



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

**DESAFIOS NA ADESÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTANA-AP**

GARDEN FIGUEIREDO COSTA

NATAL/RN
2021

DESAFIOS NA ADESÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTANA-AP

GARDEN FIGUEIREDO COSTA

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: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

Aos meus orientadores pelo empenho dedicado na construção deste trabalho.

Aos amigos e companheiros de trabalho que direta ou indiretamente fizeram parte da realização deste projeto.

A minha família por ter-me dado forças para continuar

A Deus, pois sem ele não teria forças para essa longa jornada
Dedico a meus pais, que nunca mediram esforços para auxiliar e apoiar minhas escolhas e por
sempre acreditarem em minhas conquistas.

RESUMO

O presente trabalho, trata-se de intervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Sirieiro, Santana /AP, por meio de desafios encontrados durante a experiência na especialização em saúde da família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Nessa premissa, a unidade básica enfrenta desafios diários, dos quais pode-se destacar: características das regiões atendidas, como a situação geográfica da área (áreas de difícil acesso e população ribeirinha), que dificultam o acesso igualitário a toda a população; carência de profissionais especializados para atender as demandas, a capacitação e qualificação dos profissionais que compõe as equipes de saúde, bem como atenção à saúde da criança e saúde mental. Com objetivo de melhorar este cenário, foram realizadas intervenções através de ampliação da cobertura (disponibilização de mais dias para visitas domiciliares), abordagens e conscientização dos usuários junto a unidade básica; discussão, debates e dinâmicas de integração desenvolvidas entre os membros da equipe durante os encontros, nos quais, trouxeram resultados positivos. Apesar de estar longe de solucionar as mazelas frente os desafios encontrados, a equipe elaborou um plano de continuidade de modo a manter, readaptar e melhorar as ações exitosas, que envolvam a ampliação do conhecimento dos usuários sobre vários aspectos relacionados a saúde junto a unidade básica.

Palavras- chave:Intervenções; Unidade Básica de Saúde; Equipes de Saúde.

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
INTRODUÇÃO.....	07
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	09
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	13
RELATO DA MICROINTERVENÇÃO 3.....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A saúde da família é considerada uma forma de estratégia de caráter substitutivo da atenção básica tradicional, em busca de uma atenção primária diferente. A equipe de saúde da família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. A mesma, é responsável pela atenção integral e continuada da saúde de uma população de até quatro mil pessoas residentes em seu território. O trabalho da equipe se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita (BRASIL, 2013)

O presente trabalho faz parte do pré-requisito para a conclusão da especialização médica em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo composto por uma coletânea de seis relatos de experiência, porém três obtiveram um enfoque maior as quais serão descritas, baseados nos resultados da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que motivou a idealização e execução de microintervenções a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados a sociedade.

Nessa premissa, as intervenções foram executadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), Antônio Sirieiro localizada no Bairro Nova Brasília, na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família 019, no Município de Santana, Estado Amapá. A população urbana do município de Santana e seu modelo de atenção é de Estratégia de Saúde da Família. A unidade tem vínculo com o Sistema Único de Saúde; através da Secretaria de Saúde e está vinculada também a instituições de ensino, pelos cursos técnicos de enfermagem e de saúde bucal.

Cabe ressaltar que em nossa UBS são acompanhados também, usuários de fora de área de abrangência, pela proximidade com a área portuária, aonde chegam à busca de atenção médica especializada pela carência de instituições de saúde suficientes nas suas áreas. Muitas pessoas do interior e de outros estados, como o estado do Pará, ficam no município para receber acompanhamento de saúde.

No entanto, a UBS enfrenta hoje vários desafios no seu dia a dia, dos quais pode-se destacar: características das regiões atendidas, como a situação geográfica da área (áreas de difícil acesso e população ribeirinha), que dificultam o acesso igualitário a toda a população; carência de profissionais especializados para atender as demandas, a capacitação e qualificação dos profissionais que compõe as equipes de saúde para melhor atender com qualidade os usuários que ali buscam os serviços.

Diante do exposto, com o objetivo de melhorar os aspectos relacionados aos desafios ora pontuados, assim como propor estratégias que viabilizem intervenções nas principais áreas com deficiência, a experiência proporcionada pelo programa de especialização Saúde da Família auxiliará na qualificação da atenção à saúde da população, melhorando o acolhimento e cobertura da atenção dos usuários da UBS.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde seja a Atenção Básica (AB). A mesma define ainda, que seja de inteira responsabilidade que se assegure ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Conforme as recomendações e o que se prevê na PNAB, a unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Destaca também, que no quesito acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população, haja vista que, todas as necessidades devem ser o principal ponto para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, bem como para organização e bom funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (ALMEIDA; PEREIRA, 2020).

Como se sabe, as demandas em saúde são caracterizadas pela atitude do indivíduo em procurar serviços de saúde, objetivando o acesso e a resolução do que se procura. Entretanto, vale frisar que as demandas de serviços em saúde podem ser caracterizadas como: demanda espontânea, programada e reprimida. É denominada demanda espontânea (DE) aquela em que o indivíduo que comparece à unidade de saúde de forma inesperada, podendo ser por problemas agudos ou por motivo considerado como necessidade de saúde pelo usuário. A demanda programada (DP), por sua vez, é definida como aquela em qual são realizados agendamentos prévios de serviços de saúde. E por fim a demanda reprimida, no qual é constituída por usuários que foram desassistidos em determinada situação, e pela desassistência pode levar ao aumento da judicialização da saúde (BRASIL, 2013; CHAVEZ; RENNÓ; VIEGAS, 2020).

Afim de tornar a atenção básica mais resolutiva e satisfatória aos usuários que ali procuram, Política Nacional de Humanização do SUS vem incentivando a substituição da retrograda triagem pelo acolhimento a demanda espontânea e programada. Logo, o usuário que procurava a atenção básica apenas para avaliação rotineira, renovação de receitas, dentre outros serviços, também encontrará serviços capazes de lhe acolher em momentos de enfermidade e quando esse sentir necessidade, o que favorece o vínculo do paciente com a equipe e a atenção básica (FARIAS, 2019).

Ainda de acordo com autor supracitado, ao contrário da triagem, que necessita de um local e profissional definido para aquela função, o acolhimento não é apenas uma etapa do processo, ele consiste em atender bem a população, com empatia e solidariedade, conhecendo o paciente, seus anseios e problemas independente de horário ou profissional específico.

Santos *et al.* (2012), deve-se atentar em responder as necessidades da população de acordo com sua demanda, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos dos

usuários. Uma vez que, acolher vai além de uma triagem, indo ao encontro de atividades como a escuta, análise dos problemas e queixas referidos, e busca resolução por meio de intervenções capazes de solucionar a demanda.

Para que estratégia Saúde da Família (ESF) cumpra o seu papel de: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade (visita domiciliar e análise do território descrito); clínica ampliada e compartilhada com usuários (dimensão biológica, subjetiva e social); saúde coletiva (prevenção e promoção no território) e participação social (inserção da equipe na comunidade e organização dos serviços com usuários), é necessário que, compartilhe o cuidado entre os diferentes membros da equipe, além de envolver-se com questões de planejamento, gestão e educação permanente (FERNANDES, 2019).

No entanto, adotar na prática da Atenção Básica as ações do acolhimento adequado aos usuários, ainda é um grande desafio para as equipes da Estratégia Saúde da Família. Situações relacionados com demora no agendamento, atendimento as consultas, não atendimento da demanda espontânea, constituem nos principais indicadores para baixa adesão e satisfação dos usuários junto a APS (GOMIDE, 2018).

Com o intuito de identificar os reais problemas no âmbito da demanda espontânea, a equipe de saúde da família (019) da Unidade Básica de Saúde Antônio Sirieiro, no bairro Nova Brasília no município de Santana, tem se empenhado para uma melhor implantação do acolhimento aos usuários na Atenção Básica.

A demora na fila de espera para atendimento das especialidades, falta de médicos especialista e conseqüente demora na marcação de primeira consulta e também no retorno, é problema constante e diário da UBS. É notório que a falta de médicos de especialistas no SUS gera lentidão e mau funcionamento de rede de serviços, visto que muitos usuários não têm suas questões resolvidas, por demora na marcação de consulta ou por não encontrarem especialista. Por falta de médicos especialista em Pediatria, ginecologista e obstetra, os médicos da família ficam impossibilitado de resolver e dar seguimento as questões de diagnóstico do paciente.

Um outro problema que tem chamado atenção da nossa unidade básica tem sido a existência de um relativo número de pacientes idosos e acamados que necessitam de atendimento domiciliar. Percebe se que o tempo dedicado a eles é pouco, e as visitas domiciliares mensais não atendem integralmente as suas necessidades.

Nessa direção, na tentativa de amenizar as deficiências encontrada no decorrer da experiência na unidade básica, é que após discussões com todos os membros da equipe surgiu o objetivo de registrar e monitorar todas a solicitação de exames complementares, encaminhamento às especialidades, além dos retornos, pois a equipe não tinha esse controle contínuo. Também foi realizado análise do perfil quantitativo das demandas, com busca ativa de dados, por meio de entrevistas informais entre as consultas, nas visitas domiciliares, e ações em saúde realizadas durante três semanas consecutivas.

Foi possível observar em poucas semanas de implantação da proposta sugerida, exemplificar as principais dificuldades enfrentadas por alguns pacientes que necessitam de exames e de avaliações de outros profissionais. Uma boa parte dos pacientes apontaram para as dificuldades de se encontrar especialista nas áreas de ginecologista, obstetrícia e pediatria. Assim como também, declaram procurar serviços de pronto atendimento em unidades de saúde mistas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quando necessitam de atendimento e não possuem consultas agendadas na ESF, independentemente do tipo de atendimento em que estão procurando.

Nesse contexto, foram elaboradas pequenas palestras, no estilo rodas de conversa, realizadas nos corredores da unidade, à medida que os pacientes aguardavam por seus atendimentos, e durante as ações de saúde realizadas na unidade. Dentre os principais temas abordados, visavam informar os usuários sobre quando realmente deveriam recorrer a uma Unidade de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro (PS), além de detalhar a função dos serviços de atendimento agendado e de demanda espontânea oferecida pela ESF.

Quanto as visitas domiciliares, os atendimentos são realizados uma vez por semana, todas as quintas feiras. No entanto, a demanda de pacientes acamados e idosos que precisam de acompanhamento domiciliar tem sido grande. Infelizmente o tempo destinado a eles tem sido pequeno, principalmente em decorrência do quantitativo de profissionais ser significativamente menor, para avaliar com cuidado as situações particulares de cada um. Foi acordado com a equipe de saúde, estratégias para proporcionar um melhor acompanhamento domiciliar para estes usuários, dentre elas, aumentar mais um dia de visita domiciliar durante a semana e elaboração do diagnóstico situacional, para a identificação e priorização dos problemas dos idosos e acamados, afim de proporcionar a formação de vínculos entre unidades de saúde, associações comunitárias e projetos sociais, as quais podem se tornar grandes incentivadoras e minimizadora para os problemas de acolhimento da comunidade.

Uma outra questão observada durante a nossa experiência é que, a baixa condição socioeconômica-cultural também tem se tornado uma barreira para efetivar as intervenções na saúde da comunidade. Haja vista que, geralmente a população de baixa renda familiar e escolar, e que vivem em moradias de baixas condições de saneamento básico (coleta de lixo e água tratada), além de áreas de alta periculosidade (onde a entrada de agentes de saúde na sua grande maioria é limitada), estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças infecto-contagiosas, dermatológicas e respiratórias.

Apesar de não poder mudar o cenário relacionado a questão socioeconômica-cultural, porém reduzir as mazelas decorrentes dela, medidas de educação sanitária foram trabalhadas para conscientizar sobre comportamentos insalubres da comunidade e principalmente o papel que as ESF tem ao em levar os serviços até os mais carentes, possibilitando desta forma medidas que possam melhorar o atendimento dos usuários do sistema de saúde.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A atenção à saúde da criança no início de seu crescimento e desenvolvimento (CD) tem se tornado objeto de estudo de diversos campos de saber nas últimas décadas. Criar medidas que viabilize o crescimento e desenvolvimento de maneira saudável significa garantir um direito da população e cumprir uma obrigação do Estado (BRASIL,2018).

Convém salientar que o crescimento da criança deve ser entendido como referente ao aspecto quantitativo das proporções do corpo, tratando do aumento físico das proporções corporais. Enquanto que o desenvolvimento se refere mais ao aspecto qualitativo, sem, contudo, excluir alguns aspectos quantitativos (SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020)

Entende-se que o crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Visando incrementar a capacidade resolutive dos serviços de saúde na atenção à criança, uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, foi a de priorizar cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia (promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas). Tais ações devem constituir o centro da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde. E, nesse sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu normas técnicas, definiu instrumentos operacionais e promoveu a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2012).

Segundo Almeida (2016), nas últimas décadas buscou-se utilizar-se de parâmetros (educação, saúde, meio ambiente) para avaliar não apenas a saúde infantil, como também o desenvolvimento do país. Na ocasião, foi determinado que o melhor método de acompanhamento seria o registro, durante as consultas de puericultura, de forma rigorosa e continua até os dez anos de idade da estatura, peso, índice de massa corporal (IMC) e de marcos do desenvolvimento pré-estabelecidos.

E para contemplar este registro, desde de 2015 a caderneta de Saúde da Criança (CSC) tem se tornado o livreto mais completo e instrutivo para pais e profissionais da saúde. Distribuída nacionalmente em hospitais e maternidades de forma gratuita pelo Ministério da Saúde, é de vital importância que os pais sejam orientados sobre os cuidados quanto a CSC, visto que nele contém todas as informações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012).

Neste cenário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, em nossa UBS são oferecidos diversos serviços para o atendimento do público infantil sendo estes: puericultura, teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho, primeira consulta até os sete dias, vacinações, monitoramento de crescimento e desenvolvimento assim como orientações sobre Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e sobre prevenção de acidentes, sendo realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Fazem parte do processo de atendimento: o médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Logo após a consulta de puericultura, a criança sai com a próxima consulta agendada. Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, utilizamos protocolo de atendimento específico para atender as crianças. Dentre as principais ações desenvolvidas no cuidado às crianças na puericultura são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental e Teste do Pezinho.

Entretanto, um dos maiores desafios encontrados em nossa UBS está relacionado a um número pouco expressivo de crianças que retornam para o acompanhamento do CD, o que pode ser justificado pela logística da comunidade por se tratar de usuários majoritariamente ribeirinhos, e que requer transporte para o deslocamento da população. Assim como, áreas da periferia de difícil acesso e maior vulnerabilidade no município de Santana-AP. Uma vez que, áreas de maior vulnerabilidade social impactam na saída dos usuários em busca dos serviços de saúde.

Um outro ponto identificado, está no fato da importância da qualificação continuada dos profissionais de saúde em relação aos problemas relacionados a criança. Destaca-se para o reconhecimento acerca dos problemas mais comuns que envolve o público infantil, como doenças metabólicas, infecções do trato respiratório, dentre outros.

Ciente dessa realidade e na tentativa de minimizar a carência na capacitação efetiva e educação permanente dos profissionais que compõe a equipe 019, foram realizados encontros, debates e discussões sobre temáticas importantes como: puericultura, vacinação, higiene, incentivo da alimentação saudável entre os membros. Ademais, ficou estabelecido que nas consultas de puericultura com a nossa equipe, enfatizar a importância das informações sobre a caderneta e de sua leitura, da assiduidade nas consultas, de uma boa alimentação, da atualização das vacinas e do relacionamento familiar. Ações educativas em relação a importância da alimentação saudável, como atividades realizadas de maneira lúdica, com o objetivo de reforçar a necessidade de consumir frutas, verduras e legumes. Posteriormente essas informações são reforçadas nas consultas de puericultura subsequentes, para o acompanhamento da evolução da nutrição infantil, introdução da alimentação saudável e possíveis necessidades de encaminhamento para outros serviços de nutrição, caso seja necessário um suporte adicional.

Resultados positivos foram encontrados em um curto período de tempo. Foi possível notar um impacto positivo relacionado a atenção a saúde da criança, com uma grande motivação das mães sobre as temáticas ora pontuadas, assim como a mudança no cuidado das crianças. Um dos ganhos a citar foi que, na grande maioria das mães referiram empenhar se diante das questões sobre higiene, aleitamento materno e alimentação saudável (diminuindo o consumo de alimentos processados e guloseimas), assim como atentar-se na prevenção do

surgimento de doenças.

Em relação a logística da comunidade diante o acesso a UBS, foi acordado junto a equipe uma visita domiciliar programada uma vez por semana, principalmente para aquela população que habitam áreas ribeirinhas. Sendo realizadas as mesmas ações propostas na UBS com o enfoque maior para a necessidade de acompanhamento periodicamente junto a UBS. Em pouco tempo de intervenção, e mesmo destinando um encontro semanalmente ao público alvo, possível observar uma melhor aproximação das famílias junto a equipe, favorecendo o vínculo bem como a participação mais incisiva do usuário na continuidade dos programas de puericultura. Assim, pode-se dizer que, as visitas contribuíram para o alcance de metas de programas como: vacinação, nutrição, aleitamento materno, e mudanças no padrão de adoecimento e morte das crianças.

Apesar de ainda estar longe de solucionar os desafios da logística do acesso da comunidade junto a UBS, assim como a capacitação dos profissionais de saúde da nossa equipe, todos se mostraram comprometidos em buscar soluções para minimizar as dificuldades encontradas como: a organização de cursos de curta duração e planejamento de práticas educativas de atenção à saúde da criança

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Por muito tempo, o doente psiquiátrico era visto como desprovido de cidadania e incapaz de cuidar de si próprio devendo ser tutelado pelo Estado e recluso em manicômios. A reforma Psiquiátrica em curso, enxerga o “louco” como um cidadão como todos os outros. Nesse contexto, o doente deve ser incluso na sociedade, imponderado e tratado socialmente como um indivíduo qualquer, apto ao trabalho e ao convívio social (PINTO, 2018).

Cerca de 700 milhões de indivíduos em todo o mundo sofrem de doenças mentais, sendo que um terço não realiza acompanhamento médico e não tem ciência de sua condição mental. Muitos sofrem calados e até mesmo tentam esconder os sintomas. Fato este justificado por uma grande parte ao preconceito que ainda está entranhado em nossa cultura em relação as doenças mentais. Felizmente este cenário vem mudando a medida que a ciência e a medicina progredem seus conhecimentos e aperfeiçoam as estratégias terapêuticas (OMS, 2013).

Conforme em seu relatório de 2001 sobre a Saúde do Mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que a Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde (APS) torna o atendimento mais efetivo. Além de mobilizar a comunidade e ser economicamente favorável, a APS busca a integralidade, atua no território e com o contexto familiar, procura a continuidade do cuidado e busca articular-se com a rede de atenção. Dentre as principais razões para a integração de saúde mental destacam-se: relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais e baixo número de pessoas recebendo tratamento, aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, ações e serviços que propiciam o respeito aos direitos humanos, redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes e bons resultados na saúde de sujeitos com transtornos mentais (OMS, 2001).

Neste cenário, é notório que as equipes da APS representam um recurso estratégico para acolher e cuidar da pessoa portadora de transtorno mental, respeitando-a como um sujeito de direitos e proporcionando atenção mais próxima da sua rede familiar, social e cultural. Entretanto, nem todos profissionais sentem-se confiantes para dar conta dessa tarefa. Os modelos atuais de desenvolvimento e formação profissionais para o SUS têm deixado lacunas referentes ao aprendizado do cuidado, gerando deficiências de ordens técnicas, políticas e gerenciais nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A falta de capacitação prejudica o desenvolvimento de ações integrais. Percebeu-se que ao estudar este módulo, da Especialização em Saúde da Família, sobre o Programa de Saúde Mental e realizar as reflexões solicitadas no tutorial desta microintervenção, foi possível constatar que atenção a saúde mental tem sido a maior deficiência de nossa equipe (equipe 019). A Adesão dos usuários, carência de profissionais, falta de treinamento, conhecimento, o reconhecimento de quadros de adoecimento, acompanhamento clínico especializado, uso de medicação, abordagem diferenciada, contribuem para a falta de ações destinadas as pessoas com transtornos mentais.

Uma boa parte dos que compõe a equipe não sabem agir frente a uma emergência psiquiátrica, como identificar reações adversas das medicações específicas que as pessoas com transtornos mentais utilizam, bem como não conhecer suas competências específicas em termos de saúde mental, em uma Unidade Básica de Saúde, o que fragiliza a organização de suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Diante desses problemas, foram realizadas reuniões, reflexões e discussões semanalmente entre os membros da equipe sobre tópicos exigidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) referentes ao atendimento de pacientes com transtornos mentais. Mesmo sendo pouco perceptível, no decorrer de um mês, já foi possível observar pequenas melhorias referentes a conduta de encaminhamento e acolhimento. Uma vez que, aqueles pacientes que apresentavam casos agudos de crises, estes eram encaminhados diretamente aos hospitais. Enquanto pacientes que apresentavam transtornos mentais de baixa resolutividade, o acolhimento e a escuta tanto do paciente quanto dos familiares, foram reforçados.

Nessa direção, foi possível constatar que a negligência e o abandono da família em relação a doença e ao tratamento, tem sido algo frequente. Percebe-se que, as relações familiares são frágeis, muitos não aceitam o familiar com transtorno mental por ser diferente, *o que na maioria das vezes interfere no tratamento*. Assim, este estigma repercute ao paciente que *têm vergonha em falar, que tem um problema mental, escondem, não contam para os amigos o que carreta em grande parte no abandono ao tratamento*.

Nesta experiência, observou-se também que comunicação intersetorial é outra barreira para promover a resolutividade de ações entre todos os serviços de saúde que deveriam assistir às pessoas com transtornos mentais. A comunicação destes serviços é falha em relação aos encaminhamentos relacionados à organização de documentos de auxílio doença, investigação de violência ou negligência, e abandono de tratamento o que acarreta no desencontro de informações entre setores, interferindo na referência e contra referência da condução do tratamento.

Apesar de estar longe de solucionar as mazelas da atenção à saúde mental da em nossa unidade básica. A atividade deste módulo e debate com a equipe chegamos ao acordo de realizarmos mais ações com nossos pacientes psiquiátricos, preencher rigorosamente informações acerca dos problemas que envolve esses indivíduos, esclarecer dúvidas da população em geral sobre o tema.

Também foi acordado com a equipe, para que possamos nos empenharmos, melhorias são necessárias ao nosso Programa de Saúde Mental, reforçar com os gestores para que reconheçam a necessidade de participar das ações dos serviços de saúde como: planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nos serviços, de modo a contribuírem no processo de gestão em saúde mental.

Paralelo a isso, a equipe se comprometeu a disponibilizar maior atenção e acompanhamento contínuo, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado, programar atividades educativas, rodas de conversa com a comunidade, melhorar o vínculo com a família, além de estudos de artigos e debates científicos sobre o tema e o acolhimento ao doente mental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as experiências vividas na Estratégia de Saúde da família 019 da Unidade Básica de Saúde Antônio Sirieiro no município de Santana-AP, algumas das intervenções propostas na área foram alcançadas, como: aumento da interação da equipe entre si e com os usuários, melhora no acolhimento da demanda espontânea, ampliação das ações voltadas para a promoção de saúde, atenção especial e disponibilização de um dia fixo semanalmente na agenda de atendimentos para: atendimento domiciliar dos acamados, saúde da criança, bem como o estímulo a integração dos pacientes da saúde mental na sociedade, assim como as outras experiências positivas.

Em consonância a estes resultados, os debates, discussões e dinâmicas de integração desenvolvidas entre os membros da equipe durante os encontros e reuniões, assim como as atividades práticas de intervenção nas comunidades, estimularam as relações interpessoais entre todos que compõe a equipe de saúde.

Entretanto, algumas dificuldades e limitações foram enfrentadas durante a execução das microintervenções, principalmente no contexto de acesso da comunidade a UBS, carência de profissionais especializados, e a falta de capacitação da equipe de saúde que impediram a otimização dos resultados. Nesta premissa, com o intuito de manter, readaptar e melhorar as ações exitosas, a equipe elaborou um plano de continuidade que envolvia a ampliação do conhecimento dos usuários sobre vários aspectos relacionados a saúde e a UBS, que foi executado por todos os profissionais pertencentes a equipe.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues; PEREIRA, Francy Webster de Andrade. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS ForteVol. 2, n. 3, p. 240-244| Setembro/Dezembro–2020.ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i3.

ALMEIDA, Ana Cláudia; MENDES, Larissa da Costa; SADA, Izabela Rocha; RAMOS Eloane Goncalves, FONSECA, Vânia Matos; PEIXOTO, Maria Virginia Marques. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil-Revisão sistemática de literatura. Revista Paulista de Pediatria. 34 (1):122-131, 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação Brasília. 2018

_____, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. In: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [Cadernos de Atenção Básica, nº 33]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Departamento de Atenção Básica. In: Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Cadernos de Atenção Básica nº 11]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CHAVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria Da Fonseca. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família 2020. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300320, 2020

FARIAS; Isabela Marques. Estratégia de saúde da família 090 da unidade básica de saúde Rubim Brito Aronovitch em Macapá: relato de experiência médica. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 4475-4493 sep./out. 2019. ISSN 2595-6825

FERNANDES, Ana Catarina Mattos. Execução de microintervenções realizadas por um médico da família e comunidade em uma UBS no município de Macapá: relato de experiência. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 5500-5519 nov./dec. 2019.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho Pinto; BULGARELLI,

Alexandre Fávero Bulgarelli; SANTOS, Alba Lúcia Pinheiro dos Santos. GALHARDO, Maria del Pilar Serrano. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387- 398, abr. 2018 .

PINTO, Thiago Rocha. Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde. **Programa de Educação Permanente em Saúde da Família**. Brasil, Julho 2018

SANTOS, Adriano Maia; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; MARTINS, Maria Inês Carsalade; CUNHA, Marcela Silva. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2687- 2702, oct. 2012.

SILVA, George Sobrinho; FERNANDES, Daisy de Rezende Figueiredo; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. Ciênc. saúde coletiva 25 (8) 05 Ago 2020Ago 2020 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

_____ (OMS) Mental health action plan 2013-2020[Internet]. 2013[cited 2021 Fev 26]. Acesso from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [Links]