



**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**

**A UNIVERSALIDADE DA ASSISTÊNCIA E INTEGRALIDADE DO  
CUIDADO NA UBS SANTANA DOS GARROTES, MUNICÍPIO SANTANA  
DOS GARROTES-PB**

**PEDRO LOPES BEZERRA**

---

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

---

---

A UNIVERSALIDADE DA ASSISTÊNCIA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA UBS  
SANTANA DOS GARROTES, MUNICÍPIO SANTANA DOS GARROTES-PB

PEDRO LOPES BEZERRA

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: MARCOS JONATHAN  
LINO DOS SANTOS

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço a Deus por me conceder a oportunidade de poder usufruir de uma experiência profissional de tamanha importância, não só ao meu crescimento profissional, mas sobretudo ao meu amadurecimento como ser humano.

Aos meus pais João Lopes Bezerra e Maria do Carmo Lopes que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e me incentivando ao longo de toda a minha trajetória (In memoriam).

À minha esposa Jussara Alexandre da Silva pela compreensão e paciência demonstrada durante todo o decorrer do curso. Você é meu porto seguro e minha calma.

Aos meus queridos filhos Paula Alexandre Lopes e Pedro Paulo Alexandre Lopes, por me compreenderem nos momentos em que estive ausente.

Aos meus familiares por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.

Ao meu orientador Marcos Jonathan Lino dos Santos por conduzir o meu trabalho de conclusão de curso, com orientações relevantes e indispensáveis a construção dessa coleção de microintervenções. O meu muito obrigado!

A todos os participantes do curso, pelas interações e compartilhamento de saberes. Também gostaria de agradecer à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por promover um curso a distância de alto nível, e elevada qualidade do ensino oferecido.

---

---

Dedico este trabalho a Deus. A minha mãe, esposa e filhos, por serem meu alicerce, e por todo amor.

---

## **RESUMO**

As unidades básicas são rearranjadas para garantir que as necessidades de saúde dos usuários sejam sanadas. O que não envolve somente a assistência direta, mas sobretudo a oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é realizar microintervenções em saúde a população coberta pela UBS Santana dos Garrotes, município Santana dos Garrotes-PB, para melhoria da universalidade da assistência e integralidade do cuidado. As microintervenções foram elencadas baseadas na identificação e avaliação de um ou mais problemas vivenciados pela comunidade adstrita a UBS. Tratou-se de ações em saúde voltadas aos usuários e a equipe multiprofissional, a qual foram implementadas após reuniões de planejamento em equipe. O acolhimento à demanda espontânea e programada; a abordagem do câncer e o controle das doenças crônicas não transmissíveis foram as temáticas elencadas. Essas microintervenções foram pautadas em reuniões de sensibilização, rodas de conversa e visitas domiciliares. A melhoria da assistência e estímulo a co-responsabilização e autocuidado; o incentivo a participação da população em ações voltadas a prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer; e o acompanhamento a situação de saúde dos usuários com doenças crônicas através das visitas, foram alcançados sem dificuldades. Devido à pandemia do Coronavírus-2019, para essas intervenções foram seguidos todos os protocolos de biossegurança, com uso de máscaras, álcool a 70%, orientações de higienização, além dos cuidados quanto a aglomerações. Por fim, foram ações de baixo custo, fácil execução e reprodutibilidade.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 1 .....</b>	<b>08</b>
<b>3. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 2 .....</b>	<b>11</b>
<b>4. RELATO DE MICROINTERVENAÇÃO 3 .....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>17</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>
<b>7. APÊNDICES .....</b>	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é regido por alguns princípios doutrinários e organizativos, como a universalidade, integralidade e equidade; assim com a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e por fim a participação popular. A universalidade do acesso à saúde é um dos princípios mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS), e pressupõe que todos os cidadãos brasileiros tenham direito e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sem qualquer distinção. A Constituição Federal de 1988, artigo 196, reitera bem essa passagem da universalidade (SOUSA, 2014).

Ou seja, qualquer indivíduo em território brasileiro, de acordo com a constituição supracitada tem total escolha em recorrer ao SUS para usufruir dos serviços de saúde ofertados, e isso independe da sua condição socioeconômica e nacionalidade (SOUSA, 2014).

As unidades básicas de saúde existem justamente para serem porta de entrada do SUS e garantir que as necessidades de saúde dos usuários sejam sanadas. Não somente com a assistência direta, mas sobretudo com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Os usuários do serviço de saúde usualmente podem necessitar de uma assistência secundária ou terciária, mas a porta de entrada e acolhimento inicial deve iniciar na atenção primária (nas unidades de saúde) (VIEGAS; PENNA, 2013).

Além do exposto, a construção da assistência integral é de suma importância e de responsabilidade de todos os envolvidos em promover saúde, sejam os profissionais, sejam os gestores de saúde. Esse princípio tem como premissa garantir ao usuário uma assistência à saúde que transcenda a prática meramente curativa, considerando as necessidades biopsicossociais dos indivíduos. Ademais, a relação de cuidado integral vai muito além do ato de medicar, é enxergar a pessoa de forma holística. O que pode ser vivenciado por meio de ações em saúde desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (LOPES; RODRIGUES; BARROS, 2012).

Nesse contexto, tomando como base tais princípios norteadores e as necessidades de saúde dos usuários cobertos pela UBS Santana dos Garrotes, município Santana dos Garrotes-PB, bem como o contexto de vida dessas pessoas, pensou em realizar as seguintes microintervenções: Acolhimento à demanda espontânea e demanda programada (com o intuito de melhorar a assistência e estimular a co-responsabilização e autocuidado); Abordagem do câncer na atenção básica (com o objetivo de incentivar a participação da população em ações voltadas a prevenção e ao diagnóstico precoce); e Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde (com a finalidade acompanhar a situação de saúde dos usuários com doenças crônicas através das visitas domiciliares).

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1**

### **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E À DEMANDA PROGRAMADA**

A nova perspectiva do modelo assistencial deve ser pautada no acolhimento humanizado e de acordo com as necessidades da população. Alguns aspectos devem ser considerados para que se possa entender melhor como funciona o acolhimento e a gama de benefícios que este pode trazer, dentre esses: a universalidade do acesso a saúde, a escuta qualificada, a presença de uma equipe multiprofissional engajada e comprometida com o usuário do serviço e a humanização nas relações de cuidado (SILVA et al., 2019).

O acolhimento é de suma importância e deve fazer parte da rotina de assistência tanto na atenção básica quanto em todas as relações de cuidado em saúde. Visto que o acolhimento favorece a construção da confiança entre profissional-usuário, possibilita o compartilhamento de saberes, estreita o vínculo, constrói laço afetivo e incentiva o autocuidado em saúde (SILVA et al., 2019).

Por meio de um acolhimento qualificado é possível aprofundar o conhecimento quanto ao contexto de vida do usuário e da população, e assim buscar garantir aos mesmos uma assistência à saúde que transcenda a prática meramente curativa e mecanizada, é enxergar os usuários de forma holística com suas necessidades biopsicossociais, buscando sempre a integralidade enquanto princípio que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) (CLEMENTINO; GOMES; VIANNA, 2015).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santana dos Garrotes situa-se na zona urbana da cidade Santana dos Garrotes, no estado da Paraíba. Trata-se de uma unidade com apenas uma equipe multiprofissional completa: médico, equipe de enfermagem, odontológica e seis agentes comunitários de saúde. Nossa equipe de saúde é responsável por um total 3.081 usuários do serviço de saúde regularmente cadastrados, distribuídos em seis microáreas, com área de abrangência mapeada.

Apesar da boa relação de trabalho da equipe multiprofissional, existe a necessidade de reorganização do serviço de saúde para que se possa ofertar uma assistência mais qualificada, focada nas necessidades dos usuários. Sendo assim, através da reunião semanal em equipe pudemos elencar os nós críticos e as necessidades de mudanças da forma de trabalho dentro na unidade. Logo, penso-se em realizar uma microintervenção voltada ao acolhimento à demanda espontânea e demanda programada para melhorar a assistência prestada aos usuários e estimular a co-responsabilização, autocuidado e compromisso com a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

Sabemos que a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde é através de uma UBS, por isso é importante que os profissionais tenham um olhar diferenciado para com o usuário e se esforce para solucionar a queixa desse ou ao menos orientar e referenciar o usuário para que



este possa buscar meios de solucionar seu problema de saúde.

Na UBS Santana dos Garrotes diariamente nos deparamos com usuários carentes de informações e assistência. São usuários com poder aquisitivo baixo, em sua maioria, e que vivem do comércio ou aposentadorias. Devido à cultura local de priorização das consultas médicas, odontológicas e renovação de receitas, os usuários se mostram pouco interessados nas orientações em saúde e ações educativas de rodas de conversas realizadas no decorrer do acolhimento. Além do exposto, alguns profissionais também demonstram pouco interesse em ações educativas durante o acolhimento dando prioridade a cultura de triagem.

Tomando como base esta realidade, realizamos a microintervenção em 3 fases, onde a primeira fase se referiu a uma reunião em equipe, onde juntamente com a enfermeira abordamos a importância do acolhimento diário na UBS e o potencial de alcance da melhoria do autocuidado através da prática do acolhimento humanizado. Essa fase foi realizada na segunda quinzena de outubro, no dia 19 e contou com a participação de todos os membros da equipe, inclusive recepcionista, vigia e auxiliar de serviços gerais, que puderam ter uma noção de como funciona o acolhimento. Todos puderam compartilhar saberes e falar um pouco do que entendia por acolhimento humanizado. Nessa primeira fase participaram da reunião um total de 14 participantes.

A segunda fase da microintervenção foi realizada na semana seguinte, dia 26 de outubro e contou novamente com a presença de todos os profissionais, totalizando 14. Nessa reunião pudemos abordar mais a fundo como o acolhimento deveria acontecer e quais profissionais poderiam nortear diariamente esse acolhimento. Esse segundo encontro foi bastante produtivo, uma vez que os profissionais trouxeram informações sobre as repercussões do processo de acolher, onde deram ênfase a formação do vínculo e da confiança, tão importante na relação profissional-usuário. Além disso, conseguimos montar uma planilha de participação do acolhimento, onde foram definidos quais dias cada profissional participaria.

A terceira e última fase foi à execução desse acolhimento para com os usuários e a importância em orientá-los acerca dos cuidados que esses devem ter com a sua própria saúde, levando em consideração a prevenção e hábitos de vida saudáveis. Vale salientar que esta fase deverá acontecer diariamente, e não somente uma única vez, já que se trata de acolhimento.

Devido à pandemia do Coronavírus 2019 (COVID-19), para essas intervenções foram seguidos todos os protocolos de biossegurança, com uso de máscaras, álcool a 70%, orientações para a lavagem das mãos, além dos cuidados quanto à disposição das cadeiras da recepção da UBS, para evitar aglomerações e as viseiras de acrílico, disponibilizadas pela Secretaria do Município, para os profissionais.

Nossa UBS tem estrutura física para suportar uma média de 30 usuários na recepção, porém com a pandemia as consultas de rotina diminuíram e as pessoas estão se mostrando mais conscientes no quesito aglomeração. Dessa forma, geralmente o acolhimento diário está

contando com uma média de 15 à 18 pessoas acomodados na recepção da unidade.

Após a realização das microintervenções foi possível notar o grau de satisfação dos usuários quanto a essa nova forma de acolher. Foi possível escutarmos relatos positivos quando a implementação do acolhimento. Um total de 9 usuários relataram estarem satisfeitos com esse acontecido, principalmente porque agora conseguem compartilhar experiências e conhecimentos, bem como receber orientações dos profissionais.

Essas fases da proposta de microintervenção foram bem produtivas, principalmente por nos possibilitar compartilhar conhecimentos, estreitar o vínculo com a comunidade e refletir sobre o nosso processo de assistência na atenção básica. Apesar de sabermos que o processo de adaptação da comunidade irá levar alguns dias para que todos possam acostumar com essa forma de acolher e assistir, sabemos que irá trazer inúmeros benefícios, não só aos usuários mas também a todos os profissionais que lidam com assistência em saúde.

Quanto ao plano de continuidade das ações, é possível que qualquer equipe de saúde implemente o acolhimento em sua UBS, para tanto, será necessário primeiramente que os profissionais estejam comprometidos e empenhados, que realizem reuniões para planejamento das ações, que se disponham a revezar nas práticas do acolhimento e que a comunidade também esteja aberta a receber. Para esta prática, não é necessário de investimentos financeiros, apenas comprometimento de todos.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

O câncer é uma patologia causada pelo crescimento desordenado das células, onde essas invadem tecidos e órgãos, e muitas vezes podem espalhar-se (metástase) para outras partes do corpo (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015). É um problema de saúde pública que vem crescendo assustadoramente ano após ano. Estima-se que até o ano de 2025 o câncer já tenha atingido aproximadamente 80% da população dos países em desenvolvimento. Por isso o cenário atual exige que os cuidados se voltem para ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, buscando sempre a integralidade do cuidado do usuário e seu familiar (WAKIUCHI et al., 2016; WAKIUCHI; MARCON; SALES, 2016).

Além de prestar atenção integral no âmbito individual e coletivo, dentre outras formas de assistir e responsabilizar-se junto ao indivíduo, a atenção básica tem o papel de realizar ações voltadas tanto ao usuário acometido por câncer, quanto aos seus familiares. Mesmo que não haja uma assistência integral direcionada, a atenção primária a saúde pode ofertar cuidado e apoio a esses usuários (WAKIUCHI et al., 2016).

Quando o câncer é diagnosticado precocemente as chances de cura e redução da morbidade é significativamente maior. Porém, mesmo com todas as conquistas da atenção primária, ainda enfrentamos alguns impasses no manejo do paciente oncológico, principalmente pela cultura das pessoas em procurar assistência somente quando apresentam sintomatologia e não para promoção da saúde e prevenção (PAIXÃO et al., 2018).

Na área de abrangência coberta pela UBS Santana dos Garrotes foram diagnosticados 10 casos de usuário com câncer, sendo 6 homens e 4 mulheres, na faixa etária de 50-88 anos, dentre esses: dois usuários com câncer de próstata, um com câncer boca (lábios), um de esôfago, três de colo de útero, um de garganta, um de ossos e um de medula. Apenas três usuários foram curados completamente, um usuário diagnosticado com câncer nos lábios (carcinoma espinocelular/carcinoma epidermóide) e duas usuárias com câncer de colo de útero, os demais ainda encontram-se em fase de tratamento.

Os usuários com suspeita de câncer são encaminhados para realizar biópsia no Hospital Napoleão Laureano e Hospital São Vicente de Paulo, ambos no município de João Pessoa-PB. Após confirmação diagnóstica, os usuários, seus familiares ou o cuidador são acompanhados na atenção básica, através das visitas domiciliares, consultas, atendimento psicológico, entre outros. Um benefício que vale a pena ser mencionado é quanto ao empenho da Secretaria de Saúde do município, que disponibiliza um carro de grande porte para transportar os usuários, este se desloca três vezes por semana até os hospitais supracitados, com os devidos usuários para realizar os procedimentos de biópsia ou para iniciar o tratamento desses, como também disponibiliza uma casa de apoio para os usuários que por ventura necessitem passar mais dias em tratamento na respectiva cidade.

Desse modo, tendo em vista a realidade da área de abrangência da UBS Santana dos

Garrotes, bem como a incidência dos diversos tipos de câncer na população e a necessidade de maior envolvimento por parte da equipe de saúde para consertar os nós críticos existentes no que se refere ao incentivo a participação da população em ações voltadas a prevenção e ao diagnóstico precoce, foram desenvolvidas ações voltadas a abordagem do câncer.

O objetivo dessa microintervenção é orientar a população quanto aos cuidados que essa deve ter com a própria saúde, bem como a prevenção por meio de consultas de rotina na unidade e exames laboratoriais periódicos, já que atividades em grupo infelizmente estão suspensas temporariamente devido à pandemia.

Por isso na segunda quinzena de novembro do ano de 2020 realizamos uma reunião em equipe com o propósito inicial de discutir sobre a importância de ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer. Essa reunião foi de suma importância pois pudemos junto a equipe de saúde falar um pouco sobre a situação da população, os casos confirmados de neoplasia e o quanto nossa ajuda aos familiares dos usuários oncológicos é crucial, para ofertar apoio psicológico aos acometidos, ou aos seus cuidadores, seja por meio das consultas de rotina, seja pelas visitas domiciliares, estabelecendo um relacionamento baseado no vínculo e corresponsabilidade.

Primeiramente a equipe multiprofissional deve ser sensibilizada para entender a importância de uma rede de apoio ao paciente oncológico, e posteriormente o paciente e seus familiares devem-se mostrar receptivos aos cuidados ofertados pela equipe de saúde.

Além dessa reunião em equipe, montamos uma proposta de desenvolvimento de ações educativas sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer, a serem realizadas para toda a população. Trata-se de um grupo educativo quinzenal de roda de conversa sobre a importância da prevenção, de cuidado a saúde, diagnóstico precoce e manejo do paciente oncológico, a ser realizado quinzenalmente por tempo indeterminado.

Porém, infelizmente devido a pandemia do coronavírus as ações do tipo roda de conversas não puderam ser realizadas, para evitar aglomerações e propagação da doença, já que estávamos passando pela segunda onda de reinfecção pela covid-19, no entanto como medida complementar de orientações em saúde e para suprir a ausência momentânea dos grupos de rodas de conversa, nossa equipe se reuniu para confeccionar cartazes educativos a serem espalhados pela unidade de saúde.

Primeiramente nos dividimos em grupos de 5 profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, 2 agentes de saúde e psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); médico, 3 agentes de saúde e a recepcionista da unidade; dentista, auxiliar de saúde bucal, 2 agentes de saúde e nutricionista do Nasf. Cada grupo ficou com a missão de produzir 3 cartazes informativos acerca da importância do diagnóstico precoce de câncer, alimentação saudável, rede de apoio entre outros.

É importante deixarmos claro que após essa fase de reinfecção pela covid-19 ou mesmo

após a imunização da população com a vacinação, certamente será possível retornarmos a rotina dos grupos educativos na UBS sem receio de propagação da doença.

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A maior carga de morbidade no Brasil é decorrente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes, que representam uma ameaça à saúde pública (DUNCAN et al., 2012; MALTA; SILVA JR, 2013).

Em média 70% das mortes em todo o mundo são decorrentes dos agravos das DCNT. São 38 milhões de mortes por ano, desse total, 16 milhões acometem usuários com menos de 70 anos, e aproximadamente 28 milhões atingem mais a população em situação de precariedade, por serem as mais susceptíveis aos fatores de risco, obviamente com menor acesso a informação e aos serviços de saúde (MALTA et al., 2017). Ainda de acordo com Malta et al. (2017), os principais fatores de risco para as DCNT são o sedentarismo, uso do tabaco e álcool e dieta não saudável.

É notório que a falta de ações voltadas a prevenção traz consequências negativas ao indivíduo, famílias, a população e aos sistemas de saúde. Por isso, a atenção básica se empenha tanto para mudar ou controlar esse panorama e conseqüentemente ofertar mais qualidade de vida aos usuários, através das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (MALTA et al., 2017).

A UBS Santana dos Garrotes conta com um total de 124 usuários com diabetes mellitus, regularmente cadastrados, na faixa etária dos 11 aos 95 anos de idade; 399 com hipertensão arterial sistêmica, na faixa etária dos 20 aos 100 anos e 65 com ambas as doenças. A maioria dos usuários com diabetes mellitus e hipertensão são mulheres, totalizando 76 e 255, respectivamente, para 48 e 144 homens.

Nesse contexto, as unidades de saúde devem atuar como porta de entrada para o sistema de saúde de forma a ofertar ações e serviços que promovam saúde, previnam agravos, facilitem o diagnóstico precoce, o tratamento, bem como possibilite a reabilitação individual e coletiva (AZEVEDO et al., 2013).

Em contrapartida, a pandemia do novo coronavírus e o número alarmante de casos de mortes em todo o mundo vem deixando marcas irreparáveis em toda a população mundial. Mesmo que algumas pessoas não tenham sido afetadas diretamente pelo adoecimento ou morte de um ente, ao menos conheceu alguém que perdeu a vida pela infecção do vírus (LANA et al., 2020). Realidade mundial que vem deixando muitas pessoas em alerta, com mais cuidado quanto a higienização, a não aglomeração, ao uso de máscaras, entre outros.

Por isso, diante dessa realidade, o cuidado com os sintomas de síndrome gripal ficou bastante em evidência. Desse modo, foi possível observar na nossa área de abrangência que alguns usuários do serviço de saúde demonstraram pouca preocupação quanto ao cuidado e controle de outras doenças, em detrimento a realidade atual.

Percebeu-se que as consultas de rotina e os grupos de prevenção das doenças crônicas,

como por exemplo o HiperDia, passaram a ser menos frequentado, principalmente porque a maioria dos usuários desses grupos eram idosos, ou seja, os usuários na faixa etária de risco para a covid-19.

Logo, tendo em vista a realidade da área de abrangência coberta pela UBS Santana dos Garrotes, ao número elevado de usuários com doenças crônicas, ao número considerável de casos notificados de descompensações dessas decorrente da baixa adesão a UBS para busca de medicações, bem como aos grupos para promoção e controle das doenças, pensou-se em realizar temporariamente, a alguns usuários mais debilitados, visitas domiciliares quinzenais para orientação, avaliação dos sinais vitais e entrega de medicações, a fim de evitar deslocamento desses até a UBS e contato com outras pessoas.

Sendo assim, a terceira microintervenção se deu em dois tempos, o primeiro tempo se referiu a reunião em equipe, e o segundo, as visitas domiciliares a usuários idosos e usuários mais debilitados, com doenças crônicas. Na segunda quinzena de dezembro de 2020 realizamos a reunião em equipe para organizarmos como seriam essas visitas, o número de profissionais por visita, o que seria abordado em cada uma, como seria a paramentação dos profissionais, o tempo estimado para cada visita, para um suporte mais ágil, e quais seriam os critérios utilizados para definirmos a prioridade das visitas. O segundo momento iniciou em 05 de janeiro de 2021, com as visitas domiciliares. Foi realizado um cronograma de participação de todos os profissionais, que realizariam as visitas em dupla. A cada visita era verificado a glicemia, hipertensão arterial e ausculta (quando em presença do médico ou enfermeira).

Os equipamentos de proteção individual como capote descartável, máscara, luvas de procedimentos, viseira de acrílico e álcool a 70% foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde. Essa terceira microintervenção foi acordada com todos os membros da equipe da UBS, foi uma forma que encontramos de dar continuidade as ações de promoção e controle das doenças crônicas, tendo em vista que a adesão dos usuários a UBS estava diminuindo consideravelmente.

Trata-se de uma microintervenção de baixo custo e fácil de ser colocada em prática, tendo em vista que o que necessita é de profissionais empenhados e comprometidos com a missão de melhorar a saúde da população por meio do acompanhamento a saúde dessas.

Para dar continuidade as ações supracitadas é preciso primeiramente que a equipe de atenção básica esteja determinada a realizar as visitas domiciliares regularmente, que as reuniões sejam periódicas para definir as prioridades dos usuários, realizar planejamento, definir os revezamentos das visitas e as evoluções. Que os protocolos de cuidado para a prevenção da doença Covid-19 façam parte da rotina de todos os profissionais e que a Secretaria de Saúde do Município dê o suporte dos insumos referentes aos equipamentos de proteção individual, medicamentos, aparelhos para aferição e controle dos sinais vitais, entre outros... Por isso, acreditamos que qualquer equipe de saúde que tenha interesse em colocar adiante

essas ações temporárias de prevenção de agravos decorrentes das DCNT certamente a fará sem grandes dificuldades.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Microintervenções em saúde com metodologias de ensino-aprendizagem realizadas em uma unidade básica de saúde são sempre muito produtivas por permitirem a participação coletiva dos usuários do serviço e dos profissionais. É uma maneira interessante de trocar experiências e saberes, compartilhar situações já vivenciadas e estimular o processo de reflexão.

Estratégias como essas de educação em saúde por meio de microintervenções podem ser utilizadas no cotidiano do serviço, no momento do acolhimento, nas consultas diárias, nas visitas domiciliares nos grupos de rodas de conversa, ou seja, em diversos contextos e para várias pessoas. No entanto, se faz necessário uma via de mão dupla: profissionais que realmente queiram fazer a diferença e estejam empenhados com promoção da saúde, escuta qualificada e usuários que estejam sensibilizados e dispostos a aprender, entender e compartilhar experiências.

Acerca das impressões finais sobre as ações, pode-se dizer que foram produtivas, uma vez que favoreceu o estreitamento do vínculo com a comunidade e a reflexão sobre o todo o processo de assistência na atenção básica. As potencialidades se referem a adesão de todos os envolvidos, tanto profissionais, quanto a compreensão dos usuários, e ao incentivo da Secretaria de Saúde do Município.

Acerca das limitações pode-se ressaltar as dificuldades em poder realizar as rodas de conversa devido a pandemia do coronavírus. Sabemos que a covid-19 fez milhares de vítimas em todo o mundo e as medidas de biossegurança se faz necessário para evitar a propagação desenfreada da doença, por isso a etapa de algumas microintervenções, como as etapas de rodas de conversa precisaram ser suspensas temporariamente.

Com certeza as microintervenções trouxeram para a toda nossa equipe engrandecimento profissional e pessoal. Muitos profissionais alegaram terem sido sensibilizados com as reuniões e com as ações educativas, bem como que as ações e reuniões em equipe incentivaram-lhes na adesão a uma escuta qualificada e melhoria da assistência. Essas ações percorreram ação, reflexão, transformação. Além do exposto, foi nítido a satisfação dos usuários, o vínculo e laço afetivo formado, o protagonismo, o autocuidado, bem como a confiança em si mesmo e na equipe.

Após a fase de pandemia da covid-19 e toda imunização com a vacinação, certamente será possível retornarmos a rotina de educação em saúde com a participação dos usuários da UBS.

## 6. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. de.; SILVA, R. A. da.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. de. Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set, 2013.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de.; SILVA, S. F. da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Rev Enferm**, UFSM, v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set., 2015.

CLEMENTINO, F. S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. T. et al. Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Rev. Saúde Ciênc.**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v. 46, p. 126-34, 2012.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. da. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; CODEÇO, C. T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, mar, 2020.

LOPES, D. D.; RODRIGUES, F. D.; BARROS, N. D. V. M. Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, v. 6, n. 01, p. 68-73, Jan-Jun., 2012.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C. de.; SILVA, M. M. A. da.; MARIA FREITAS, I. de. F.; BARROS, M. B. de. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, 2017.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan-mar 2013.

PAIXÃO, T. M. da.; FARIAS, S. N. P. de.; ROSAS, A. M. M. T. F. et al. Detecção precoce e abordagem do câncer infantil na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1437-43, maio., 2018.

SILVA, L. A. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P.; LIMA, J. G. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019.

SOUSA, A. M. da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

WAKIUCHI, J.; MARCHI, J. A.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Atuação da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários com câncer. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**., p. 1-9, 2016.

WAKIUCHI, J.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, Porto Alegre, mar., 2016.

## 7. APÊNDICES

Fotografia ilustrando a primeira fase da Microintervenção 1: Reunião em equipe/UBS Santana dos Garrotes, município Santana dos Garrotes-PB.



Fonte: (O autor, 2021).



Fonte: (O autor, 2021).

Fotografia ilustrando a Microintervenção 2: Cartaz informativo acerca da importância do diagnóstico precoce de câncer/ UBS Santana dos Garrotes, município Santana dos Garrotes-PB.



Fonte: (O autor, 2021).



Fonte: (O autor, 2021).

Fotografia ilustrando a terceira fase da Microintervenção 1: Preparação da equipe para realização do acolhimento à demanda espontânea e programada/ UBS Santana dos Garrotes, município Santana dos Garrotes-PB.



Fonte: (O autor, 2021).





Fonte: (O autor, 2021).



Fonte: (O autor, 2021).

## **8. ANEXOS**

.