



**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**

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM PROL DA ORGANIZAÇÃO DO  
TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EDVAL EDVAL VENTURA  
NO MUNICÍPIO DE LÁBREA-AM: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**ISABEL CRISTINA DA SILVA NEVES SOUZA**

---

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

---

---

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM PROL DA ORGANIZAÇÃO DO  
TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS  
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EDVAL EDVAL VENTURA NO MUNICÍPIO DE  
LÁBREA-AM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ISABEL CRISTINA DA SILVA NEVES SOUZA

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: AILMA DE SOUZA  
BARBOSA

---

NATAL/RN  
2021

---

## **RESUMO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Edval Ventura faz parte das 5 unidades existentes no município de Lábrea localizada no interior do estado do Amazonas. Durante a vivência do cotidiano da unidade foram identificados alguns problemas de organização de fluxo durante os atendimentos e necessidade de melhora na assistência dos usuários daquela área, em decorrência disso, microintervenções foram executadas para suprir essas necessidades. Esse trabalho objetiva melhorar a qualidade, eficiência e eficácia da assistência com esquemas de visitas domiciliares, fluxogramas, circuito de palestras e outros, elaboradas e executadas em conjunto com a equipe multidisciplinar da unidade. Conforme o relato foi possível evidenciar os bons impactos que as microintervenções tiveram no dia a dia da unidade com boa aderência do público-alvo as mudanças propostas e também a colaboração da equipe envolvida. Diante do exposto, as intervenções se mostraram potenciais estratégias para a melhora da rotina da unidade, ao passar do tempo e de sua eficaz aplicação, espera-se que se tornem cada vez mais eficientes e benéficas para os usuários da unidade e também da equipe que lá atua.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	07
3	RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	10
4	RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	13
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
6	REFERÊNCIAS	16

## 1. INTRODUÇÃO

O modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é desenvolvido, no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território; possui ampla capilaridade; é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Lábrea é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, Região Norte do país. Sua população é de 46 882 habitantes, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos em 2018 e considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 52.7% da população nessas condições. Na educação a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 85,7 %, e apresenta 18% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.50 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2020).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Edval Ventura faz parte das cinco unidades de saúde do município de Lábrea-AM, a mesma é dividida em duas pequenas áreas para facilitar a cobertura dos usuários pertencentes ao território adscrito. É composta por uma equipe multidisciplinar que funciona sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF).

Esse relato de experiência é resultado de propostas de microintervenções que foram planejadas e executadas pelo coletivo de profissionais da equipe de saúde, que identificaram pontos que estavam fragilizados no processo de trabalho e no cuidado ofertado para população. No decorrer das vivências as estratégias foram elaboradas para que esses pontos importantes identificados fossem repensados de forma que pudessem com simples atitudes transformar uma realidade.

Objetivou-se neste sentido, provocar a reflexão acerca da organização do processo de trabalho da equipe de saúde, com propostas de organizar e potencializar o atendimento tornando-o mais efetivo para atender às reais demandas dos usuários sem que a qualidade do cuidado seja perdida. Durante o cotidiano da unidade foi identificado a desorganização das visitas domiciliares, onde alguns usuários recebiam visitas mais frequentes e outros não recebiam sequer uma visita durante meses, pensando nisso um esquema de visitas domiciliares foi elaborado.

Atuar na promoção e prevenção é um dos papéis da Atenção Básica, bem como o diagnóstico precoce e referência para unidades das redes de atenção à saúde. O câncer continua a ser um tema muito relevante no cenário mundial, dessa forma elaborar ações para a prevenção e diagnóstico do mesmo se tornou imprescindível, foi elaborado um circuito de palestras e a adoção de um sistema de referência e contrareferência.

Milhões de brasileiros possui ao menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) e essa realidade ficou bem evidente durante o decorrer das microintervenções, como

um tema dessa magnitude se viu necessário desenvolver uma microintervenção voltada ao tema.

Finalmente, foi possível compreender que a colaboração e o envolvimento dos demais profissionais da equipe foi primordial para o alcance dos objetivos, fomentando nestes a necessidade de olharem de modo reflexivo para suas práticas e, a partir deste processo, atuarem de forma a aprimorá-las.

Contudo, a precariedade dos recursos humanos dos municípios, a alta rotatividade de profissionais, o baixo quantitativo de apoio técnico especializado e a sobrecarga de trabalho denotam uma fragilidade de uma realidade a ser superada e que dificulta o acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral dos usuários.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### **ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DA UBS EDVAL VENTURA.**

É sabido que a rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo território nacional é constituída por filas intermináveis, usuários que necessitam chegar muito cedo a UBS para disputar fichas de atendimento e entre outras situações corriqueiras. Com isso se faz necessário uma organização e planejamento de como manejar a demanda espontânea e programada para uma assistência de qualidade, equidade e resolubilidade.

Trazendo isso para a vivência da UBS onde atuo, a microintervenção foi essencial para organizar o fluxo de atendimento da unidade, mais especificamente quando se tratava de visitas domiciliares. Foi evidente no decorrer dos meses de atuação que era indispensável uma proposta para estabelecer uma estratégia que possibilitasse visitar os usuários que mais necessitavam pelo menos uma vez na semana. Partindo do pressuposto que existiam pacientes que eram bastante assistidos pela equipe e outros que nunca sequer receberam uma visita por diversos fatores.

Neste contexto, o objetivo principal da microintervenção foi organizar o esquema de visitas domiciliares que devido as grandes demandas não estavam sendo realizadas pela equipe, para ao menos uma vez na semana. Paralelo a isso, objetivos secundários podem ser citados como: ofertar visitas a todos que residem na área de abrangência da unidade que apresentem necessidade, oferecer um esclarecimento sobre os benefícios de seguir o tratamento terapêutico de forma correta e identificar fatores de risco para a saúde da população.

A UBS Edval Ventura, localizada no município de Lábrea no estado do Amazonas. A área demográfica onde está situada a UBS foi dividida em duas pequenas áreas para assim facilitar o nível de abrangência de cada equipe, formada por: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Dentistas e Médicos igualmente, além das equipes de apoio que atuam em conjunto com cada equipe, como: Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista, Assistente Social e etc. Atendendo toda a população da área em que está localizada. Ao decorrer das reuniões que ocorrem periodicamente o público-alvo a serem escolhidos foram os usuários que recebiam visita domiciliar da equipe

multidisciplinar. A microintervenção começou a ser implantada no dia 1 de setembro e permanece em funcionamento, porém, o período que foi utilizado para o presente relato de experiência foi desde sua data de implementação até o dia 2 de outubro sendo responsáveis pela ação os ACS de cada área, o enfermeiro, o dentista e o médico. Foi confeccionada uma lista em conjunto com o ACS da área responsável pelo cuidado de seu paciente acamado ou domiciliado, contendo nome, comorbidade e que está sendo seguida pela equipe de saúde.

No decorrer da implementação da rotina das visitas domiciliares em usuários com comorbidades crônicas, a partir do modelo de organização que a lista propiciou foi possível identificar possíveis complicações como: o uso de anti-hipertensivos por período prolongado de tempo, pacientes com glicemias descompensadas, infecções maltratadas e outros. Nessas visitas foram abordadas as formas corretas de uso de medicação, além disso, identificar casos de diabetes mal controladas ou nunca diagnosticadas por meio de pedidos de exames de laboratório que a UBS oferece e também por relatos dos pacientes. Assim como, acompanhamento de prognósticos, identificação de novos casos de patologias em familiares das pessoas que residiam nas residências visitadas.

Outro ponto importante a ressaltar foi a prática bastante recorrente na maioria das visitas realizadas, o fator cultural arraigados na população que faz uso dos remédios caseiros fitoterápicos. Observou-se que a população em geral utilizava medicamentos sem a devida orientação, sem um conhecimento em relação ao correto armazenamento das plantas, a fim de preservar suas propriedades medicinais, ou seja, seus princípios ativos (MARTINS et al., 2000). Costume esse passados de geração em geração, assim como, a utilização de rezas, rituais ou até mesmo simpatias, em substituição dos fármacos receitados pela equipe multidisciplinar. Constatou-se que, no decorrer do tratamento não se obtinha melhora das condições de saúde porque a posologia prescrita não era respeitada pelos usuários, fato comprovado pelos exames laboratoriais e pelo uso errôneo dos medicamentos.

A estratégia foi bem aceita pela equipe e isso repercutiu na rotina da unidade, houve consultas de retorno quando se era possível, permitiu ter uma boa noção das famílias que precisavam de uma atenção mais cuidadosa da equipe multiprofissional. Além disso, houve um



direcionamento melhor dos atendimentos aos acamados e domiciliados. Contudo pontos negativos podem ser citados, como por exemplo: pacientes mesmo recebendo os esclarecimentos da equipe não tinham uma boa adesão a posologia dos medicamentos por questões culturais, étnicas e religiosas, a falta de estrutura na logística de atendimento e tempo reduzido para cada visita.

Contudo, espera-se que conforme o decorrer do tempo surja novas estratégias fazendo assim com que o instrumento relatado nessa vivência se torne cada vez mais eficaz, novos recursos sejam remanejados para que possamos desempenhar um trabalho melhor. A impressão de panfletos, folders e informativos sobre a posologia de diversos fármacos, roda de conversas em lugares apropriados, reuniões de comunidade e outras estratégias.

Concluiu-se que, a microintervenção ainda precisa de ajustes de forma que as visitas domiciliares se tornem mais ágeis e dinâmica, porém ao primeiro momento funcionou bem e teve uma taxa alta de aceitação da equipe e dos pacientes. Foi percebido que quando os usuários seguiam as orientações da equipe logravam êxito no controle de suas comorbidades. Ressalta-se a importância da participação dos domiciliados que foram contemplados com as visitas, no seu processo de cuidado, contribuindo com novas ideias e opiniões e aperfeiçoando a estratégia utilizada. O processo de esclarecimento do uso das plantas medicinais continua em todas as visitas não somente com a equipe médica, mas com a odontologia e com a enfermagem, e com todo o apoio dos ACS. Foi possível observar pontos positivos na rotina da unidade, como retorno para consultas onde se era constatado a melhora do paciente, detecção precoce de comorbidades em andamento, maior organização no fluxo de visitas.

Ao contrário da crença popular, o uso de plantas medicinais não é isento de riscos. Além do princípio ativo terapêutico, a planta pode conter substâncias tóxicas, substâncias alergênicas, contaminação por agrotóxicos ou por metais pesados e pode interagir com outras medicações, causando danos à saúde.

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

#### **CIRCUITO DE PALESTRAS EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER NA UBS EDVAL VENTURA MUNICIPIO DE LABREA-AM.**

O câncer já está entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países e o Brasil registrará 625 mil novos casos de câncer entre os anos de 2020-2022 (INCA, 2020). Como principal porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem papel fundamental para a mudança deste cenário atuando na promoção e proteção de saúde bem como diagnóstico precoce e redirecionamento de fluxo para as unidades competentes.

Não somente no cenário mundial, mas também em municípios, a exemplo do qual a unidade está situada, elaborar intervenções e ações para o público-alvo neste estado é um dever de todos que trabalham em prol da saúde pública. Durante o cotidiano da unidade viu-se necessário ações para os mesmos, facilitando o seu atendimento e tornando-o ágil. Além disso, captar novas pessoas com condições predisponentes e agir com a prevenção também se tornou imprescindível.

Neste cenário, o objetivo central da microintervenção foi realizar um circuito de palestras educativas na USB Edval Ventura a respeito do tema, elaborado em conjunto com os profissionais da equipe; organizar um fluxograma para busca ativa de usuários com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer durante atendimentos de rotina na unidade de saúde, assim como, quando necessário encaminhamento para os profissionais seguindo o sistema de referência e contrareferência.

Algumas das principais causas de desenvolvimento do câncer são: hábitos alimentares inadequados, uso de tabaco, inatividade física e hereditariedade. Alguns desses fatores são modificáveis e pensando nisso o público-alvo se formou, pessoas com fatores de riscos ao desenvolvimento do câncer. Em colaboração com os integrantes da unidade em relação a busca ativa e também conforme as consultas de rotina e programadas foram captados potenciais pacientes. A microintervenção começou no dia 7 de dezembro de 2020 e perdura até o momento da finalização desse relato, o intervalo usado para o relato de experiência perpassa entre a sua implementação até o dia 7 de janeiro de 2021. Foram elaboradas palestras abrangendo as principais causas para o

desenvolvimento do câncer já elencadas, abordando temas como o tabagismo e seus malefícios, a importância da atividade física no cotidiano, os benefícios de uma alimentação adequada e saudável, a importância da periodicidade da coleta do exame de Papanicolau. Também foi elaborado um sistema de referência e contrarreferência quando o paciente era encaminhado para os profissionais especialistas como o nutricionista e ginecologista.

Respeitando o cronograma da unidade e em dias específicos, as palestras foram ministradas por enfermeiros e equipe médica, além de suporte com a equipe de nutrição do município esclarecendo dúvidas e colaborando com o desenvolvimento das palestras. Nos respectivos dias a palestra era ministrada com o público presente na unidade, abordando variados temas. Notou-se que o público presente se mostrava interessado e participativo com questões pertinentes durante o decorrer das palestras, essas elaboradas em conjunto com a equipe trouxeram profissionais com mais experiência nos temas propostos facilitando assim a segurança nas informações que eram passadas e transmitindo confiança para o público. Simultaneamente a essa ação, usuários eram abordados nas consultas de rotina, identificado os fatores de risco por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), anamnese e história pregressa. Foram apresentados meios de prevenção do desenvolvimento do câncer, orientações sobre alimentação e mudanças do estilo de vida e quando necessário os mesmos foram encaminhados para cuidados mais específicos por determinados profissionais conforme a demanda ofertada no município. Com isso o sistema de referência e contrarreferência foi iniciado visando uma melhor clareza no acompanhamento desses pacientes.

A medida que o circuito de palestras ia acontecendo, respeitando todas as recomendações de segurança devido ao cenário vivenciado e a captação de potenciais pacientes durante as consultas de rotina utilizando o fluxograma criado, notou-se que o público mostrava mais interesse e procurava colher mais informações a respeito do tema. Contudo, percebeu-se no projeto algumas fragilidades e a principal e mais importante delas foi o sistema de referência e contrarreferência, o mesmo além de ser um sistema que já é de conhecimento e do cotidiano dos profissionais ajuda na agilidade e no bom acompanhamento dos pacientes. Usuários que eram encaminhados aos especialistas voltavam com pouco ou até mesmo

nenhum registro ou recomendação. Outro ponto é, por ser um projeto que depende de várias pessoas para ser posto em execução com segurança e confiança nas orientações, ocorreram situações que os profissionais não estavam disponíveis.

Tratando-se da continuidade do projeto, as palestras serão voltadas a palavras chaves, como: hábitos alimentares, uso do tabaco, inatividade física. Continuarão sendo executadas em dias propícios de educação em saúde já existente na escala da unidade e também executadas pelos profissionais da unidade do fluxograma criado, o mesmo visa uma melhor organização e rapidez no fluxo. Espera-se um bom desenvolvimento ao passar dos dias e também uma melhor aceitação dos profissionais envolvidos.

Diante do exposto, o tema é de relevância para todos e precisa ser abordado com mais frequência. Inicialmente a microintervenção teve um bom êxito e mostrou potencial por despertar o interesse dos usuários que foram beneficiados com a ação. Destaca-se a importância do comprometimento dos profissionais que participam da atividade para que a mesma se torne cada vez eficaz e benéfica para o público e também o indispensável respeito ao sistema de referência e contrarreferência, tornando a assistência desses pacientes mais efetiva. Foi possível identificar pontos positivos como a regularidade na ministração das palestras pelos profissionais da unidade, o interesse dos mesmos em passar informações confiáveis para os pacientes e também foi possível identificar pontos negativos na ação, como a parcial aceitação do sistema de referência e contrarreferência proposto, a indisponibilidade de profissionais especialistas em certas ocasiões. Contudo, a proposta com mais tempo em vigência e mais maturada se apresentará como potencial estratégia para a unidade.

Destaca-se, ainda, a influência positiva do circuito de palestras na UBS como fator de criação e fortalecimento de veículos entre profissionais e comunidade.

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

##### **ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DA PESSOA IDOSA NA UBS EDVAL VENTURA LÁBREA- AM.**

As doenças crônicas não transmissíveis são caracterizadas por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, períodos prolongados de latência. Doenças como câncer, diabetes, doenças cardiopulmonares e respiratórias crônicas são responsáveis por cerca de 70% das causas de morte em todo o mundo (OMS, 2018). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo o Ministério da Saúde, 57,4 milhões dos brasileiros possui ao menos uma dessas doenças. Em 2018, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 57% de todas as mortes ocorridas no país.

Como um sinal de alerta que essas doenças representam, um cuidado mais especial e centralizado precisa ser desenvolvido para que os possíveis agravos devidos aos fatores de risco, sejam identificados o quanto antes e tratados promovendo uma melhoria de vida aos usuários que buscam as unidades do município de Lábrea. No decorrer da vivência na unidade, assim como observado nas microintervenções anteriores, o público idoso e portadores dessas comorbidades são públicos assíduos no cotidiano da UBS. Nesta perspectiva, o objetivo central desta intervenção foi realizar uma revisão contínua na carteirinha do idoso dos usuários que procuram a unidade e também identificar fatores de risco dos mesmos que desencadeiem as diversas doenças crônicas não transmissíveis, sanando dúvidas, reavaliando medicamentos de uso contínuo. Tudo pensado em melhorar a vida diária da pessoa idosa e de pessoas acometidas pelas DCNT que é motivo de cautela no dia a dia da UBS.

Alguns dos principais fatores de risco para o desencadeamento e não melhora das DCNT são comportamentais, modificáveis com a mudança do estilo de vida. Com foco principalmente nos idosos da unidade e observando a não adesão dos mesmos ao uso da carteirinha do idoso a estratégia foi voltada a esse público-alvo. Em trabalho conjunto com os agentes comunitários de saúde (ACS) e abordagem dos usuários que pertencem ao grupo alvo que procuravam a unidade, foi mapeado de forma breve um perfil epidemiológico dos potenciais usuários incluídos neste perfil estudado. A mesma se deu início no dia 4 de fevereiro de 2021 e está em execução até o presente momento, porém a nível didático o período do corte desse relato se deu da data citada até o dia 5 de março de 2021. Os profissionais responsáveis pela microintervenção foram os ACS, a equipe de enfermagem e equipe médica, cabendo aos ACS de cada microárea realizar a divulgação e orientação da importância de utilizar a caderneta do idoso para preenchimento com informações importantes sobre a vida tanto dos usuários que podem se locomover até a UBS, quanto os que estavam acamados e domiciliados.

Os primeiros dias da implantação da estratégia, percebeu-se pouca adesão dos usuários a carteirinha do idoso, porém no decorrer dos dias observou-se um crescimento e

adesão maior. Foi respeitado o cronograma estabelecido do circuito de palestras que também estava em execução onde foram abordados temas como: A importância da Caderneta da Pessoa Idosa, benefícios da mudança do estilo de vida, a revisão de tratamentos medicamentosos para doenças crônicas e também em complementação a isso temas da microintervenção anterior ajudaram a reforçar a importância da identificação de fatores de risco para as DCNT sendo um dos mais relevantes o tabagismo que já estava sendo abordado em palestras anteriores. O público presente nessas palestras se mostrava bastante participativo e logo se notou a boa repercussão da intervenção no cotidiano da unidade. De forma simultânea a essas ações, pacientes acamados e domiciliados também foram abordados em visitas domiciliares seguindo a lista confeccionada anteriormente.

O público-alvo abordado durante as consultas de rotina tanto com a equipe médica e quanto com a equipe de enfermagem, tinham suas cadernetas avaliadas e conforme identificadas as pendências eram encaminhadas aos setores respectivos e específicos para determinada pendência. Como por exemplo, ao revisar o calendário de vacinação eram encontradas doses incompletas de determinada vacina, o paciente era encaminhado a sala de vacinação para que conforme o calendário vacinal e a disponibilidade da vacina o mesmo já era contemplado com a sua vacinação, oportunizando assim, atualizar e se manter imunizado contra determinadas doenças. Outro importante exemplo, foi o acompanhamento do usuário identificado com uso prolongado de certos medicamentos, o mesmo foi revisado, quanto ao tempo de uso, dosagem e eficácia do medicamento, além disso, foram reforçados o uso correto e o respeito a sua posologia. Um tema bastante abordado durante todas as consultas e visitas domiciliares foi a importância da mudança de comportamento, estimulando hábitos saudáveis, uma medida eficaz e econômica para a diminuição e controle das DCNT. Dessa forma, todos os usuários incluídos ou não no grupo de risco foram atendidos e realizado busca ativa de potenciais fatores predisponentes como obesidade, tabagistas, etilistas, hipertensos e diabéticos.

Acredita-se que, conforme o decorrer do tempo o nível de adesão do acompanhamento com a caderneta do idoso, os usuários percebiam o quanto é fundamental mudar certas atitudes em prol de uma melhora na qualidade de vida e na diminuição dos fatores de riscos para DCNT que provoquem nível alto de mortalidade.

Ademais, diante do que foi suscitado na discussão neste relato, o tema é de extrema relevância e requer um nível de precaução maior. As atividades propostas foram teve boa aceitação dos usuários que são acompanhados no território, valorizando às informações atualizadas da caderneta do idoso, instrumento tão importante. Porém, como ponto negativo infere-se o comprometimento dos profissionais envolvidos, no entanto, os pontos positivos sobressaem, como a atualização da carteirinha da vacina facilitando o melhor monitoramento das morbidades dos idosos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a execução das microintervenções percebeu-se a adesão e receptividade da população com as propostas de melhoria no processo de trabalho da equipe e no impacto do cuidado ofertado para os usuários.

Pontos positivos que podem ser ressaltados são: a boa adesão do público alvo as orientações e participação nas atividades propostas, organização do fluxo de atendimento da unidade, tornando a assistência mais eficaz e efetiva aos usuários que procuram os serviços e a colaboração dos profissionais atuantes e convidados da unidade. Por outro lado, pontos negativos precisam ser ajustados como: a parcial aceitação dos profissionais a sistemas de referência e contrarreferência propostos e também o comprometimento na execução das microintervenções propostas.

Entretanto, espera-se que conforme o decorrer do tempo e visando uma madurez das microintervenções novas ideias e propostas surjam para que, as mesmas, tornem cada vez mais a unidade resolutiva e eficiente no seu atendimento para a população. Espera-se também que os profissionais envolvidos tenham um nível de comprometimento e adesão maior o que se foi observado durante a descrição deste relato.

Ao longo da elaboração do relato, ficou evidente algumas fragilidades no funcionamento da unidade de saúde, refletindo sobre a realidade do município tornando-se necessário ações que possibilitasse a dinâmica da UBS mais acolhedora e acessível aos usuários. Conforme as microintervenções foram implantadas notou-se o impacto positivo tanto no cotidiano dos usuários como também no da unidade, tornando o ambiente mais fluído e eficaz, o que era a principal proposta de todas as microintervenções. Espera-se que com resultados positivos e efetividade comprovada as mesmas microintervenções possam ser aplicadas em outras unidades como forma de auxiliar a melhoria da qualidade da assistência prestada, alcançando assim melhores indicadores de saúde e maior satisfação dos usuários do SUS do município em questão.

## 6. REFERÊNCIAS

ASBRAN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **OMS divulga novas estatísticas mundiais de saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/noticias/oms-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude>. Acesso em: 21 fev. 2021.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estatísticas de câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 26 dez. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE @Cidades**. 2020. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/beruri/panorama> Acesso em [25/03/2021](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/beruri/panorama).

MARTINS, E. R.; CASTRO, D. M.; CASTELLANI, D. C.; DIAS, J.E. **Plantas medicinais**. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2000.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. J. Manag. Prim. Health Care, Londres, v. 5, n. 2, p. 202- 212, 2014