



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

PLANO DE INTERVENÇÃO EM PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
REALIZADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTO ANTÔNIO NO
MUNICÍPIO DE IGUATU-CE

ROBSON LEITE SAMPAIO

NATAL/RN
2021

PLANO DE INTERVENÇÃO EM PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADO
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTO ANTÔNIO NO MUNICÍPIO DE IGUATU-
CE

ROBSON LEITE SAMPAIO

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: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2021

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi produzido mediante a produção de três implementações de microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio que está localizada na zona rural do município de Iguatu –CE. Como início desse processo de aprendizagem, tivemos a unidade de Políticas Públicas de Saúde e Reforma Sanitária, que permitiu ao profissional médico e sua equipe, conhecer as fragilidades e potencialidades da unidade. Para a primeira microintervenções, tivemos a unidade de acolhimento e o principal objetivo deste plano de ação consistiu na melhoria do acolhimento e implantação do mesmo, já que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), na perspectiva de sensibilizar a equipe/usuários para a importância de todos acolherem e serem acolhidos a partir da subjetividade dos sujeitos que operam processos tecnológicos no trabalho em saúde. A segunda microintervenções foi realizada evidenciando a saúde da criança e teve como propósito qualificar o atendimento na unidade de saúde com relação à puericultura com a elaboração de uma ficha que funcione como cartão espelho, onde fiquem anexadas na unidade as informações de cada criança. Na área de saúde mental, junto à equipe foi pensado na implantação de um grupo de saúde mental, que terá como objetivo trabalhar com técnicas para realizar o desmame de medicações psicotrópicas em usuários que fazem uso prolongado. Essa experiência me tornou mais empático com os pacientes, podendo acompanhar de perto as suas dificuldades e progressos e pude expandir o meu conhecimento e conceito sobre a saúde da família e Atenção Primária à Saúde (APS).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	07
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	12
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Iguatu é um município brasileiro do estado do Ceará. Localizado na Região Centro-Sul do estado, configura-se como o principal pólo econômico da região. Foi, ao longo das décadas de 1960, 70 e 80, um importante centro produtor de algodão, chegando a cravar sucessivos recordes nacionais de produtividade da fibra. Hoje, as indústrias moveleiras, de calçados e de serviços são os condutores da economia da cidade. Terra natal dos músicos e compositores Eleazar de Carvalho, Humberto Teixeira e do Bispo Mário Teixeira Gurgel. Iguatu está na lista dos 299 municípios mais populosos do Brasil e dos 9 mais populosos do Ceará. Possui o 10º PIB do Ceará, com um índice de desenvolvimento humano de 0,677. 10º IDH do estado. É a cidade do centro-sul que possui mais cursos de graduação.(WILKIPÉDIA, 2019).

Confusões entre os termos educação em saúde e promoção em saúde têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública. Essas distorções conceituais ocorrem mais frequentemente nos países em desenvolvimento. Para eliminar algumas delas é preciso conhecer, em primeiro lugar, o significado dos conceitos envolvidos⁹. Para isso, pode-se recorrer a duas das definições operacionais mais amplamente aceitas por especialistas que atuam nessas áreas, ambas as propostas por Green e Kreuter,(CANDEIAS, 1997).

As temáticas escolhidas para serem trabalhadas no planejamento das microintervenções, foi pensando e articulado por toda a equipe de saúde, objetivando qualificar o serviço, bem como atender melhor as demandas expostas pelos usuários atendidos na UBS. Na microintervenção 01, foi produzido um plano de ação para qualificar o Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. Neste contexto, justifica-se a realização desta microintervenção para a melhoria do acolhimento e implantação do mesmo, já que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando sensibilizar para a importância de todos acolherem e que todos serão acolhidos a partir da subjetividade dos sujeitos que operam processos tecnológicos no trabalho em saúde, (BRASIL, 2010).

Na microintervenção 02, o plano de ação foi pensado em ser trabalhado atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. A necessidade de uma organização no atendimento à puericultura e cuidados com as crianças são essenciais no atendimento na atenção básica. Para que esses atendimentos aconteçam corretamente e de maneira completa, é imprescindível sempre ter os dados das crianças, como estava seu peso anterior, sua estatura, Índice de Massa Corporal (IMC). Enfim, tudo que possa ajudar na avaliação do estado atual de saúde da criança, sendo que muitas vezes a mãe só leva o cartão da criança para

a unidade em dias de atendimento de puericultura ou de vacina. Com isso foi planejado esta ficha que fique anexada ao prontuário familiar, para que toda vez que necessário à equipe de saúde tenha acesso.

A microintervenção 03 trabalhou a atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, junto à equipe foi pensado na implantação de um grupo de saúde mental, que terá como objetivo trabalhar com técnicas para realizar o desmame de medicações psicotrópicas em usuários que fazem uso prolongado. O grupo será adequado ao cronograma da unidade de saúde, e funcionará mensalmente. Além da planilha de monitoramento dos usuários de saúde mental, foi confeccionada uma ficha de cadastramento e avaliação individual do usuário, com dados pessoais, principais queixas de doença, medicações de uso contínuo, sofrimento psíquico, e se o usuário tem necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Desse modo, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi produzido mediante a produção de três implementações de microintervensões realizadas na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio a partir da identificação de situações problemas que foram enfrentadas no contexto local na perspectivas de transformações de práticas.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Micro 1: Acolhimento a Demanda Espontânea e Programada

O acolhimento aos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) consiste ao recebê-los na recepção pela recepcionista, fazer a ficha de atendimento para a demanda solicitada e os mesmos são orientados a sentarem e aguardar o atendimento para os profissionais (médico, enfermeiro e dentista), ou são diretamente encaminhados para a técnica de enfermagem quando necessitam dos serviços de imunização, curativos, retiradas de pontos ou aferição dos sinais vitais. Portanto, nota-se o desafio de proporcionar o acolhimento em todos os locais e momentos dos serviços de saúde e, englobar a partilha dos saberes, baseado em uma equipe multiprofissional, articulada entre si, e não excludente pelas diferentes competências, (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como propósito reorganizar a prática da Atenção Primária à Saúde (APS), objetivando substituir o modelo cartesiano hegemônico, que é centrado na abordagem fragmentada do indivíduo, focalizado no tratamento de doenças, dependente de aporte tecnológico de alto custo e orientado pela assistência médica especializada (UNASUS, 2019).

A nova estratégia tem como propósito reorganizar a prática da APS, considerando, permanentemente, o meio e a forma de organização social onde o indivíduo está inserido. Assim, a ESF, implementada pelo SUS, reafirma os princípios básicos do Sistema (UNASUS, 2010).

Neste contexto, justifica-se a realização desta microintervenção para a melhoria do acolhimento e implantação do mesmo, já que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando sensibilizar para a importância de todos acolherem e que todos serão acolhidos a partir da subjetividade dos sujeitos que operam processos tecnológicos no trabalho em saúde, (BRASIL, 2010).

Deste modo, foi definido que a partir do mês de outubro de 2020, por responsabilidade da enfermeira e técnica de enfermagem as seguintes estratégias:



1-Priorizar o horário de atendimento para o acolhimento das 8h às 10h para o turno matutino e das 13h às 15h para o período da tarde. Preparar ambiente físico apropriado e privativo para o acolhimento;

2-Elaborar um cronograma para atendimento ao acolhimento a ser efetivado a partir de novembro, incluindo todos os profissionais da UBS (Médico, Enfermeira, Dentista, Técnica de enfermagem e saúde bucal) Cada profissional ficará 2 turnos alternados por semana;

3-Sinalizar à localização das salas e setores de atendimento;

4-Estabelecer os critérios para o atendimento na sala de acolhimento com grau de prioridades para crianças, idosos e adultos a partir de parâmetro para riscos e definido que

situações de urgência e emergência serão atendidas fora do horário de acolhimento. Realizar a prática do acolhimento com a intenção de resolutividade do problema apresentado pelos usuários pressupondo que, todas as pessoas que procuram o serviço de saúde devam ser acolhidas.

Com a implantação efetiva do acolhimento e a dedicação de todos os profissionais da equipe para atuar a sua maneira prestando acolhimento e divulgando para os usuários a importância dessa ferramenta na atenção básica, cerca de 40% das demandas que chegavam até a unidade de saúde, puderam ser solucionadas apenas com orientações do profissional responsável pelo acolhimento, diminuindo assim, a fila de espera por atendimento médico e odontológico e dando resolutividade a todas as demandas que chegam até o serviço de saúde que são de competência dos profissionais da equipe, buscarem uma solução.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida, (BRASIL, 2010).

O que se faz necessário para que a efetivação do acolhimento seja 100% eficaz, é que os usuários tenham momentos de educação em saúde com a equipe, a cerca do tema acolhimento, pois muitos usuários, ainda acreditam ser uma perda de tempo, passar por um acolhimento com o profissional odontólogo, quando na realidade o que ele procura é uma consulta médica. Com a educação em saúde, podemos sensibilizar os usuários, que saúde, não se detém apenas a tratamentos curativistas e pode ser solucionado com orientações e prevenção de doenças. Ofertar escuta qualificada e valorizar a queixa, os medos e as expectativas dos indivíduos, identificando os riscos e vulnerabilidades apresentadas, e propondo, junto com ele, maneira de lidar ou solucionar o problema exposto, (UNASUS-UFSC, 2010).

A proposta para a solução do problema elencado, a respeito da resistência de alguns usuários ao acolhimento é a educação em saúde a cerca do tema. Daí foi pensado que sempre ao iniciar um turno de atendimento na unidade de saúde, o profissional responsável pelo acolhimento do dia, ir até a recepção, que é onde ficam os usuários a espera de seus atendimentos para explicar qual o fluxo de atendimento na unidade, repassando as informações necessárias e enfatizando a importância de existir o acolhimento.

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer essa longa trajetória, ao falar do acolhimento, significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a

esse acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, e deram ao nome “acolhimento” alguns significados dos quais não compartilhamos (BRASIL, 2010).

Como o acolhimento faz parte da PNH, o HumanizaSUS, é necessário que esta ferramenta seja parte integral das ações de saúde da unidade, fazendo assim que o mesmo permaneça no cronograma e fluxo das atividades diárias da equipe.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Micointervenção 2: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

A atenção integral à saúde da criança exige dos profissionais um envolvimento redobrado, tendo em vista que precisam estar atentos a todas as condições relacionadas ao processo saúde-doença. Assim, é preciso ampliar o olhar para além de questões clínicas e se faz necessário ampliar o olhar para os diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias, direcionando a visão ao ambiente, à educação, à relação da criança com os pais e seus laços afetivos, à alimentação, e a outros fatores que possam intervir na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança, na perspectiva da qualidade de vida e do bem-estar familiar, (UNASUS, 2016).

Na unidade, contemplamos o atendimento às crianças na puericultura semanalmente, sendo que estas crianças são atendidas pela enfermeira, onde é avaliado peso, estatura, perímetro cefálico e Índice de Massa Corporal (IMC). Quando é notado algum problema de saúde nesta criança, ou seja, se a avaliação dela não estiver satisfatória a enfermeira encaminha para a avaliação médica.

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança constitui-se um dos pilares da saúde infantil e há inúmeras evidências científicas que norteiam as diretrizes do cuidado da atenção integral da criança estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) para a promoção do CD da criança e para a prevenção de doenças na infância e também na idade adulta, (SES, 2019).

Utilizamos a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), preconizada pelo MS para guiarmos o atendimento destas crianças e também anotar todas as informações pessoais da criança e informações de suas avaliações mensais. O que ficou percebido e que é necessário para qualificar o atendimento na unidade de saúde com relação à puericultura é que possamos ter na unidade uma ficha que seja como cartão espelho, onde fiquem anexadas na unidade as informações de cada criança.

O estado nutricional constitui um importante indicador da saúde e pode ser usado como critério para estratégias que visem à proteção e à promoção da saúde. Para a sua avaliação, é possível utilizar diversos métodos: antropométrico, dietético, bioquímico e anamnese. O método antropométrico consiste em obter de medidas corporais (peso, comprimento, perímetros cefálico e torácico, dobras cutâneas, entre outras) para comparação posterior com curvas de referência recomendadas pelas organizações nacionais e internacionais com vistas ao acompanhamento do crescimento infantil, (DAMACENO et al., 2009).

Um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social, e ao direito de todo ser humano de gozar do mais alto nível de saúde que pode ser alcançado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social. Os princípios necessários para manter um

sistema desta natureza são a capacidade de responder de forma equitativa e eficiente às necessidades de saúde dos cidadãos, incluindo a capacidade de monitorar o progresso para melhoria contínua e renovação; a responsabilidade e obrigação dos governos de prestar contas; a sustentabilidade; a participação; orientação para os mais altos padrões de qualidade e segurança; e a implementação de intervenções intersetoriais.

A necessidade de uma organização no atendimento à puericultura e cuidados com as crianças são essenciais no atendimento na atenção básica. Para que esses atendimentos aconteçam corretamente e de maneira completa, é imprescindível sempre ter os dados das crianças, como estava seu peso anterior, sua estatura, IMC. Enfim, tudo que possa ajudar na avaliação do estado atual de saúde da criança, sendo que muitas vezes a mãe só leva o cartão da criança para a unidade em dias de atendimento de puericultura ou de vacina. Com isso foi planejado esta ficha que fique anexada ao prontuário familiar, para que toda vez que necessário à equipe de saúde tenha acesso.

O objetivo do plano é a confecção e implementação de uma ficha de atendimento à puericultura que fique anexada ao prontuário familiar, para que os profissionais da unidade tenham acesso às informações da criança durante o período da puericultura, e que essas informações fiquem anexadas na unidade de saúde, pois além de ter um controle sobre quais crianças estão frequentando a unidade para realizar a puericultura, a equipe também terá todas as informações destas crianças.

Foi repassada para a equipe, a relevância do plano de ação e em conjunto foi planejado confeccionar a ficha que será fixada no prontuário. Os responsáveis diretos por essa etapa de confecção foram o médico e a enfermeira. Os resultados esperados são que os dados das crianças fiquem cadastrados e salvos também na unidade de saúde. Sendo usados como recursos para a implementação deste projeto, recursos humanos, pois será necessário o empenho da equipe e recursos gráficos, como computador, papel e impressora.

A Unidade Básica de Saúde, conta com cerca de 55 crianças cadastradas de 0 a 2 anos, que são acompanhadas mensalmente pelos profissionais da equipe. Desse modo foi confeccionada uma ficha de acompanhamento mensal como assinalada no parágrafo acima, que irá ficar anexada ao prontuário familiar. Estas informações permitiram a equipe, ter sempre que necessário às informações sobre as crianças que comparecem a unidade. Foi repassada para a equipe, a relevância do plano de ação e em conjunto foi planejado confeccionar a ficha que será fixada no prontuário. Os responsáveis diretos por essa etapa de confecção foram o médico e a enfermeira.

O acompanhamento do CD é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança. Tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Por essas razões, desde que foi implantado como uma ação básica

de saúde vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil. No entanto, frequentemente os profissionais de saúde se deparam com dificuldades objetivas para implementar essas ações (UFMG, 2008).

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Microintervenção 3: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

A melhoria no acesso e na qualidade na atenção em saúde mental em uma Rede de Atenção Psicossocial encontra-se, certamente, entre os maiores desafios que este sistema ainda tem por enfrentar na perspectiva de cumprir sua finalidade de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento integral, inclusivo a todo cidadão brasileiro. A luta pela democratização do País, no campo da saúde, expressou-se em grande parte, pelo processo denominado Reforma Psiquiátrica, contemporâneo ao movimento sanitário, iniciado na década de 1970. Estes movimentos visavam à reformulação dos modelos de assistência e de gestão, de defesa da saúde coletiva, de equidade na oferta de serviços e tiveram como aspecto importante a participação dos trabalhadores e dos usuários de saúde nos processos de gestão e de tecnologias de cuidado. Esses movimentos sociais heterogêneos conquistam direito nas instâncias máximas de decisões em saúde, confere ao SUS uma singularidade histórica e internacional de controle social. “Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”, (BRASIL, 2015).

Na unidade de saúde em que atuo, existe um instrumento para monitoramento dos usuários em saúde mental que é uma planilha com dados dos pacientes que são cadastrados em saúde mental, e também um livro de acompanhamento desses pacientes onde registramos nome, data de nascimento, endereço, medicação, hipótese diagnóstica, classificação de risco. Realizamos sempre a consulta mensalmente de todos os pacientes que procuram a unidade de saúde, e não apenas a renovação de receitas.

O município conta com a rede de atenção em saúde mental com a Atenção Básica (AB), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Para os pacientes que apresentam transtornos leves psicóticos, não temos um fácil acesso à consulta com psiquiatras, apenas para pacientes com problemas psíquicos graves. Na UBS, não temos um turno específico para saúde mental, à demanda desse atendimento é livre, pois sempre que o usuário procura a unidade o mesmo é atendido.

Durante essas consultas realiza-se a avaliação de saúde, onde é avaliada a eficácia do tratamento e a hipótese de diminuir a quantidade da dosagem da medicação. Todos os ACS tem um livro de acompanhamento dos usuários em saúde mental de sua microárea. Embora já exista um instrumento para monitoramento destes pacientes, iremos criar uma ficha de cadastramento individual, com dados dos pacientes, medicações de uso, data de início e aprazamento de consultas.

Com esse instrumento, teremos a facilidade de saber quais as áreas de maior índice da quantidade de pessoas com problemas em saúde mental, e articular uma intervenção para tal localidade. Em nossa unidade, são destinados dois turnos para atendimento em saúde mental,

onde realizamos avaliação da saúde destes pacientes e também a situação de iniciar o desmame de medicações para os pacientes.

Temos anotações no caderno dos ACS's e da unidade de saúde. O paciente em crise é encaminhado diretamente para o especialista e a consulta é agendada no mesmo dia se ele estiver no município, caso não esteja, tiramos o paciente da crise e acompanhamos o mesmo até o psiquiatra do nosso município.

Junto à equipe foi pensado na implantação de um grupo de saúde mental, que terá como objetivo trabalhar com técnicas para realizar o desmame de medicações psicotrópicas em usuários que fazem uso prolongado. O grupo será adequado ao cronograma da unidade de saúde, e funcionará mensalmente. Além da planilha de monitoramento dos usuários de saúde mental, foi confeccionada uma ficha de cadastramento e avaliação individual do usuário, com dados pessoais, principais queixas de doença, medicações de uso contínuo, sofrimento psíquico, e se o usuário tem necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Se, no âmbito acadêmico, o debate pode priorizar a dimensão teórico-metodológica de cada uma das abordagens, no âmbito dos serviços públicos de saúde e das entidades sindicais, ele tem se desenvolvido em torno, prioritariamente, do alcance de respostas que considerem a diversidade da realidade vivida pelos trabalhadores e a premência em compreender, lidar e modificar as condições que geram os problemas de saúde mental. A diversidade de situações apresentadas pela realidade cotidianamente por eles vivida não respeita as fronteiras teórico-metodológicas. Assim, para além do debate importante, diga-se de passagem, em torno das teorias e dos métodos mais adequados para compreender, interpretar ou explicar os fenômenos de Saúde Mental e Trabalho, busca-se outro tipo de resposta: em que medida esses olhares poderão subsidiar ações práticas, individuais e coletivas, que considerem o aparato institucional e legal que enquadram as relações de trabalho no Brasil? E, além disso, em que medida, as opções teóricas tomadas poderão nos levar a angariar elementos para intervir na realidade? Os problemas de ordem prática que se apresentam também exigem que outras questões, como direitos trabalhistas e previdenciários, se imponham e demandem a atenção dos profissionais de saúde (SATO, BERNARDO, 2010).

O atendimento em saúde mental, prestado pela equipe da Unidade Básica em Saúde São Antônio, busca atender a todos os usuários de forma igualitária, ampla e envolvendo todos os serviços de saúde disponíveis. A equipe já disponibiliza de um instrumento em saúde, para monitoramento e avaliação desses pacientes, bem como o acompanhamento mensal, avaliações de saúde. O que foi proposto neste plano de intervenção e colocado em prática foi à realização de grupos de saúde mental, onde os profissionais de saúde objetivam tratar os pacientes com tratamentos alternativos, musicoterapia, arte e lazer, cinema.

O início do grupo em saúde mental se deu no mês de outubro, para o planejamento a equipe de saúde, programou que seria realizada uma atividade a cada mês, e a rotina desses

encontros seria diversificada, e também foi convidada a equipe multiprofissional em saúde do NASF, que durante os meses de outubro, novembro, dezembro e janeiro, foram ofertadas momentos de educação em saúde, promoção em saúde, prevenção de doenças, e momentos de descontração com os usuários que frequentaram o grupo.

A equipe visa como plano de continuidade, que este grupo em saúde mental, seja realizado mensalmente, durante a permanência da equipe na UBS São Antônio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de promoção em saúde e educação em saúde para a prevenção de agravos em saúde e para a adesão a mudança de estilo de vida, exigem comprometimento dos profissionais de saúde para repassar para os usuários da UBS Santo Antônio, o conhecimento necessário, no cuidado a saúde. E os profissionais de saúde, por serem formadores de opinião e estarem em contato direto com o usuário tem esse papel de intervir para a melhoria na qualidade de vida do paciente.

O profissional de saúde deve descobrir novas alternativas no cuidado com a saúde, e o curso de Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) Turma 3, em todas as suas unidade de ensino, proporcionou isso ao aluno, em relação às ações de prevenção e promoção a saúde, tendo em vista que mesmo conhecedores dos riscos de saúde, esses pacientes evitam ações educativas, consulta médica e uso de medicamentos, para que isso seja evitado é necessário uma intervenção com educação continuada para os profissionais e educação em saúde, com o principal intuito de por em prática os princípios em saúde.

Conclui-se que com a elaboração, planejamento e implementação destes planos de intervenção para a assistência dos pacientes assistidos na unidade de saúde, foi extremamente relevante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional e com o apoio do NASF e também da gestão municipal em saúde.

O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), com maior orientação para atenção primária e capaz de responder às necessidades da população, depende de políticas que atuem sobre todos os níveis de determinação da saúde. Entre elas, a forma como os serviços de saúde estão organizados também atua como um determinante social da saúde e pode contribuir para a melhoria da saúde da população e para a redução de iniquidades, particularmente quando os serviços de atenção primária são explicitamente considerados. Melhorias nos indicadores de saúde são fundamentais por vários motivos: elas representam um bem em si mesmo, pois pessoas no mundo inteiro valorizam a sua saúde e a saúde dos familiares; a saúde é fundamental para o desenvolvimento individual, pois melhores condições de saúde estão associadas à realização de atividades básicas, como produtividade no trabalho e desempenho acadêmico, entre outros. Em nível macro, a ausência de saúde na população (frequentemente medida pela carga de doença) está associada a maiores despesas em saúde e pior desempenho macroeconômico. Por esses motivos, os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da população, mas o retorno nesse investimento é diferente entre países, que precisam balancear gastos, cobertura, qualidade e equidade, entre outros fatores (MACINKO, MENDONÇA 2018).

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010.
- BRASIL. **Acolhimento nas Políticas de Produção de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 209-213, 1997.
- MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.
- UNASUS. Eixo I - Reconhecimento da Realidade. Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina. Modalidade a Distância Especialização. 2009.
- UNASUS. Processo de Trabalho na Atenção Básica. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. UFSC. 2010.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA. 2019.**