



**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**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS  
POR UM MÉDICO DA FAMÍLIA NA UBS DANILO CÔRREA EM AUTAZES-  
AM**

**FRANCISCO DE PAULA RAMALHO JUNIOR**

---

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

---

---

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS POR UM  
MÉDICO DA FAMÍLIA NA UBS DANILO CÔRREA EM AUTAZES-AM

FRANCISCO DE PAULA RAMALHO JUNIOR

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

---

---

Sou grato a Deus por tudo o que sou, sou grato aos meus pais por tudo o que me tornei e sou grato a minha família por tudo o que coletei entre eles por toda a minha vida.

Meus sinceros agradecimentos a todos os meus mestres desde o jardim de infância até aqui, pela generosidade em dividir comigo e meus colegas tudo o que aprenderam.

Obrigado aos meus colegas, que nos momentos mais angustiantes, me mostraram que eu não estava sozinho na angústia, estávamos todos no mesmo barco.

E por fim, sou grato ao meu país, por ser laico, por nos permitir vivenciar experiências inesquecíveis e por proporcionar a oportunidade de conhecer realidades tão diversas através do nosso trabalho e empenho.

---

---

*À minha filha Carolina Quintana Ramalho, meu melhor trabalho, a melhor parte de mim, o amor que me faz dormir e levantar todos os dias, quem mudou a minha vida, me fez querer viver mais, ser o melhor que eu poderia ser, me fez ver que cada ser humano é um ser diferente e precisa de cuidados e atenção diferentes. Seja ele rico, pobre, preto, branco, gordo ou magro, homem ou mulher. Essa pequena criatura, me ensinou que respeito e humildade são chaves que abrem qualquer porta. Que ser temerário e resiliente não são contrários de obstinado e persistente.*

---

## **RESUMO**

Este trabalho trata-se do relato de três microintervenções que foram propostas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Autazes, estado do Amazonas. Foram trabalhadas as temáticas: Acolhimento a demanda espontânea e à demanda programada; Atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento e Controle das doenças crônicas não transmissíveis. Assim, objetivou-se com essas intervenções provocar uma reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais da UBS, além de estimular o desejo de oferecer ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), uma experiência positiva do cuidado ofertado. Especificamente, buscar colocar em prática os princípios que norteiam o SUS mais efetivamente: equidade, integralidade e universalidade. Além disso, acolher o usuário com mais empatia, escutando suas demandas e tentando compreender o contexto de sua vida e suas consequências no processo de sua saúde e adoecimento. Desse modo, as estratégias foram planejadas coletivamente de modo a atender metas, por meio de reuniões e parcerias com outros setores como o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Os resultados alcançados mesmo a curto prazo, foram além das expectativas, com reconhecimento dos benefícios pela equipe de saúde e pela comunidade. Portanto, ao concluir todo o trabalho, desde o planejamento até a consolidação das atividades, foi possível compreender que os recursos humanos são de vital importância, superando em todos os aspectos os recursos materiais, não que esses não sejam essências, porém, por vezes existe recursos disponíveis, mas não são usados a contento, causando falhas que são perceptíveis aos usuários e aos trabalhadores da saúde.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	11
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
6. REFERÊNCIAS.....	18

## 1. INTRODUÇÃO

Atenção básica, representa um dos eixos estruturantes do SUS, e nos últimos anos, vive um momento especial ao ser assumida como porta prioritária do Ministério da Saúde e do governo federal. Podendo destacar-se como desafios atuais, aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, bem como ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, ligados diretamente à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

Desde a sua criação a Estratégia Saúde da Família, vem se consolidando como um dos eixos primordiais do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrado através de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, oferecendo cada vez mais aprimorando amplo no acesso da população às ações de saúde (BRASIL, 2009). O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica, dentro desse processo, vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS.

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo da evolução humana, cada dia mais se modificam, bem como as maneiras como sujeitos e coletividades se organizam e conduzem suas vidas e elegem determinados modos de viver. Essas mudanças podem facilitar ou dificultar o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutindo diretamente na alteração dos padrões de adoecimento (BRASIL, 2008).

Os objetivos dessas microintervenções foram: Geral – Apresentar uma proposta de melhoria nos eixos selecionados, oferecendo uma intervenção pontual, possível de ser executada e continuada a longo prazo. Específicos – Melhorar a qualidade no atendimento a demanda espontânea e programada; identificar as fragilidades na atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento; e ofertar mais qualidade ao portador de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

É possível identificar inúmeras definições de acolhimento, em diversas literaturas disponíveis tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde, porém isso não é um fator negativo, pelo contrário, revela os múltiplos sentidos e significados de maneira legítima, como aspirações de verdade (BRASIL, 2013). Todavia, o mais importante é a clareza e explicitação do que de fato seria acolhimento revelando assim, perspectivas e intencionalidades. Em outras palavras, a priori, o acolhimento não é, algo para se avaliar como bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Deste modo, se faz necessário antes de tudo, perguntar de que modo se dá o acolhimento, em vez de questionar se ele existe ou não.

Nesse sentido, há inúmeros desafios a enfrentar e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Esses últimos (os modelos de atenção), que se referem a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devem ser objeto de atenção especial, na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2013 p. 35).

Diante deste panorama, e por observar atentamente os usuários atendidos diariamente na UBS, foi possível perceber a necessidade de acolher a demanda espontânea de forma a oferecer entretenimento durante a espera pelo atendimento. O desafio maior foi: Como fazer isso de forma autônoma, sem a necessidade de que a equipe estivesse o tempo todo com o usuário, pois se tornaria cansativo, assim surgiu a ideia de fazer “A sala interativa” que consiste em dispor de jogos e atividades em dupla, favorecendo a comunicação entre os pacientes e tirando o estresse da espera.

Autazes é uma cidade no interior do estado do Amazonas. Pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Manaus, encontra-se a sudeste de Manaus, capital do estado, distando destes cerca de 113 quilômetros. A UBS Danilo Correa conta com uma equipe razoável (em números) considerando a população por ela atendida, uma área de 1500 pacientes cadastrados entre zona urbana e rural.

Primeiramente foi realizada uma reunião com a equipe para falar da necessidade da intervenção nessa área, visto que se justifica, pela notada impaciência dos usuários em aguardar por sua vez para a consulta, evidentemente que aqui, compreende-se usuários não graves, para consulta de rotina, sem demandas de urgência e emergência. Então após explanar o projeto, a equipe entendeu e concordou que seria algo simples, mas eficaz para sanar essas



dificuldades com os pacientes. Assim, decidiu-se pela montagem de um espaço para jogos e atividades interativas, na qual eles teriam a disposição: jogo da velha, dama, xadrez, dominó, caça palavras, quebra-cabeças, jogo da memória, jogos dos sete erros, além disso, disponibilizar revistas e livros para livre escolha do paciente. A princípio a ideia era deixar em uma sala, porém com a situação de pandemia, foi mais adequado realizar em espaço aberto, já que a unidade dispunha desse espaço, foi cômodo adaptar a atividade.

Definido o que seria feito, então foi determinado uma data para iniciar, e posteriormente avaliar a viabilidade de tornar atividade permanente, sendo de comum acordo que iniciasse na sexta feira dia 16.10.2020, pensando que se fosse algo cansativo, haveria tempo para descanso no final de semana. O público-alvo dessa microinvenção, foi de fato a demanda espontânea, sendo crianças, adolescente, adultos e idosos, homens e mulheres.

Não houve uma mobilização para a ação, tendo em vista que seu propósito foi atender a demanda espontânea. Deste modo, a equipe de ACS's (4 pessoas) neste dia, ficou concentrada nas dependências da unidade para auxiliar os demais profissionais da equipe. Cada ACS recebeu uma ficha para discretamente captar informações dos usuários sobre a ação e sua importância. A enfermagem ficou responsável pela escuta, que ocorreu de forma gradativa, sendo usuário primeiro encaminhado ao espaço, e depois sendo chamado individualmente para ser ouvido, nesta área três profissionais atuaram.

Conforme os usuários foram chegando, os recepcionistas (4 pessoas), ficaram responsáveis em verificar prontuários, cartão SUS, e encaminhá-los até o espaço destinado, onde já eram aguardados pelos ACS, que logo indicavam as atividades disponíveis, e propondo parcerias, já que a maioria dos jogos são para duplas, e cuidando para que as medidas de proteção fossem utilizadas de forma correta. Ressalta-se aqui a participação da equipe de Auxiliar de Serviços Gerais (ASG) (2 pessoas), que tiveram todo o cuidado e atenção em manter o ambiente limpo, organizado e que em dias de grupão, não medem esforços para preparar o lanche e auxiliar na distribuição do mesmo.

Por ser uma atividade proposta pela pós-graduação, o médico-autor do projeto ficou na coordenação geral dessa primeira etapa da atividade, no entanto, todos que compõem a equipe, foram responsáveis pelo evento. Pode-se elencar como potencialidades o espaço que a unidade dispõe, uma equipe comprometida e entendendo a importância de um acolhimento adequado, com menos reclamações por parte dos usuários. As dificuldades encontradas, se deram apenas na montagem do espaço, ou seja, em conseguir todos os materiais necessários, visto que foram solicitados para a secretaria de saúde, e que demanda um tempo de espera para receber. Assim, o dia de lançamento do projeto aconteceu com jogos doados e ou emprestados, porém com o sucesso da ação, houve uma celeridade no recebimento dos materiais solicitados.

Os principais resultados alcançados foram: união da equipe desde a elaboração até a realização da atividade; aceitação imediata por parte da população atendida à Sala Interativa;

diminuição das reclamações na recepção pelo tempo de espera pelo atendimento; interação entre equipe de saúde e usuários, e usuários com usuários, tornando o ambiente mais agradável. Sendo assim, a avaliação feita por toda a equipe, aliada a impressão causada pela população (verificadas *in loco* pelos ACS's) foi considerada positiva, e a atividade passou a fazer parte da rotina da UBS, não sendo necessária a presença do médico/autor para ocorrer. O que pode representar uma fragilidade na microintervenção, é a mudança de equipe, pois como é de conhecimento de todos, a rotatividade de prestadores de serviço é grande, e poderia prejudicar a continuidade.

Por fim, o autor do relato acredita que a realização dessa atividade, que se tornou um projeto, e que veio a se implantar como rotina na unidade de saúde, foi de extrema relevância para a comunidade, para a equipe de saúde, ficando a impressão em todos que participaram, que ao tornar o relacionamento empático, recebe-se de volta, causando assim uma onda invisível, mas perceptível de gratidão e bem-estar, por haver se preocupado com o outro. Espera-se que, não apenas esta microintervenção, mas também as dos demais colegas, sirvam de modelo para muitas outras regiões do país.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

#### ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno exclusivo é a mais sabia estratégia alimentar para crianças até o sexto mês de vida. Através dele o vínculo mãe/bebê é fortalecido, promove afeto, proteção e nutrição para a criança, menores custos financeiros, evita diarreias e infecções respiratórias, melhora a qualidade de vida, além de ser a mais eficaz estratégia de redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros após os seis meses de vida, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2009).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Danilo Correa, atende cerca de 20 gestantes por ano (Tem certeza que são apenas 20 gestantes ao ano?? Verificar com os ACS esse dado), e foi verificado que muitas não retornavam para a consulta puerperal, nem acompanhamento da criança nos dois anos seguintes ao nascimento. Encontrou-se aí demanda para a microintervenção necessária para melhor atender dentro do tema saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Sendo assim, a abordagem feita foi acerca da amamentação e transição para outros alimentos nos primeiros dois anos de vida da criança.

As três microintervensões foram planejadas de forma simultânea com a equipe de saúde, assim como a divisão de tarefas e a execução. Após decidir como seria feita a ação, todos os ACS disponíveis realizaram um levantamento de quantas crianças haviam na área de abrangência com idade entre seis meses a dois anos, para uma avaliação nutricional destas crianças na UBS. Sendo identificadas trinta e quatro crianças. O dia “D” dessa ação, foi dia 12 de outubro, dia das crianças, feriado. A data foi escolhida, primeiramente para chamar atenção das mães, por ser dia das crianças, e por ser feriado, assim não haveria outras demandas na unidade que pudessem interferir no trabalho daquela ocasião. Compareceram 28 crianças (com suas mães), conforme idade do **Gráfico 1**, na ocasião foi realizada uma avaliação, por meio de

um questionário, a respeito da alimentação da criança, que contemplava desde o nascimento até a idade atual.

Gráfico 1 – Idades das Crianças participantes da ação



Fonte: Dados da pesquisa

Conforme classificação do aleitamento materno, **Quadro 1(anexo)**, foi verificado que, dessas 28 crianças apenas seis tiveram aleitamento materno exclusivo até os seis meses, outras oito tiveram aleitamento predominante, quatro aleitamentos misto, e dez não receberam o aleitamento materno, por pelo menos três razões relatadas: 1- Não produziram leite; 2- Tiveram mastite severa e 3- Creram que o leite não sustentava a criança.

Quadro 1 – Classificação do aleitamento materno:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança

recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Fonte: BRASIL, 2015.

Nesta ação, todos os profissionais da UBS participaram, sendo o médico/autor da proposta o coordenador geral. Na ocasião, além da avaliação, foram realizadas consultas de enfermagem, consulta médica, pesagem, atualização de carteira vacinal, teste do pezinho (aos que se encaixaram nos quesitos), orientação nutricional, bem como ordenha e armazenamento do leite materno, preparo de outros alimentos e necessidade de acompanhamento pela equipe de saúde. Foram distribuídos folhetos sobre a temática (fornecidos pela secretaria de saúde), e um lanche. Não houve dinâmicas de grupo, em razão do distanciamento necessário ao combate a Covid-19.

Observou-se que que nas áreas descobertas por ACS houve maior número de mães que não fizeram acompanhamento na Unidade após o nascimento de seu bebê, e apesar das orientações durante o pré-natal, muitas não seguiram as recomendações, e isso foi um choque para os profissionais, quando se deparam com tantas crianças que não receberam a alimentação adequada. Quando questionados sobre o acompanhamento do ACS, foi revelada ainda uma outra realidade, a maioria das mães disseram que não gostam de receber a visita desse profissional, com a justificativa de que pela manhã, os afazeres domésticos impedem e à tarde resolvem outros assuntos e fica inviável receber a visita domiciliar do ACS.

No geral a ação foi bastante produtiva, devido ao diagnóstico feito, tendo como fragilidade principal, apenas o não comparecimento das mães que trabalham fora ou que por um motivo ou outro não puderam comparecer. As potencialidades são evidentes, justificando assim a continuidade desse acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças menores de dois anos. A estratégia proposta e utilizada foi manter uma ficha na carteira de vacina da mãe e no prontuário da mesma, com datas para consulta já agendadas, separadas em grupos, para que a equipe se prepare para recebê-las na data marcada, e com contato telefônico e endereço para serem avisadas caso haja algum imprevisto.

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

##### **CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Na análise da situação de saúde mundial e nacional, verifica-se um enorme desafio para o qual os governos e gestores de saúde precisam de estratégias para garantir direitos de cidadania e de melhor qualidade de vida às suas populações. No entanto, as investigações e pesquisas realizadas cada vez mais apontam direções que visem a redução dos impactos negativos das condições de vida da sociedade atual na saúde das populações (BRASIL, 2008).

A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho sanitário pressupõe a vinculação das equipes de saúde à população da região de saúde em que se situam e agem. Além disso, são imprescindíveis o apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de corresponsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, a microintervenção 3, teve como público-alvo os usuários cadastrados no Hiperdia. A Unidade Básica de Saúde (UBS) atende 20 pacientes programados mensalmente, sendo o acompanhamento dos mesmos todas as segundas feiras (cinco por vez semanalmente), com visitas domiciliares as quintas-feiras para os acamados. Foi desafiador para a equipe traçar uma estratégia de intervenção, pois o programa funciona a contento, e as medicações e palestras ocorrem periodicamente. Então, o Núcleo de Apoio ao Saúde da família (NASF) foi convidado a fazer parte desse projeto, atuando conforme descrito mais adiante.

Após investigação das fichas de acompanhamento dos pacientes, elaboração de um mapa contemplando idade, gênero, comorbidade, limitações, pelo qual foi possível verificar quais fragilidades esses pacientes pudessem apresentar. Deste modo, foi possível identificar a necessidade de uma vez por mês, oferecer um grupão de atendimento multiprofissional, obedecendo o distanciamento social, com nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro e clínico geral. Em comum acordo, a equipe NASF, muito atenciosa e disposta por sinal, aceitou o desafio, inicialmente para atender uma vez por mês, durante 3 meses e a partir do quarto mês esse atendimento ocorrerá trimestralmente. A ação foi realizada em 19 de outubro de 2020, atendendo 17 pacientes, que avaliaram a ação como muito relevante, pois evita que se desloquem para vários lugares para consultar com determinado profissional e propicia um cuidado mais integral.

Para que a ação fosse realizada, todos os ACS divulgaram e convidaram os usuários em suas casas, explicando como aconteceria o evento, quando e porquê. Assim, a presença foi de 100% dos usuários cadastrados que estavam em condições físicas de comparecer, faltando apenas os acamados. Desse modo, foi revelada aí uma fragilidade do trabalho, pois realizar

visita domiciliar para cada paciente com todos os profissionais torna-se inviável, porém, por agora foi contornado com o agendamento de visita. A partir da visita do clínico geral e enfermagem, será avaliado qual necessidade o usuário apresenta e qual encaminhamento deve ser mais adequado em cada caso.

As potencialidades dessa atividade estão pautadas na satisfação do usuário, pois foi revelada através da ação, uma carência que até mesmo os usuários não tinham conhecimento de ter, os indícios de depressão. Com o atendimento psicológico foi possível identificar como os idosos e os jovens com doenças crônicas estavam fragilizados em decorrência da pandemia, tomados pelo medo de fazer parte de um grupo de risco, que necessita trabalhar, estudar, ir ao mercado entre outras atividades, aqueles que se exercitavam ao livre deixaram de fazer isso, por medo da contaminação por Covid-19.

Mediante a emergência da atual pandemia do novo coronavírus, causador da síndrome Covid-19, diversas medidas governamentais tem sido implementadas (em muitos países impostas rigorosamente em massa) na tentativa de controle da disseminação do vírus, dentre as quais inclui a quarentena de 14 dias para os contactantes assintomáticos de casos suspeitos ou confirmados com coronavirose, e também para pacientes com casos leves sem sinais de gravidade, devido ao alto risco de transmissão por vias aéreas. A maioria dos estudos indica efeitos psicológicos negativos como sintomas de estresse pós-traumático, sintomas depressivos, tristeza, abuso de substância, estado confusional e irritabilidade. Especialmente entre profissionais de saúde, observou-se maior probabilidade de ocorrência de exaustão, distanciamento social, ansiedade frente a pacientes febris, irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, indecisão, prejuízo na performance laboral, relutância ao trabalho ou resignação (PEBMED, 2020).

Poucos estudos relataram pacientes em quarentena com sentimentos positivos como felicidade, alívio e proteção. Os fatores estressores observados incluem: o próprio estado de quarentena, o qual implica em modificação da rotina e limitação da mobilidade, duração prolongada da quarentena, medo de infecções, frustração, tédio, suprimentos inadequados, informação limitada, perdas financeiras e estigma. Alguns autores sugerem que os impactos psicológicos prolongados gerados pela quarentena podem durar até três anos após, e que o histórico de transtorno mental consiste em fator de risco para a maior durabilidade dos impactos psicológicos negativos (PEBMED, 2020).

A avaliação da equipe nesta ação, foi de que realmente era latente a necessidade de intervenção, ao enxergar o risco de depressão, morte natural e por suicídio em decorrência das preocupações causadas pela pandemia. O fato é que o isolamento social trouxe esse panorama terrível, em que comunicação também foi interrompida em algumas famílias, o contato apenas com os noticiários, em que a mortandade é evidente causou profundo temor nesses pacientes, que além de correrem o risco a que qualquer um estava exposto, fazem ainda parte de um

grupo com risco dobrado.

Diante disto, pode-se dizer que os principais resultados alcançados, além da união da equipe em prol da comunidade, o verdadeiro sentimento de salvar vidas, tendo em vista que aqueles pacientes saíram da unidade tão agradecidos por terem sido ouvidos e terem recebido atendimento profissional especializado, acalmando seus anseios mais íntimos. Aos que estavam há tempos sem praticar exercícios físicos, foi oferecida uma sessão de alongamento e exercícios leves pelo educador físico do NASF, e para os mais debilitados exercícios indicados pelo fisioterapeuta.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mudanças sempre causam receio, ideias novas quase sempre geram desconfiança, pois a maioria das pessoas gosta de estar na zona de conforto, no entanto, na zona de conforto ninguém prospera, cresce ou evolui. A realização de Microintervenções na Unidade de Saúde Danilo Côrrea significou um grande desafio, visto que não só iria interferir na rotina da equipe, como dos pacientes das mais diversas naturezas, crianças, jovens, adultos, idosos, homens, mulheres, filhos e mães. Aqui caberiam diversas categorias de grupos.

Cada pessoa traz consigo crenças (as vezes limitantes) e costumes que podem significar para ela algo intransponível, e é dever do interventor prever e se preocupar com essas questões. Esse talvez seja o principal desafio, mais até que as Microintervenções propriamente ditas, como mexer em uma rotina, um hábito de uma vida, crenças e até mesmo a cultura, como por exemplo uma família que culturalmente não amamenta suas crianças.

De modo geral a equipe avaliou as atividades como muito positivas, tendo em vista que foi possível identificar as fragilidades e também as potencialidades em cada uma das áreas beneficiadas com as Microintervenções. Os desafios para cada município dão diferentes e a partir desse trabalho, foi possível mostrar a face de cada localidade, por vezes desconhecidas por quem não as conhece de fato. A realização desse tipo de ação torna possível à equipe de saúde conhecer melhor sua área de trabalho, bem como os clientes que dela dependem como porta de entrada ao sistema único de saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção à saúde da criança primeiro ano de vida.** Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea.** Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

PEBMED, Portal de notícias e atualizações em Medicina. **Coronavírus: os impactos psicológicos da quarentena.** Disponível em: <https://pebmed.com.br/author/rafael-silva-duarte/> 17.03.2020