



**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**

**ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO, DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA UBS MONTE ALEGRE, EM CATENDE (PE): RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

**LUIS DARIO PAULINO GARCIA**

---

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

---

---

ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO, DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DA  
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA UBS MONTE ALEGRE, EM CATENDE (PE):  
RELATO DE EXPERIÊNCIA.

LUIS DARIO PAULINO GARCIA

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

---

---

Agradeço à minha esposa pela força e o apoio dado durante estes anos de trabalho na UBS  
Monte Alegre. Agradecimento aos professores e tutores do Curso pela paciência.  
Agradecimentos a todos os membros da equipe que, de uma o outra forma, contribuíram e  
ajudaram na elaboração do presente TCC

---

---

Dedico inteiramente este trabalho a esa população carente e desassistida por tanto tempo, a  
toda a comunidade da UBS Monte Alegre

---

## **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 microintervensões realizadas no cenário de prática da Unidade Básica de Saúde Monte Alegre, em Catende, no Estado de Pernambuco, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: solicitar atividades de capacitação para a força de trabalho responsável pelo acolhimento dos usuários; Desenvolver atividades organizativas visando melhorar a qualidade da atenção às crianças, planejando o seguimento pormenorizado delas; estimular o desmame e substituição de medicamentos psicotrópicos através de parceria com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do Centro de Atenção Psico Social (CAPS) com o intuito de diminuir a dependência química na comunidade. As intervenções foram realizadas sob a forma de reuniões com a equipe, rodas de conversa, palestras e orientação na sala de espera. Também foi realizada a busca ativa aos usuários faltosos. Os resultados obtidos foram satisfatórios visto que tiveram boa aceitação pelo público alvo e ampliaram o acesso aos serviços ofertados.

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

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I</b>	<b>08</b>
<b>3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II</b>	<b>11</b>
<b>4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III</b>	<b>14</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>18</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de atuação tem o nome de Monte Alegre em alusão a um engenho que fica perto e que é parte do território de atendimento. Atende uma população aproximada de 3,850 usuários. Encontra-se no bairro das Caixas, na cidade de Catende, na mata sul Pernambucana. Catende é um município com uma população de 43,340 habitantes em uma área territorial de 207,244 km<sup>2</sup>, localizado a 140 km, aproximadamente, da capital do estado de Pernambuco, Recife, no sentido sul.

A equipe de saúde atende uma área extensa composta por uma parte locada em área urbana, como parte de bairros da cidade de Catende, e outra área rural bem extensa composta por vários engenhos e povoados espalhados no caminho até a Serra da Prata. Esta equipe está composta por uma enfermeira, que também é a chefe da equipe, um médico, uma técnica de enfermagem, uma dentista e uma técnica em saúde bucal. Também compõem a equipe 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, tem uma recepcionista que também auxilia na entrega dos medicamentos e duas auxiliares de serviços gerais.

Após discussão com a equipe, foram escolhidas três áreas temáticas para intervir porque foi percebido que elas têm uma alta influência no funcionamento inadequado das atividades e na morbidade da UBS.

A primeira, o Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, é uma área que sempre apresentou problemas de organização e planejamento, inclusive com a ocorrência de profissionais com perfil inadequado para a função. A segunda, Atenção à saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento é uma área que tem relevante importância, já que incide diretamente na saúde da população mais vulnerável, que são as crianças na primeira idade. Tal situação se agrava pela grande extensão territorial, sendo a área geograficamente maior que a capacidades da UBS, inclusive com várias microáreas descobertas sem ACS (por causas alheias à unidade), de forma que existe um grande descontrole e má acompanhamento das crianças nessas áreas. Por fim, a Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, que requer especialmente uma grande atenção porque durante anos foi criada uma cultura do uso dos estupefacientes e psicotrópicos de forma inadequada e sem seguir os modernos protocolos que regulam o uso deles, acarretando uma alta incidência e dependência por uma grande parte da população atendida na UBS.

Portanto, os abjetivos das intervenções foram: solicitar atividades de capacitação para a força de trabalho responsável pelo acolhimento dos usuários; Desenvolver atividades organizativas visando melhorar a qualidade da atenção às crianças, planejando o seguimento pormenorizado delas; estimular o desmame e substituição de medicamentos psicotrópicos através de parceria com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do Centro de Atenção Psico Social (CAPS) com o intuito de diminuir a dependência química na comunidade.

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

### **ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS MONTE ALEGRE, EM CATENDE (PE)**

#### **Introdução**

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. O Acolhimento é o tema fundamental desse relato de intervenção, pela importância desse quesito no correto funcionamento duma UBS, como primeiro contato na Atenção Básica no SUS.

Desde o início, há uns anos, na Unidade Básica de Saúde (UBS), foi identificada a existência de uma demanda muito além da capacidade instalada da UBS, pelo o fato de o território ser enorme e com a presença de áreas descobertas de Estratégia Saúde da Família (ESF) no entorno. Sendo uma unidade de saúde que atende uma população tanto da área urbana quanto da área rural pode se entender que é muito amplo e numerosa a gama de doenças próprias de cada tipo de população, sendo mais vulnerável as da zona rural.

O Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada é uma área que sempre apresentou grandes problemas de organização e planejamento, na qual foram identificados três fatos fundamentais que influenciam no funcionamento: o número de população que excede as possibilidades da UBS fazia acumular, de forma progressiva, as necessidades de atendimento dos usuários que, para conseguir uma consulta, formavam longas filas desde o início da madrugada para tentar conseguir uma vaga; falta de recursos humanos com perfil adequado para acolher as demandas da população; desorganização do fluxo de atendimento dos usuários que conseguiam acesso pela ausência de uma escuta qualificada e de um esquema de triagem adequada.

Todos esses empecilhos faziam com que, por exemplo, uma pessoa da área rural terminava tendo uma menor chance de conseguir um atendimento por ter que percorrer longas distâncias até o posto de saúde, tendo as pessoas da área urbana e moradoras, perto da unidade, maior oportunidade pela possibilidade de chegar primeiro.

Portanto, eram frequentes as queixas sobre respostas inadequadas ou incompletas ou que negavam o atendimento urgente aos que mais precisavam por carecer de pessoal adequado e preparado na recepção, fazendo necessário o planejamento e realização de uma



microintervenção com o objetivo de organizar o acolhimento às demandas espontânea e programada na UBS Monte Alegre em Catende (PE).

## **Metodologia**

Após identificação dos problemas, a intervenção foi planejada a partir de reuniões sistemáticas com a equipe de saúde no intuito de debater e implantar possíveis soluções ou alternativas diante da situação relatada.

Foi consenso entre todos, exceto a recepção, sobre a existência de problemas objetivos e subjetivos. Foi determinado que o excesso de população se devia à criação dum bairro chamado Alto das Jaqueiras que, desde que foi construído há uns anos, não tinha sido feito o posto de saúde correspondente a essa área. Então, a população daquela localidade sobrecarregava a UBS, pois ficava mais próxima deles.

Além disso, seria necessária uma mudança no método de trabalho da recepção e a organização de uma escuta qualificada e de uma triagem mais eficaz que fosse capaz de priorizar as necessidades urgentes ou não de cada indivíduo.

## **Resultados**

Após um amplo debate sobre essa problemática foram feitos alguns acordos para: solicitar à gestão municipal de saúde o quanto antes avaliação e planejamento da construção de uma unidade de saúde para o bairro do Alto da Jaqueira. Com essa solução a demanda iria diminuir, contribuindo com a melhora do trabalho nas duas populações; requerer um curso de capacitação da recepção visando melhorar o desempenho nas suas funções; criar as condições para a realização duma correta triagem que permitisse otimizar a recepção para definir quem era ou não prioridade organizando a demanda por ordem de chegada; disponibilizar um dia onde a população das áreas rural tivessem total prioridade de agenda programada, sendo que a espontânea seguiria sendo diariamente avaliado na hora.

O primeiro e o segundo apontamento foram designados à Enfermeira, que se responsabilizou com esses encaminhamentos e, em seguida, agendou-se uma próxima reunião com a Coordenação de Atenção Básica para tratar do assunto.

Quanto aos demais aspectos, elaborou-se um plano de tarefas que implicavam à Técnica de Enfermagem e à Enfermeira para classificar, explicar e dar orientações aos pacientes após uma escuta qualificada, ao solicitar um atendimento pela primeira vez, enquanto que, posteriormente, seria agendado para outro momento, segundo a decisão inicial feita na triagem.

## **Considerações finais**

Atualmente esse arranjo vem sendo realizado com muitas dificuldades, sendo a triagem feita diariamente na hora de solicitação do atendimento. Nela influenciam os dias de vacinação e a ausência, por diferentes causas, da Enfermeira ou a Técnica de Enfermagem. E se consegue o atendimento mediante agendamento prévio para as terças feiras das pessoas da área rural, entretanto ainda se espera por uma resposta quanto aos primeiros dois problemas identificados. Dessa forma, sempre haverá um dia dedicado somente para essa população sem prejuízo do direito ao atendimento garantido. Essa decisão terá um caráter permanente.

Com as medidas implementadas se conseguiu, durante os meses seguintes, um atendimento com prioridades, com média 40 pessoas por dia, entre atendimento médico, de enfermagem e da técnica de enfermagem. Conseguiu-se reduzir as queixas sobre faltas de vagas em 90% e foi possível a organização e o atendimento dos grupos prioritários.

Para garantir a continuidade e manutenção da qualidade desse processo se realiza todo o mês, na última sexta feira, um encontro da equipe onde se avalia as fraquezas e as fortalezas do processo de acolhimento durante o mês que termina. Dessa forma, caso necessário, são propostas medidas corretivas de rumos ou atendimentos específicos de cada membro da equipe. Nessa reunião se realiza uma leitura atualizada das funções dos membros da equipe, com mais interesse naquela área que houver maiores dificuldades no mês avaliado.

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

#### **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS MONTE ALEGRE, EM CATENDE (PE)**

##### **Introdução**

Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento geral do indivíduo. É um ciclo vital promissor e ao mesmo tempo de vulnerabilidade. Em 1988, as políticas públicas ganham relevo com a Constituição Federal Brasileira, que delineou o acesso universal ao sistema de saúde, os direitos da criança e do adolescente, reafirmados posteriormente no Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 2016).

A UBS Monte Alegre tem um atendimento enorme em relação ao número de crianças até os 12 meses, sendo a imensa maioria oriundas das áreas com baixos recursos e na zona rural, se somam múltiplos fatores que ajudam ao aparecimento de condições de riscos que favorecem as doenças e as comorbidades associadas à gravidez, parto e, por consequência, também no desenvolvimento da criança. Esses elementos foram decisivos para a escolha do tema Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento para a microintervenção, pela grande importância que representa na saúde no território.

O número de gestantes da área adscrita já ultrapassou, em vários momentos, o total de 50 durante um mês, então se torna fácil deduzir a quantidade de crianças em diferentes etapas que são necessárias cadastrar e acompanhar para dar um adequado atendimento e pode-se imaginar o tanto difícil que se torna levar um controle e seguimento adequado e com a qualidade necessária para essa faixa etária.

Outra dificuldade encontrada foi a existência de várias microáreas da UBS com ausência de Agente Comunitário de Saúde (ACS), onde vários deles estavam de afastados por licenças, inclusive realizando trabalhos como assessor parlamentar na câmara de vereadores do município, que não tinham nada a ver com a sua função/vinculação original.

Se a caracterização do risco e o diagnóstico precoce forem subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e até levar à morte, se não forem tomadas medidas adequadas. Assim, nota-se que o acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento. (ROCHA et al., 2018, p.12).

“O Crescimento e Desenvolvimento estará centrado na organização desta atividade na unidade de saúde da família segundo o olhar da família, da equipe e da comunidade. Resgata as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, por ser um documento importante e norteador para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento, do nascimento até os 9 anos. Contém ainda informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da

criança tanto para as famílias como para os profissionais” (ROCHA et al., 2018, p.12).

Considerando a importância, tanto da manutenção do estado nutricional quanto do crescimento e desenvolvimento, esses aspectos justificaram a necessidade de realização desta intervenção que teve como objetivo cadastrar e acompanhar todas as crianças de zero a dois anos de idade da área de abrangência da UBS.

## **Desenvolvimento**

Em reunião da equipe se identificaram vários problemas que vêm refletindo no acompanhamento na população da criança nos primeiros anos de vida: não se tinha um controle exato da quantidade de crianças de 0 a 12 meses em relação ao atendimento; e existiam muitas crianças sem acompanhamento de Puericultura.

Após análise situacional e discussão em equipe, ficou decidido: realizar um trabalho de pesquisa e mapeamento domiciliar de todas as crianças nascidas com idade até de 24 meses; organizar um trabalho de agendamento de cada criança para a consulta de puericultura, por ordem de prioridades, visando as de menor idade e/ou com presença de riscos sociais e ambientais no âmbito familiar; fazer atividades de promoção de saúde com a formação de grupos específicos de mães, grupos de adolescentes e grupos de jovens, em geral, para levar conhecimento que permitam, a esse grupo populacional, empodera-se das ferramentas para a toma de decisão consciente e de fazer uma boa escolha de métodos que evitem as doenças respiratórias, as parasitárias e a má nutrição nas crianças sob seus cuidados.

Para cumprir o primeiro ponto se realizou durante três semanas, entre os dias 21 de junho a 16 de julho de 2021, um trabalho de visita casa por casa nas micro áreas de saúde, pelos ACS, com a supervisão da Enfermeira. Para isso se tomou como guia o controle das gestantes atendidas na UBS durante os 24 meses anteriores e, eventualmente, o cadastro de crianças que possam morar na comunidade de abrangência no decorrer desse tempo.

Dessa forma, foi possível cadastrar 26 crianças que não estavam sendo acompanhadas de forma regular, sendo que oito delas não estavam identificadas pelo fato de as mães terem feito o pré-natal e elas terem nascido em outra área de saúde. Ao total dessas 26 crianças se somam às 37 que já estavam identificadas e que estavam sendo acompanhadas de forma regular, totalizando 63 crianças.

Para cumprir o segundo ponto, realizou-se um plano de agendamento de visitas para cada criança. Para isso foram citados todos os ACS, junto à enfermeira, técnica de enfermagem, médico e recepcionista. Foi entregue a cada ACS a responsabilidade de comunicar a cada mãe e pai da criança da sua microárea o dia que deveria comparecer à consulta de Puericultura.

Nas áreas descobertas de ACS, essa responsabilidade foi delegada à recepcionista da UBS, para realizar comunicação telefônica e informar o dia agendado da puericultura.

Para cumprir o terceiro ponto se realizou a formação de um grupo de mães. Nesse grupo foi programado palestras quinzenais sobre os cuidados da criança, alimentação, estimulação, vacinação e outros. Destaca-se a parceria formada com a cooperação de funcionários do programa Mãe Coruja, psicólogo e nutricionista.

### **Considerações finais**

Nos meses seguinte, realizou-se uma avaliação com indicadores da área para demonstrar ou não se de fato melhoraram os índices dessas doenças ou fatores de riscos, porém não foi possível a coleta dos dados por dificuldades no sistema de informação da secretaria de saúde. Mesmo assim, conseguiu-se uma mudança na presença das crianças nas consultas, na atualização das cadernetas de vacinação e na diminuição de crianças desnutridas ou com dificuldade no desenvolvimento.

## 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

### Introdução

A partir do conhecimento sobre as relações das doenças mentais com os fatores ambientais e sociais, descobriu-se a necessidade de não apenas lidar com as raízes biológicas dos problemas mentais, mas também com os fatores sociais. Surge a Psiquiatria Social, que passa a descrever as estruturas sociais como fatores geradores de doenças, estando nesse ponto os alicerces do movimento de Saúde Mental (VIETTA et al., 2001).

No Brasil, o doente mental fez sua aparição nas cenas das cidades e, com ele, igualmente um contexto de desordem e ameaça à paz social mesmo antes da industrialização e da urbanização maciça e de suas consequências, a circulação de doentes pelas cidades já chamava a atenção por providências das autoridades, dando origem à função saneadora dos primeiros hospícios da assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1994).

A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da família Real ao Brasil, no início do século XIX. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigiram medidas eficientes de controle social, sem as quais se tornava impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento urbano, Amarante (1994) ressalta que a medicina termina por desenhar o projeto no qual emerge a psiquiatria brasileira.

Desde os momentos iniciais do trabalho na UBS Monte Alegre foi identificado a quantidade de pacientes usando medicamentos chamados de controlados, estupefacientes e psicotrópicos, que por experiência anterior em outros lugares de trabalho, percebe-se que ultrapassava os índices habituais. Diariamente chegava uma quantidade enorme de pacientes solicitando a renovação das receitas para esses medicamentos, sendo somente esses casos, um número maior do que os pacientes que procuram os serviços para os atendimentos das outras patologias comuns. Semanalmente se dedicava muito tempo para atender essas pessoas, a maioria das vezes, compensada da suposta doença mental ou psiquiátrica que motivava o consumo de esses estupefacientes, porém que não podiam abandonar, identificando-se uma perceptível fármaco-dependência.

Numa unidade que já tinha grandes dificuldades no funcionamento, pelo fato de apresentar grandes problemas de organização e planejamento e por ter o número de população que excede as possibilidades da UBS e que se fazia crescente, de forma progressiva, as necessidades de atendimento dos usuários que, para conseguir uma consulta, formavam longas filas desde o início da madrugada para tentar conseguir uma vaga; falta de recursos humanos com perfil adequado para acolher as demandas da população; desorganização do fluxo de atendimento dos usuários que resultava na ausência de uma escuta qualificada e de um esquema de triagem adequada. Desta forma foi identificada uma excessiva quantidade de

pacientes dependentes de psicotrópicos e estupefacientes que ultrapassam, por muito, as estatísticas habituais para uma população comum.

Observou-se que diariamente se apresentavam inúmeros pacientes solicitando a renovação da receita controlada, alegando que, só com elas, podem adquirir este tipo de medicamentos. Com eles, em menos frequência, se apresentavam também pacientes solicitando aumentar a doses que já viam usando ou solicitando a troca por outros remédios alegando que o usado não fazia o efeito pelo que foi indicado meses ou anos antes. Essa quantidade de pacientes, competiam em atendimento e tempo usado com os pacientes do agendamento, complicando a já atarefada jornada de trabalho da unidade de saúde.

## **Metodologia**

Após identificação dos problemas, a intervenção foi planejada a partir de reuniões sistemáticas com a equipe de saúde e com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), no intuito de debater e aplicar possíveis soluções ou alternativas diante da situação relatada.

Nos debates foi identificando como uma das possíveis causas, a instabilidade dos profissionais da área da psiquiatria no município, como algo habitual durante muitos anos, o que acarreta uma má prática na indicação de medicamentos por esses profissionais que não acompanhavam os pacientes até se conseguir o desmame total ou parcial da terapêutica.

Também se identificava o costume enraizado nos pacientes de tomar medicamentos por conta própria, precisando de remédio para insônia, ansiedade, depressão, etc. Também, pela ausência dos profissionais da área, os Psiquiatras, terminavam sendo indicado os medicamentos por um vizinho ou familiar, ou tal vez por médicos clínicos gerais nas emergências ou nas UBS, mas sem o acompanhamento terapêutico necessário, científico, por protocolos e baseado em evidências científicas, para evitar o problema encontrado de uso excessivo desses medicamentos com a adição que caracteriza o seu uso. Configurando-se um grande problema de saúde mental hoje na área de saúde.

## **Resultados**

Após um amplo debate sobre essa problemática foram feitos alguns acordos para solicitar à gestão municipal de saúde a contratação e manutenção de forma estável dos profissionais da psiquiatria no município visando dar suporte a um programa estável de consultas para os pacientes desse grupo específico tão complexo. A Coordenadora de Atenção básica do município ficou responsável por esse encaminhamento.

Ademais, foi criado um programa de atividades com a presença de psiquiatras e

enfermeiros especializados ou com experiência na área da psiquiatria, para realizar atividades educativas, como palestras e encontros com os familiares e pacientes consumidores desses medicamentos, com o intuito de promover, encorajar a redução do uso indiscriminado desses medicamentos, de forma organizada e baseado nos protocolos científicos da especialidade.

Essa iniciativa fornecendo informação necessária e empoderando aos familiares e aos pacientes para a participação consciente na solução do problema criado. A enfermeira chefe da equipe ficou responsável por essa atividade.

Posteriormente, a equipe de saúde acordou dedicar duas horas semanais para a revisão, avaliação e confecção, nos casos que procede, das receitas solicitadas pelos pacientes para comprar os medicamentos em uso, quando da necessidade de compra pelos usuários.

Destaca-se que essa atividade não poderia ser realizada, na maioria dos casos, com a presença dos pacientes, mas a partir da análise dos prontuários onde se encontravam as evidências do uso do medicamento indicado inicialmente por um psiquiatra para uso contínuo ou temporário. O médico da equipe ficou encarregado de fazer essa atividade.

Também se acordou que o paciente que chegasse solicitando o uso novo de medicamento, justificado ou não, fosse encaminhado a primeira vez, para avaliação do psiquiatra.

### **Considerações finais**

Realizou-se uma avaliação sistemática durante os meses seguintes sobre o comportamento quanto ao uso dos medicamentos controlados. Foi eliminado quase a zero a indicação de medicamentos psicotrópicos sem uma avaliação pelo psiquiatra. Foi programada uma reunião mensal, para avaliar eventuais pacientes que chegam solicitando esse tipo de remédios.

Também foi possível fazer, pelo menos uma vez cada dois meses, uma palestra sobre os efeitos colaterais do uso dos medicamentos psicotrópicos e encorajar os pacientes que os usam a procurar o desmame e/ou a desintoxicação, nos casos de uso abusivo.

Foi difícil a coleta de dados por dificuldades de acesso dos dados na secretaria de saúde, para demonstrar estatisticamente as melhoras resultantes das medidas tomadas, mas foi percebido um controle adequado da prescrição controlada dessa terapêutica.

No entanto, foi possível conseguir em algumas situações, ainda que em um número reduzido, o desmame total do uso dos psicotrópicos e com isso a retirada de vários pacientes que levavam anos usando alguns tipos de remédios sem necessidade real ou podendo usar outras alternativas menos agressivas.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções foram realizadas sob a forma de reuniões com a equipe, rodas de conversa, palestras e orientação na sala de espera, também foi realizado a busca ativa aos usuários faltosos. Os resultados obtidos foram satisfatórios visto que tiveram boa aceitação pelo público alvo, além das ações para melhorar o acolhimento, disponibilizado na primeira microintervenção, ocorreu o aumento de atendimentos diários visto pela otimização do tempo de espera na unidade, tanto para a demanda livre quanto para a programada.

Os recursos e atividades previstos foram suficientes, as atividades estiveram bem organizadas, não alterando a agenda da unidade. A equipe organizou as atividades respeitando as demais ações da rotina do UBS. Com base nisto, avalia-se que não houve prejuízo no processo de trabalho da equipe, desde a elaboração, capacitação e implantação das novas atividades.

A capacitação teve suas atividades executadas no fim de semana, o que não modificou a agenda da unidade e as ações ofertadas ao público foram suficientes para alcançar os objetivos. Os recursos apresentados foram adequados possibilitando a execução das ações planejadas.

Sobre a segunda microintervenção, que aborda a melhoria na atenção à saúde da criança, foi promovida a busca ativa aos faltosos, atualização das Cartão Nacional de Saúde, ampliando o acompanhamento das crianças da comunidade. As ações implantadas foram realizadas com êxito e um plano de agendamento de visitas para cada criança foi elaborado.

Finalmente, a terceira microintervenção, com a temática sobre saúde mental, criou um programa de atividades com a presença de psiquiatras e cuidadores a fim de reavaliar os pacientes para realizar o desmame dos medicamentos controlados, de forma racional, evitando o uso indiscriminado de psicotrópicos.

## 6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE@idades. **Perfil demográfico do município de Catende, Estado de Pernambuco**. 2020. Disponível em: <https://idades.ibge.gov.br/brasil/pe/catende/panorama>. acesso em 12 abr. 2021.

ROCHA, N. S. P. D.; MAGALHÃES, M. L.; SILVA, J. A. Módulo Atenção à Saúde. **Atenção à saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Unidade 2. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família - PEPSUS. Natal: SEDIS/UFRN, 2018.

VIETTA, E. P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2001; v.9, n.2, p.97-103

## 7. ANEXOS

