



**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**

**APRIMORANDO AS LINHAS DE CUIDADOS NA UBS FRANCISCO**  
**MARTINS SOBRINHO, MOMBAÇA/CE**

**HILTON FREITAS VIRGINIO**

---

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

---

---

APRIMORANDO AS LINHAS DE CUIDADOS NA UBS FRANCISCO MARTINS  
SOBRINHO, MOMBAÇA/CE

HILTON FREITAS VIRGINIO

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: ANNA CRISTINA DA CRUZ BEZERRA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO É UM PROCESSO CONTÍNUO, POR ISSO  
CONSTRUIMOS E NOS RECONSTRUIMOS EM CADA CONTEXTO. DEDICO E  
AGRADEÇO A TODOS AQUELES QUE CONTRIBUIRAM NA MINHA FORMAÇÃO  
MÉDICA, BEM COMO A TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM OS QUAIS  
VIVECIO A ATENÇÃO BÁSICA DIARIAMENTE.  
À TODOS, MUITO OBRIGADO!

---

---

NESSA EXPERIÊNCIA EXTRAORDINÁRIA DE VIVENCIAR OS DILEMAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, DEDICO, RESPEITOSAMENTE, A TODOS OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA MINHA UNIDADE, UMA VEZ QUE VIVENCIAMOS, JUNTOS, TODAS AS DIFICULDADES DE EXECUTAR OS PRÍNCÍPIOS DO SUS E MANTER A FUNCIONALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE, DENTRO DA ÓTICA SOCIOPOLÍTICA COMPLEXA NA QUAL ESTAMOS INSERIDOS.

---

## **RESUMO**

Os princípios do SUS devem ser diariamente fortalecidos na nossa prática e atuação na atenção primária a saúde (APS), uma vez que a partir deles, quando integralmente aplicados, percebemos maior resolutividade e dinamicidade diante da complexidade dos desafios diários de quem vive a Atenção Básica no Brasil, principalmente, em regiões com maiores escassez de recursos. Desse modo, neste trabalho, objetivamos, a partir de fragilidades identificadas, reestruturar e organizar problemáticas complexas que impactam na vivência diária de pacientes e funcionários, necessitando de empenho e compromisso dos mesmos – foram elas: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada e o Câncer na APS. Partimos de métodos simples de resolutividade, mas que garantissem eficácias das ações executadas, mostrando, de fato, que por meio de ações estratégicas planejadas conseguimos contribuir significativamente no fortalecimento da APS. Assim, conseguimos, em um curto período de tempo, otimizar o fluxo dos nossos usuários, evitando conflitos e suspensão de atendimentos, garantindo o vínculo dos pacientes junto à equipe assistente, bem como adentramos sistematicamente aos lares de alguns usuários, em uma dinâmica inovadora que envolve o binômio família-UBS. De fato, microintervenções embasadas nos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, propiciam novas reflexões e formas de agir, diante de adversidades e limitações dos serviços públicos de saúde.

## SUMÁRIO

### SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisco Martins Sobrinho, localizada no bairro Iracema, no município de Mombaça-CE, região de extrema pobreza, está inserida na sede da cidade, em uma das principais avenidas, com fácil acesso para usuários da área.

A equipe em foco cobre uma população de aproximadamente 3 mil pessoas, com equipe completa por todos os profissionais necessários de acordo com o perfil da unidade. Essa população é predominantemente urbana, mas também com uma quantidade considerável de cadastrados em zona rural, em um território heterogêneo e com vulnerabilidades socioeconômicas.

Objetivando amenizar entraves de acesso ao serviço da nossa unidade, buscamos fortalecer a nossa porta de entrada e o primeiro atendimento, priorizando os agendamentos, organização de fluxo e demandas e reorganizando prioridades, baseando-se no princípio da equidade e universalidade, a partir de novas tecnologias e formas de comunicação, mas de fácil execução e com tendência a continuidade, uma vez que não demanda recursos inacessíveis.

Ademais, como forma de abranger as vivências e estruturar áreas ainda em ascensão no nosso meio, almejamos firmar vínculos e cuidados, diante de pacientes paliativos e em cuidados de fim de vida, por meio de reconhecimento de causas e situações, propondo um elo entre familiares e equipe assistente, na tentativa de ofertar, em seu conceito máximo, a longitudinalidade da atenção, em situações especiais que envolvem os conceitos de saúde e doença, bem como terminalidade da vida.

O trabalho é composto de dois relatos de microintervenção que retratará os pontos fortes, fracos, potencialidades e fragilidades da atividade, assim como sua repercussão e resultados alcançados para os usuários

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) trouxe muitos avanços para nossas práticas diárias, bem como contribuiu para aperfeiçoar metodologias e fortalecer princípios da APS ( Atenção Primária a Saúde) e do SUS ( Sistema Único de Saúde). Nesse contexto, o princípio da universalidade ainda não se aplica integralmente, tendo em vista as dificuldades de abrangermos todo o território adscrito de acordo com cada perfil populacional.

Diante dessa problemática, precisa-se intervir continuamente nas formas de organizar as demandas da Unidade Básica de Saúde (UBS) para se atender, de modo equânime, todo o território de abrangência, ressaltando as especificidades de cada microrregião. A UBS Francisco Martins Sobrinho possui uma população de aproximadamente 3000 pessoas, divididas em zona urbana e rural, sendo maior parcela, predominantemente, urbana. Devido a essa heterogeneidade da área, frequentemente temos problemas com demanda agendada e espontânea, pois, de fato, ainda não é o hábito das pessoas comparecerem em horas marcadas para consultas ou atendimentos, principalmente em cidades do interior.

Desse modo, reordenar e reeducar hábitos culturais são tarefas desafiadoras, principalmente, quando, por anos, se priorizaram medidas assistencialistas em detrimento de eficiência e fortalecimento da APS, estruturados para serem aplicados desde a Carta de ALMA ATA e solidificados na VIII Conferência Nacional de Saúde. Ademais, reestruturar, baseado no Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), conceitos ultrapassados enraizados nos próprios profissionais de saúde, em sua maioria, escolhidos por indicação política e sem compromisso com a plena funcionalidade da APS são objetivos dessa microintervenção.

Objetivando cumprir as propostas e dar seguimento as melhorias na estruturação da UBS, reuniu-se a equipe de saúde ( enfermeiro, técnicos, recepcionistas, Agentes Comunitários de Saúde, auxiliar de farmácia, dentista) para discurtirmos o perfil da nossa demanda e as dificuldades encontradas. Dessa reunião, realizada em sala para este fim, elencou-se que o principal problema para conciliar o fluxo de pacientes e organizar as demandas de acordo com os dias de atendimento foi a necessidade imediata de atendimento quando se procura a unidade por diversos motivos, dentre eles, "renovação de receitas", consultas eletivas outras, principalmente dos pacientes residentes em zonas rurais, que, por questão de logística, comparecem prioritariamente nos períodos da manhã. Isso, associado ao perfil cultural da população de não agendar os atendimentos, dificultam a resolução dos problemas e sobrecarregam o profissional médico, que precisa suprir a alta demanda.

Desse modo, propôs-se que todos os Agentes Comunitários de Saúde criassem grupos de comunicação com os pacientes por meio de mídias sociais para facilitar o elo com a equipe interna da unidade, tendo em vista que, prioritariamente, precisamos agendar as consultas, mas sempre com espaço para demandas espontâneas. Além disso, no período da ação, que durou 3 semanas aproximadamente, priorizamos o turno da manhã para pacientes da zona rural e,



diariamente, a enfermeira estava ajudando a recepção nas orientações e alocações de pacientes dentro da agenda, não sobrecarregando turnos e reeducando quanto ao imediatismo por consultas eletivas.

Nas primeiras semanas, tivemos considerável dificuldade para orientar e dar seguimento ao planejamento inicial, pois houve certa resistência da população, tendo em vista as mudanças propostas. No entanto, sempre dialogando e ouvindo as potenciais sugestões/reclamações, nas semanas seguintes, conseguimos adequar melhor o fluxo, a partir do feedback dos ACS diante das novas orientações.

A partir da segunda semana de ação, a comunidade já estava em um processo de aceitação e assimilação, entendendo que, da forma proposta, o atendimento estava sendo otimizado, priorizando os grupos prioritários, sem negligenciar as demandas espontâneas. De fato, o número de pacientes foi melhor redistribuído e tempo de espera da consulta diminuiu, favorecendo a qualidade do serviço prestado.

Ainda na segunda semana, realizamos uma nova reunião da equipe de saúde para averiguar pontos e fortalecer as medidas já implantadas, visando a melhor satisfação do usuário, bem como, priorizando, o princípio da equidade. A equipe pontuou que ainda persiste uma taxa alta de pacientes que não aderiram as novas formas de atendimento, pois não tinham informações das mudanças ou por costumes. Dessa forma, a proposta sugerida pela equipe fora reforçar a comunicação por meio das mídias sociais e priorizar os pacientes agendados, pois assim, estimularia mais pessoas a realizarem os agendamentos.

No início da terceira semana, a equipe realizou salas de espera para orientar sobre as novas formas de organizar a demanda, explicando os motivos de tais medidas e esclarecendo dúvidas dos usuários. Além disso, explicamos e reiteramos a necessidade de atingirmos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde, tendo em vista as novas formas de financiamento da atenção básica, deixando bem evidente a estreita relação entre organização da clientela e alcançar marcadores epidemiológicos. De certa forma, causou-se um certo impacto, pois a maioria dos pacientes do SUS desconhecem as formas de financiamento existentes e como o Governo Federal controla as ações em parceria com os municípios.

Por fim, acreditamos que a microintervenção trouxe benefícios tanto para os profissionais de saúde quanto para população adscrita. Ao longo das semanas subsequentes ao período de duração da ação, percebemos uma ampla aceitação, com salas de espera menos numerosas, com paciente agendados por horário e cientes dos benefícios das novas mudanças. Como forma de controle de qualidade da intervenção, fora perguntado, a cada paciente, em consultório, sobre as novas formas de organização. De 100 pacientes atendidos no decorrer das semanas após o término do período inicial de implementação, 65 acharam as medidas satisfatórias, 25 ainda não conheciam os benefícios do agendamento e 10 pacientes discordaram da ação ou não souberam opinar.



### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

As neoplasias malignas estão cada vez mais frequentes em nosso meio, conseqüentemente, necessitando de novas estruturas e reorganizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). 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 cálculo global corrigido para o sub registro, aponta a ocorrência de 685 mil casos novos. (MATHERS *et al.*, 2003)

Nesse contexto, o aumento da expectativa de vida ampliou a incidência das doenças crônicas não-transmissíveis, inclusive em regiões interioranas, onde os recursos de acesso a serviços de saúde ainda apresentam dificuldades e escassez, dificultando o diagnóstico precoce de cânceres, bem como repercutindo na qualidade de vida de pacientes que necessitam de tratamento e seguimento dentro de centros de referência para o tratamento dessas doenças. Na microárea foco deste estudo, percebe-se um aumento significativo de casos de pacientes com diagnóstico de câncer, principalmente, em fases avançadas da doença, onde necessitam de maiores cuidados contínuos da equipe de saúde.

Desse modo, tendo em vista o perfil atual de pacientes que são acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e as necessidades de abordagens dentro dos cuidados paliativos, buscou-se delimitar e rastrear os pacientes com câncer em necessidade de cuidados domiciliares, objetivando oferecer, regularmente, assistência por toda equipe. Além disso, reuniu-se familiares dos pacientes com a equipe assistente para delimitar as metas terapêuticas e as propostas de cuidados integrais, aproximando os núcleos familiares, geradores de cuidados e conflitos, do entendimento do processo de saúde-doença e suas repercussões, objetivando alinhar metas e reduzir focos de divergências entre anseios familiares e a assistência prestada.

A microintervenção foi realizada inicialmente com membros da equipe de saúde multiprofissional: técnicos de enfermagem, enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e médico. Nesse primeiro momento, dimensionamos a quantidade de pacientes e os perfis de acordo com cada microárea. Realizamos uma reunião em sala própria na UBS, buscando delimitar estratégias de cronograma de atendimento, baseando-se sempre no princípio da equidade. Dessa forma, delimitamos as famílias prioritárias para executarmos as propostas de intervenção. Todos os membros da equipe ficaram cientes do projeto desejado, considerando fundamental essa abordagem que não era sistematizada dentro da rotina e calendário da UBS.

Em um segundo momento, de acordo com o cronograma pré-estabelecido na reunião inicial, convocamos os núcleos familiares dos pacientes para comparecerem a nossa unidade, com horário marcado, em sala de reunião disposta e reservada para tal ação. Essa ação foi

planejada para ocorrer semanalmente em um período total de 8 semanas. Em todos os encontros realizados, a equipe esteve completa e não houve necessidade de reagendamentos, uma vez que tivemos uma adesão total das famílias, que foram previamente avisadas da reunião por cada ACS.

De fato, os resultados construídos pela ação foram substanciais e significativamente importante para fortalecermos os princípios da Atenção Básica como unidade organizadora do cuidado dentro das esferas do SUS, principalmente quando tratamos de cuidados paliativos e abordagem ao câncer.

Os integrantes dos grupos familiares entenderam, integralmente, a nossa proposta e a busca por excelência no cuidado. Nesses encontros, esclarecemos dúvidas e propostas de abordagens futuras de acordo com o prognóstico de cada paciente, em uma ação personalizada e individualizada de acordo com cada perfil socioeconômico. Além disso, estabelecemos elos com cada integrante da equipe, tendo como ponto central a comunicação efetiva por meio do ACS, responsável por organizar as visitas e sistematizar as demandas. Ademais, construímos a linha de cuidado de cada paciente, suas propostas terapêuticas e os cuidados de fim de vida, a depender do estado de saúde de cada paciente.

Em alguns encontros, houve uma maior dificuldade para entendimento, tanto da equipe como das famílias, dos conceitos atuais e propostas das linhas de cuidados paliativos, gerando interrogações que permitiram explanar sobre os princípios da beneficência, não - maleficência e autonomia. Sem dúvidas, em algumas semanas as famílias saíram com muitas dúvidas sobre conceitos e ações, mas foram importantes para iniciar o diálogo e firmar elos, uma vez que dentro das divergências e discordâncias, abrimos espaços para contribuirmos tecnicamente no entendimento sobre as fases da doença, tendo como base os princípios defendidos historicamente por Elisabeth Kubler-Ross.

Dessa forma, iniciamos um trabalho de êxito e inovador, apesar de simples, na fomentação das bases das linhas de cuidados propostas pela Atenção Primária à Saúde, dentro de um subtema ainda pouco difundido entre as pessoas. Assim, pelo sucesso da ação, arquivamos as linhas de cuidados criadas, a fim de servir como base para ações futuras e programadas, readequando as problemáticas encontradas nos próximos encontros.

Por fim, acreditamos que a ação realizada trouxe potencialidades para nossa área de abrangência, bem como desencadeou um projeto que pode embasar novas microintervenções em outros temas, buscando adesão de novos profissionais, como psicólogos e psiquiatras, a fim de reafirmar ideais tendo como iniciativa o matriciamento e abordagem dos cuidados paliativos. De fato, de modo geral, percebemos que introduzimos novas reflexões sobre a visão medicalocêntrica ainda imperativa em nosso meio, em uma ação com uso de baixa densidade tecnológica e altíssima complexidade, por necessitar de múltiplas habilidades, em um meio ainda carente de informação e conservador do ponto de vista cultural.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação continuada nos permite reconstruções e reformulações em cada vivência na atenção primária a saúde, abrindo horizontes para desenvolvermos estratégias de ação diante de limitações e entraves. De fato, o curso permitiu que as nossas ações fossem melhor estruturadas de acordo com a realidade.

As microintervenções trouxeram dinamicidade na rotina da UBS, permitindo que os demais membros da equipe refletissem sobre cada ação, as metodologias aplicadas e os resultados a serem alcançados. Inicialmente, as ações causaram um estranhamento por parte dos profissionais, uma vez que essas foram vistas como inovadoras, principalmente, pelo fato delas serem planejadas pelo médico. Além disso, a maioria dos profissionais, tendo em vista a realidade do município e da unidade que trabalho, não conhecem os princípios e diretrizes norteadores da atenção básica descritos no Plano Nacional da Atenção Básica (PNAB), visto que a maioria ocupada cargos políticos e não possuem compromisso com o fortalecimento da APS. Certamente, isso é um problema que dificulta imensamente o aperfeiçoamento das ações em saúde.

Por outro lado, essas dificuldades foram vistas como oportunidade para que os membros da equipe vissem outras formas de abordar o cliente. A maioria visualiza o fazer médico apenas como consultas diárias e rotineiras, pois há uma pressão dos usuários por atendimentos, afinal, a maioria dos pacientes desconhecem o sistema que utilizam. Isso me motivou a perpetuar as ações desenvolvidas, objetivando reflexões e interrogações.

Por fim, o presente trabalho permitiu abrir novos horizontes em busca de melhorias práticas e funcionais para APS, impactando positivamente a população e os funcionários da unidade.

## 5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)
2. Ayres JRC. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83.
3. AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. Sobre a morte e o morrer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2781-2782, set. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900033&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900033&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900033>