou morbidade das pessoas pode ser definido como prevenção.

Conforme Brasil (2010), prevenir é evitar o desenvolvimento de uma doença, incluindo todas as medidas e as terapias definitivas que limitam sua progressão em qualquer estágio. Na oncologia, tem sido extremamente efetivo a prática do rastreo e do diagnóstico precoce para diminuição da mortalidade por essas causas, possibilitando uma transição epidemiológica no quesito de causas de morte, pois a identificação do câncer em seu estágio mais brando requer a mínima intervenção e o maior controle da patologia.

Na Unidade Básica de Saúde observada, Maria de Fatima Coutinho, em Nova Cruz (RN), identificou-se que o rastreo e a detecção precoce do câncer vinham sendo deixados em segundo plano em detrimento de uma agenda sobrecarregada e direcionada a grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, pré-natal e puericultura.

Por outro lado, percebe-se que a população adstrita à Unidade Basica de Saúde é envelhecida e de baixa instrução e renda, grande parte composta por trabalhadores rurais, portanto, expostos a fatores de risco para desenvolvimento de patologias, como câncer, além do pouco acesso à informação sobre as causas, métodos de detecção e prevenção dessa doença. Além disso, as condições geográficas os deixam em maior vulnerabilidade ao câncer de pele, por exemplo, tendo em vista a extensa exposição solar da região nordeste do Brasil, onde a maior parte dos dias do ano é ensolarada.

Diante deste cenário, é necessária a presente microintervenção com o objetivo de instruir a população do território sobre os riscos, prevenção, identificação, tratamento do câncer, realização de busca ativa dos pacientes-alvo de modo a promover, não só o rastreo periódico e permanente daquela população já atendida pela unidade, mas também daqueles que nunca foram rastreados.

##### **Metodologia**

Esta intervenção foi realizada com a intensa participação dos agentes comunitários de saúde, profissionais que têm a capacidade de capilarizar o atendimento na comunidade do bairro Planalto, na cidade de Nova Cruz (RN). Portanto, iniciou-se com o treinamento destes agentes de saúde a fim de realizar as medidas descritas adiante. Em razão da pandemia de COVID-19 e de seus protocolos de segurança e suas inúmeras restrições de convivência e de realização de palestras em grupo, o planejamento das ações foi realizado através de reuniões

online entre os componentes da equipe de saúde, durante as reuniões sistemáticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços.

### **Resultados**

Inicialmente, fora confeccionado questionário para ser utilizado pelos agentes de saúde com os usuários, contendo perguntas básicas de identificação de sintomas que podem indicar câncer em suas diversas modalidades, como presença de manchas na pele, incômodos na micção, nódulos nos seios, etc. Além de questionamentos sobre a frequência dos exames preventivos ginecológicos.

Diante do retorno destes questionários respondidos, os usuários identificados com possíveis sintomas de câncer tiveram consultas marcadas na unidade, que passou a contar com um dia, a cada duas semanas, reservado exclusivamente para o rastreio de câncer.

Foram programadas a realização de palestras informativas à população, provavelmente atreladas às campanhas mensais do Ministério da Saúde, como “outubro rosa” e “novembro azul”. Contudo, ainda não foi possível a realização deste tipo de campanha em razão da pandemia de COVID-19 e de seus protocolos de segurança sobre distanciamento social e suas inúmeras restrições de convivência e realização de palestras em grupo.

No tocante ao câncer de pele, foram confeccionados panfletos informativos incentivando a população a sempre observar as manchas e sinais da pele, bem como ensinando meios de proteção solar, seja com o uso de loções protetoras, ou mesmo de assessórios e vestimentas. O incentivo ao uso de proteção solar também foi tema de treinamento dos agentes de saúde para que eles estimulassem a população a se proteger do sol, das mais variadas formas possíveis.

Quanto ao câncer de mama, foram confeccionados panfletos informativos ensinando e incentivando o autoexame. Além disso, os panfletos distribuídos convocam as pacientes com idade entre 50 e 69 anos para comparecerem à unidade de saúde a fim de serem encaminhadas à mamografia.

No que diz respeito ao câncer de colo de útero, os panfletos informativos trouxeram esclarecimentos indicando a necessidade do uso de preservativo e a realização de exame preventivo periódico, convidando as pacientes a comparecerem a unidade de saúde, que dispõe de agenda própria para tal exame, bem como a distribuição dos preservativos junto com os panfletos.

Já para o câncer de próstata há a busca por pacientes sintomáticos através do questionário utilizado pelos agentes de saúde. Após a identificação dos fatores de risco e sintomas associados o paciente tem sido encaminhado para maior investigação.

### **Considerações finais**

A Unidade Básica de Saúde, Mari8a de Fátima Coutinho, identificou, após toda essa intensa busca e trabalho junto a população, uma grande demanda de pacientes nunca rastreado e um novo grupo a ser trabalhado com bastante afinco.

A grande dificuldade encontrada se deu em razão da paralização das atividades durante a pandemia da COVID-19, o que causou imenso atraso no atendimento desse grupo, impossibilitando a realização dos exames de rastreio e detecção precoce e tornando a agenda específica (dois dias mensais) insuficiente.

Contudo, a previsão é de que, dentro de aproximadamente seis meses, será possível atualizar a agenda e conseguir ter a população adstrita em dia com a prevenção do câncer.

#### **4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3**

### **CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA UBS MARIA DE FÁTIMA COUTINHO EM NOVA CRUZ (RN): RELATO DE EXPERIÊNCIA**

#### **Introdução**

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, apontou que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) correspondem a 72% das causas de morte no Brasil, além disso, mais de 45% da população adulta (54 milhões de indivíduos) relata pelo menos uma doença crônica. Apesar de todo enfrentamento para evitar mortes causadas por doenças respiratórias nos últimos meses, ainda assim é possível observar, como principal causa de mortes, as doenças do aparelho circulatório. As doenças crônicas oferecem vulnerabilidade aos pacientes não somente pelos efeitos da própria doença, mas também por torna-los co-mórbidos. Dentro do Sistema Único de Saúde, a atenção primária é a única estrutura capaz de realizar o controle, a promoção e a prevenção dessas doenças de forma longitudinal e integral, pois é na atenção básica onde a relação médico-paciente se estreita e se identificam os fatores que favorecem o surgimento de doenças (BRASIL, 2013).

Na UBS em questão, foi identificada uma expressiva demanda de renovação de receituários para medicamentos de uso contínuo, bem como uma elevadíssima procura de atendimento por usuários idosos com doenças crônicas, o que supera muito os atendimentos de pré-natal e puericultura, por exemplo. Essas características denotam que a população adstrita é de maioria idosa e com doenças crônicas, sendo que entre elas a de maior número é a hipertensão arterial sistêmica, seguida por diabetes mellitus.

Assim, o objetivo buscado na microintervenção foi delimitar este universo de pacientes, junto com os agentes comunitários de saúde, de modo a saber quem é cada um dos portadores de doenças crônicas, a periodicidade de atendimento, a adesão dos medicamentos administrados, o nível de acometimento da doença, e as ações de incentivo a tratamentos preventivos, prestando a assistência que propõe a atenção básica.

#### **Metodologia**

A intervenção foi planejada em reuniões sistemáticas da equipe de saúde, sendo realizada através de um mapeamento de perfil sócio sanitário das pessoas com DCNT a partir de matrizes de acompanhamento e monitoramento das condições crônicas apresentadas por elas e das condições ambientais da comunidade adscrita.

## Resultados

No território adscrito à UBS Maria de Fátima Coutinho estão presentes diversos fatores que contribuem para a ocorrência das doenças crônicas, como o saneamento precário, pobreza extrema, nenhuma opção de lazer e de esporte, presença de vários locais de venda de bebida alcoólica, coleta de lixo deficiente, criação de animais à solta e cultura alimentar pouco saudável dada a pobreza populacional.

Com o propósito de realizar o mapeamento pretendido na intervenção e, por conseguinte, permitir a melhor atuação da atenção básica no controle das doenças crônicas, foram confeccionadas tabelas a serem utilizadas pelos agentes comunitários de saúde, quando das visitas domiciliares. Nessas tabelas, são inseridas as informações do paciente indicando, além dos dados pessoais, as DCNT existentes e a data da última consulta.

Assim, foi possível acompanhar cada paciente através dos agentes de saúde, monitorando-se, inclusive, a periodicidade de consultas. Além disso, fora estabelecido que no início do mês de outubro de todos os anos haverá a busca ativa daqueles doentes crônicos que não compareceram à unidade de saúde ao longo do ano, realizando-se, caso necessário, até mesmo a visita domiciliar pelo médico.

A microintervenção restou prejudicada, em parte, pela pandemia de COVID-19, uma vez que há o planejamento de realizar palestras esclarecendo a população sobre os riscos e os tratamentos das DCNT, como também realizar periodicamente ações de saúde instruindo a população e realizando o chamamento dos usuários para atendimento de prevenção e/ou controle das doenças crônicas, bem como o incentivo à prática esportiva e alimentação saudável.

Diante da suspensão dos atendimentos especializados por longo período de tempo, o atendimento relativo à nutrição, por exemplo, foi suprido durante a consulta médica, sendo disponibilizado pela médica um planejamento dietético adequado para cada doença, com alimentos de baixo custo.

No que se refere as atividades físicas, dentro das possibilidades das autoridades sanitárias, promoveu-se através dos agentes de saúde a prática regular de caminhada ao ar livre com o uso de máscara e o devido distanciamento social, uma vez que, durante a pandemia, o sedentarismo e as doenças psicossomáticas tiveram aumento considerável.

Com o retorno gradativo das atividades na pandemia, o Município facilitou a marcação de consultas e exames, antes realizados através da secretaria de saúde, com a entrega pelo paciente da solicitação médica de exame ou consulta, e que hoje pode ser realizado pela própria UBS via contato telefônico, dando maior apoio diagnóstico e terapêutico, fazendo com que a atenção primária seja realmente resolutiva no controle das doenças crônicas. O Município também tem sido bastante eficiente na disponibilização das medicações de uso

continuo para as pessoas com DCNT.

### **Considerações finais**

Após a intervenção, embora tenham ocorrido diversas dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19, foi possível identificar um maior comparecimento de doentes crônicos que antes não buscavam atendimento da atenção primária há muito tempo, sendo possível rastrear doenças crônicas, hábitos de vida pouco saudáveis e adequar a medicação já utilizada ou introduzir um tratamento eficaz.

Identificou-se ainda que foi possível trazer ao atendimento os pacientes que, embora acometidos por doenças crônicas, não procuravam a atenção básica nem tampouco realizavam o controle da doença.

Além disso, no tocante aos pacientes “polifarmácia” e que sempre estavam procurando a unidade de saúde de forma recorrente, foi possível promover uma conscientização sobre seus excessos e estimular mudanças de estilo de vida, incluindo o hábito de manutenção de uma dieta mais saudável e a prática regular e orientada de exercícios físicos.

Até o presente momento não foi possível desempenhar a microintervenção da forma original como foi pretendida, em razão da pandemia de COVID-19, contudo, com as medidas adotadas, espera-se que todos as pessoas com DCNT possam comparecer na rotina da UBS para consulta e controle da doença ao menos três vezes ao ano, como também se planeja que as ações de saúde permitam realizar o rastreamento de doentes crônicos ainda não diagnosticados, portanto, não acompanhados e tratados.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as ações implementadas no presente estudo, identificou-se a pouca, ou nenhuma, coordenação das ações na unidade básica de saúde, de forma que a equipe tem imenso comprometimento e vontade de fazer funcionar essa ponta do sistema, contudo, carece de organização que deveria ser observada pela gestão do município, não apenas como meio de governo, mas sim como parte do funcionamento estatal.

Medidas simples e já previstas no Sistema Único de Saúde, como as que foram implementadas nas intervenções, acabam por solucionar não só os problemas-alvo como também melhoraram o funcionamento da unidade como um todo e, por conseguinte, permitiu a melhor prestação do serviço de saúde à população. Assim, não é preciso criar novos métodos, apenas implementar o que já existe, mas não é utilizado.

Após as microintervenções notou-se que a equipe de saúde passou a trabalhar com novo entusiasmo ao passo que vê surtir efeito o esforço de cada um. Somado a isso, tem-se uma população muito mais satisfeita e com suas necessidades atendidas, havendo controle e prevenção das doenças daquela população.

As dificuldades em implementar as medidas tomadas se deram basicamente em razão da pandemia da COVID-19 que forçou a parada repentina das atividades e bloqueou a atuação da unidade básica em relação às doenças não relacionadas ao novo Coronavírus. As necessárias medidas de distanciamento social também atrapalham bastante o perfeito acolhimento da população e a adoção mais plena das intervenções, que tiveram de ser modificadas a fim de garantir a saúde de todos.



## 6. REFERÊNCIAS

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

\_\_\_\_\_. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS (ESPMG). **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p.10-16.

MILLMAN, M. **Acess to health care in America**. Washington, DC: National Academy Press, 1993.