



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 – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MICROINTERVENÇÕES COMO ESTRATÉGIAS PARA O MELHORIA DA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UBS
MATILDES GOMES COUTINHO - INDEPENDÊNCIA (CE): RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

VALTERSÁ COELHO LIMA

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES COMO ESTRATÉGIAS PARA O MELHORIA DA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UBS MATILDES GOMES
COUTINHO - INDEPENDÊNCIA (CE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

VALTERSÁ COELHO LIMA

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

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida, e por me ajudar a superar e ultrapassar
algumas dificuldades encontradas ao longo do curso.
A minha esposa e aos meus filhos que sempre me incentivam a buscar novos horizontes e
nunca desistir dos meus objetivos.

Dedico a minha família por todo apoio e compreensão e a comunidade de Iapi pra qual eu trabalho.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Matildes Gomes Coutinho está localizada no distrito de Iapi, no município de Independência – Ceará, a mesma se encontra a aproximadamente 36km da sede, o território é bem extenso, composto por mais 5 localidades, contando apenas com uma unidade de apoio que fica localizada na comunidade de Cachoeira do Fogo. Os objetivos desse trabalho são fortalecer a assistência aos pacientes da comunidade de Iapi, promover a promoção em saúde, favorecer melhora na qualidade do atendimento posteriormente a melhora da qualidade de vida do indivíduo, unificar a forma de atendimento entre as unidades, fortalecer vínculos com a secretaria de saúde, grupo de idosos do CRAS e grupos da comunidade. É fato que UBS é a porta de entrada para todo e qualquer serviço de saúde, é o primeiro lugar que o usuário busca quando necessita de qualquer tipo de orientação, porém a busca intensa na UBS não acontece de forma preventiva, mas sim buscando medicações excessivas, muitas vezes para armazenamento e estoque em sua residência. Desse modo, sugere-se que haja pactuações entre UBS's e que seja feito um trabalho diretamente com a coordenação da Atenção Básica (AB) a fim de dar continuidade aos serviços, em caso de mudança de profissionais. Bem como a construção de um trabalho conjunto com a Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf - AB).

SUMÁRIO

Sumário

1 – INTRODUÇÃO	5
2 – RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	6
3 – RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	9
4 – RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	12
5 – CONCLUSÃO	15
6 –REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Matildes Gomes Coutinho está localizada no distrito de Iapi, no município de Independência – Ceará, a mesma se encontra a aproximadamente 36km da sede, o território é bem extenso, composto por mais 5 localidades, contando apenas com uma unidade de apoio que fica localizada na comunidade de Cachoeira do Fogo.

A equipe de saúde é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 auxiliar de limpeza, 1 cozinheira, 1 recepcionista, 9 agentes comunitários de saúde (5 do estado e 4 temporárias).

A escolha da primeira microintervenção foi sobre planejamento reprodutivo, pré – natal e puerpério, na unidade pouco se buscava sobre planejamento familiar, as gestantes muitas vezes já buscavam atendimento no 5º mês de gestação, e essa problemática acaba dificultando o acompanhamento do pré – natal, a microintervenção 2 estava totalmente interligada com a 1, pois havia uma grande dificuldade de realizar acompanhamento das crianças até 12 meses de vida. Já a microintervenção 3 foi sobre atenção à saúde mental na atenção primária à saúde devido uma grande busca por atendimento psiquiátrico e uso de medicação controla.

A expectativa em todas as microintervensões é de favorecer uma melhora na qualidade do atendimento, bem como fornecer resolutividade dentro da atenção primaria, não necessitando a busca excessiva em outro nível de saúde.

Os objetivos desse trabalho são fortalecer a assistência aos pacientes da comunidade de Iapi, promover a promoção em saúde, favorecer melhora na qualidade do atendimento posteriormente a melhora da qualidade de vida do indivíduo, unificar a forma de atendimento entres as unidades, fortalecer vínculos com a secretaria de saúde, grupo de idosos do CRAS e grupos da comunidade.

O trabalho está estruturado em Micro 1- Planejamento Reprodutivo, Pré – Natal e Puerpério, Micro 2 – Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Micro 3 – Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e Considerações Finais.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Micro 1- Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério.

Na unidade básica do distrito de Iapi, pertencente a cidade de Independência – Ceará. Uma das nossas maiores dificuldades é a demanda programada no que diz respeito, principalmente, às gestantes, bem como uma cultura identificada na comunidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) resolver tudo para a população desde a renovação de receita, marcações de consultas, entre outros serviços, o que acarreta a falta de corresponsabilização dos usuários com a sua saúde.

Em outra vertente, o que diz respeito sobre demanda programada. Já que as consultas são previamente agendadas a equipe possui um calendário na qual as consultas teoricamente já possuem dias agendados destinados a hipertensos e diabéticos e dessa forma, consegue ter êxito e atender a toda população, bem como, os atendimentos nas unidades anexas, que também possuem datas previstas e agendadas. Desse modo, tornamos o manejo adequado e eficiente e todo mês são realizadas reuniões mensais em que todos os pontos de funcionalidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) são vistos e discutidos em equipe, se estão acontecendo de forma correta e de que forma os problemas podem ser enfrentados, além da construção do calendário do mês seguinte e avaliação do que foi feito no mês que passou.

Quando falamos de demanda programada, reforçamos o exemplo das gestantes, que iniciam o pré-natal e suas consultas já ficam pré-agendadas, no entanto o absenteísmo é elevado, tendo em vista que as mesmas não comparecem à UBS para continuidade do cuidado. Desse modo, foi questionado com a equipe o que poderia está sendo feito para que ocorresse uma maior regularidade de frequência das gestantes à consulta de pré-natal. E hoje é feito uma busca ativa na área da gestante através da Visita Domiciliar (VD), assim como a realização dos protocolos do pré-natal, tais como, o preenchimento no prontuário da gestante, preenchimento do livro de ata de visitas domiciliares, entre outras. Em meio ao momento que estamos vivenciando, da pandemia do coronavírus, foi dado as pessoas de riscos uma prioridade, a fim de ofertar uma atenção melhor, e dessa forma oferecer um serviço de qualidade. Hoje as gestantes iniciam o pré-natal na sua unidade de origem, na própria unidade a mesma já agenda os seus exames laboratoriais e assim, tornamos o fluxo de atendimento mais acessível, porém somente essa atitude não foi suficiente, ainda há muito a se fazer para que o serviço seja 100% eficaz, mas observa-se que muito se é feito pela unidade e pelos profissionais da equipe, porém se faz necessário a coparticipação do usuário no processo saúde-doença-cuidado.

No município de Independência contamos com uma grande equipe de profissionais do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais (TO), nutricionista, psicólogas, dentre outros. As ações ofertadas pela equipe NASF dão um suporte muito bom à equipe de Saúde da Família

(eSF). No momento as atividades em grupos estão suspensas, mas no período antecedente da pandemia, eram realizados grupos de gestantes, grupo de Hipertensão, grupo de atividade laboral com os idosos, grupo de saúde mental; atividades educativas desenvolvidas mensalmente, com temas escolhidos pelos usuários, porém atualmente as atividades realizadas na equipe estão resumidas às consultas realizadas pelos profissionais e as VD que são programadas e agendadas de acordo com a agenda da UBS e do NASF.

Quando os casos são mais complexos, solicitamos o apoio do NASF, a fim de realizar um acompanhamento a essa gestante e a família, para realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário e considera-se a singularidade do sujeito e a complexidade de cada situação, por meio dele é possível fortalecer os vínculos e aumentar o grau de corresponsabilização, dessa forma cada um assume o seu papel, a equipe e o usuário, (OLIVEIRA, 2007).

No contexto de forma geral podemos observar que o modelo clássico de saúde é através da demanda espontânea que consiste no comparecimento do paciente à UBS de saúde de forma inesperada, seja por motivo agudo ou que o próprio paciente julgue necessidade de saúde. Então quando se fala em demanda programada é como se tivesse fugindo de um contexto e da realidade dessa comunidade. Não existe demanda programada sem demanda espontânea, (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não deve ignorar a demanda espontânea, porém, como sua prioridade é a promoção de saúde, deve organizar suas atividades de modo a superar os problemas prioritários de saúde/doença da população (DUNCAN, 2004).

Duncan (2004), ainda ressalta que a demanda espontânea pode acontecer de duas formas: com casos de intervenção que podem ser programadas (não agudos) e de casos de atendimento imediato, prioritário (agudos). Nos casos não agudos pode requerer ações voltadas à orientação e atendimento.

Para Friedrich e Pierantoni (2006), a demanda programada consiste em atendimentos agendados previamente, sendo um importante serviço para a atenção básica, pautada em ações preventivas. Dessa forma, deve-se observar a demanda espontânea e programada na perspectiva de que a assistência prestada seja ágil, resolutiva, humanizada e acolhedora. Nessa óptica é necessário ter equilíbrio entre demanda espontânea e atenção agendada, cabendo à UBS conhecer a sua realidade e melhorar o serviço de saúde ofertado à comunidade adscrita.

O modelo fragmentado voltado para o atendimento espontâneo e de condições agudas desequilibra as respostas sociais e de acompanhamento longitudinal do usuário e seus familiares (MENDES, 2011).

Conforme Mendes (2011), sempre haverá demanda espontânea para atendimentos agudos em decorrência de agudização de doenças crônicas ou eventos novos não esperados. Contudo,

há a necessidade de uma rede de atendimento preparado para casos de urgência e emergência, que não deve ser de responsabilidade da atenção básica de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) é a partir da situação de sua saúde local e seus determinantes que os profissionais e gestores possuem dados para efetuar planejamento das ações que deverão ser desenvolvidas. É o chamado diagnóstico situacional (BRASIL, 1997).

Para Junger (2012), a influência de modelos assistenciais que não valorizam a pessoa, mas sim o procedimento, faz com que usuários e trabalhadores racionalizem as demandas à doença, aos cuidados especializados e às tecnologias de alta densidade, centralizando o cuidado no profissional de saúde. Isso faz com que a oferta de serviços e demandas na ESF seja objeto de estudos, ao tratar sobre os motivos pelos quais as pessoas buscam os serviços de saúde e como os trabalhadores de saúde equacionam as demandas, considerando a humanização das práticas na atenção básica.

E na maioria das vezes está apenas preocupado em tratar a doença, e quando se questiona essa posição não estou apenas falando do médico, também questiono a posição do usuário, que muitas vezes, estar em busca da receita e de se medicar. E muito se vem discutindo quanto a questão da informação e trabalhar a promoção em saúde a fim de contribuir com a diminuição da demanda e desafogar as unidades de saúde das suas filas que se iniciam as madrugadas antecedentes aos dias de atendimentos.

Dessa forma, cada unidade de saúde do município de Independência – CE deve conhecer a sua realidade e construir um organograma que atenda as necessidades daquela localidade.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Micro 2 – Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

Analisando e buscando observar e entender sempre um pouco mais da realidade encontrada na comunidade de Iapi – distrito da cidade de Independência – Ceará, sempre surge uma incógnita e com isso vários pontos de interrogação, pois quando falamos em saúde no geral, a prevenção da mesma nunca é vista como prioridade na busca de se prevenir. E essa realidade não é apenas na comunidade de Iapi, mas sim, uma realidade vivenciada no Brasil, visto que a cultura da maioria do povo brasileiro é somente buscar ajuda médica quando o problema/doença já está instalado.

Mensalmente quando toda nossa equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) se reúne, buscamos melhorar cada vez mais o nosso atendimento e qualidade do serviço na qual é oferecida pela unidade, e vejo que um dos nossos alicerces que recebemos e que faz toda a diferença, é atenção dada pela coordenação da Atenção Básica (AB) e pelo secretário de saúde, onde são disponibilizadas reuniões mensais com todas as equipes, e nesse momento são feitas trocas de experiências e ajustes dos serviços. E podemos observar que alguns dos problemas que surgem são generalizados, muitas vezes a causa estar na cultura da população e as melhorias nem sempre são bem vistas, já que você estar querendo mudar algo que a população já estar acomodada e acostumada há anos.

Diante dessa realidade, o problema identificado no contexto local foi que as mães não tinham assiduidade nem tão pouco compromisso para realização do acompanhamento dos seus bebês até 12 meses de vida, cerca de 80% das mães somente levavam seis primeiros meses, ou deixavam para procurar atendimento se o bebê estivesse com febre, visto que é uma demanda que sempre aparece.

Tendo em vista esse problema, podemos observar que o mesmo estava associado à questão do pré-natal, porque as mães que não traziam seu bebê para a puericultura eram as mesmas que não vinham com frequência para as suas consultas mensais. Desde quando foi observada e discutida essa questão não somente com a equipe de saúde da unidade em qual trabalho, mas bem como com todas as equipes e a atenção básica, juntamente com a presença do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a partir daí foi criada uma estratégia de grupos de gestantes, para que as mães estivessem informadas de vários assuntos, desde a gravidez até o primeiro ano de vida da criança.

Nesse programa realizado pelo o município de Independência, a gestante deve participar de todas as atividades educativas, realizar no mínimo 6 consultas (3 com a enfermeira e 3 com o médico), deverá passar também no dentista; e em relação as atividades educativas, a mesma deve assistir no mínimo seis atividades educativas. Nessas atividades educativas são vistos vários temas, um deles é a questão do acompanhamento da criança pelo mesmo até 1 ano de

vida, através de consultas mensais.

Diante da experiência vivenciada, podemos observar que havia muita falta de informação e que a cada tema apresentado para as mães, até mesmo as que não eram de primeira viagem, surgiam muitas dúvidas e com isso, muitas perguntas. Após essa mudança que foi feita graças o grande apoio do NASF-AB, podemos perceber que as mães começaram a vim com mais frequência e sempre fazendo perguntas e esclarecendo suas dúvidas.

A partir daí foram criados fluxogramas, onde eram planejados a partir da primeira consulta puerperal, bem como as demais consultas e a realização dos exames, tais como: teste do pezinho, teste da linguinha, da orelhinha e do olhinho.

O profissional de saúde, desde o pré-natal, deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade, especialmente quando se trata do primeiro filho. Neste caso, os pais necessitam ajustar seu sistema conjugal, criando um espaço para os filhos. Além disso, é preciso aprender a unir as tarefas financeiras e domésticas com a educação dos filhos. Um estudo evidencia que o bom relacionamento do casal está associado a um maior apoio do pai à lactação e uma maior participação dele nos cuidados com a criança, (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004).

Costumo dizer que devemos partir sempre do início, de que devemos escutar o paciente, porque no nosso dia a dia a escuta é algo muito importante e você deve compreender o paciente em um todo. E um dos primeiros vínculos estabelecido com essa criança e sua família começa na visita puerperal, que é realizada pelo ACS, enfermeira, médico e técnico de enfermagem, e esse contato deve permanecer.

Para Brasil (2001), com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a Visita Domiciliar (VD) torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas. A VD é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o ACS pelo Ministério da Saúde (MS), (BRASIL, 2001).

Tal afirmativa salienta a importância da participação de toda equipe, cada uma com sua especificidade. O envolvimento da AB tem contribuído bastante para uma melhora na qualidade do serviço, bem como tem contribuído para uma nova visão quanto à busca pela unidade de saúde desconstruindo a ideia de acessar a UBS somente quando estão enfermos ou precisando simplesmente de receita médica, uma experiência bem clara e que na qual se teve muito êxito com relação a essa realidade foi a formação do grupo de gestante. Devido à pandemia os grupos foram cancelados temporariamente, mas a perspectiva da equipe é dá continuidade as ações de forma sistemática e regular até as crianças completarem 1 ano

de vida, afim de serem vivenciados os marcos dos bebês e analisar e compreender de que forma as mães poderiam estar estimulando essa criança em casa, em todo o seu aspecto global do desenvolvimento, para assim sugerir novas abordagem de cuidado.

O que buscamos com as ações de educação em saúde é favorecer e ampliar o conhecimento da população adscrita na perspectiva de uma qualidade de vida diferenciada com foco na prevenção das doenças, o conhecimento de seus sinais e sintomas e fazer com que o serviço público de saúde possa melhorar a assistência prestada no território.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Micro 3 – Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Diante da problemática de saúde mental vivenciada na comunidade do Iapi – distrito da cidade de Independência – Ceará, uma busca excessiva por atendimento psiquiátrico e por medicação controlada observou - se a necessidade de realizar um trabalho intenso e de proporcionar uma melhora significativa da qualidade de vida dessa população.

De princípio foi realizado uma reunião com todos os integrantes da eSF Iapi juntamente com parte da Equipe do Núcleo Ampliado da Saúde da Família – Atenção Básica (eNASF-AB) composta por fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional (TO), psicólogo e assistente social, analisando toda a problemática que se encontrava na comunidade e nessa direção foi planejado um trabalho intenso viabilizando a melhora da saúde mental.

Primeiramente foi feito um levantamento da quantidade de pessoas com problemas de saúde mental, esse trabalho foi realizado pelas ACS's, porém dando atenção para alguns casos que já eram reconhecidos pelas as mesmas, a fim de se evitar homicídios, visto que no município de Independência – CE na localidade de Monte Sinai houve muitas ocorrências de homicídios. Após a construção do grupo de saúde mental, o mesmo foi estendido para todas as todas as UBS do município, visto que a necessidade do grupo não era só da comunidade de Iapi.

Essa proposta de cuidado vai ao encontro do atual modelo de atenção à saúde mental, norteado pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como principal diretriz a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários e a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. Configura-se como uma mudança na concepção e na forma de cuidado, buscando perceber o sujeito em sua existência-sofrimento e superando o foco na perspectiva da doença, (BRASIL, 2005; COSTA; ROSA, 2000).

A afirmativa acima nos conforta no sentido que estamos trabalhando no caminho certo, buscando a prevenção e minimizando a possibilidade de problemas mentais alcançarem o máximo de gravidade culminando com o suicídio.

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Concomitantemente, prioriza a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os usuários que necessitem de atenção, (BRASIL, 2005).

O serviço é basicamente realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) através de ações a fim de ocupar a mente das pessoas que apresentem traços de alterações de problemas mentais. No início enfrentamos muita resistência, pois a população começou a tarjar de “doidos” por irem participar do grupo, após um trabalho

intenso, explicando de como seriam os grupos, a população foi perdendo o “medo” e os grupos começaram a serem bem vistos e passamos a ter um bom público e uma boa assiduidade.

O modo de atenção psicossocial indica a necessidade de serem construídas oportunidades para pessoas com problemas de saúde mental exercer sua cidadania e atingir seu potencial de autonomia no território em que vivem. A atenção psicossocial convoca a clínica a se ampliar e a produzir outras formas de cuidado, produzindo a ampliação do objeto de trabalho e a busca de resultados eficientes, incluindo novos instrumentos, (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório de 2001 sobre a Saúde do Mundo, enfatiza que a Saúde Mental na Atenção Primária à 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, (OMS, 2001).

Desta forma, as equipes da APS constituem-se como um recurso estratégico para acolher e cuidar da pessoa portadora de algum transtorno mental, respeitando-a como um sujeito de direitos e proporcionando atenção mais próxima da sua rede familiar, social e cultural (BRASIL, 2005).

Devido a tais afirmativas o serviço realizado pelo o NASF-AB tem contribuído bastante na condução das ações, tivemos grande contribuição do grupo de idosos do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e da comunidade de Iapi e Cachoeira do Fogo (distrito que também pertence a UBS de Iapi), realizando atividades de construções de materiais artesanais, atendimentos psicológicos individuais e em grupo, atividades físicas ao ar livre, dentre outras atividades.

Porém com a pandemia não foi possível dar continuidade às atividades e o número de pacientes procurando acompanhamentos psiquiátricos, antes da pandemia as consultas eram em torno de 20 pessoas, o número dobrou, e outros que recusam a ida a esse atendimento, acabam procurando a UBS a fim de fazer uso de medicações para dormir, para ansiedade ou depressão.

Outra dificuldade encontrada nessa atuação foi relativo aos profissionais da equipe que não se sentiam preparados para atuarem com grupos de saúde mental no contexto local, esse trabalho melhorou consideravelmente devido alguns integrantes da NASF-AB terem participado de um rico curso fornecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), ampliando assim as formas de atuação com os grupos de saúde mental. Situação aceitável, pois nem todos os 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. A falta de capacitação prejudica o desenvolvimento de ações integrais. Além disso, atender às pessoas com transtornos mentais é,

de fato, uma tarefa complexa, (BRASIL, 2003).

Dessa forma faz-se necessário que haja um fortalecimento das equipes de APS para que atuem de forma conjunta com os profissionais do NASF desenvolvendo ações de saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, visando promover diferentes formas de ver, relacionar e tratar a “loucura”.

A intervenção nos grupos problematizou o modo asilar, objetivando o fortalecimento da atenção psicossocial. Quando se observava uma diminuição de participantes nos encontros de um dos grupos, realizava-se visitas domiciliares a fim de descobrir por qual motivo ocorreu o abandono. Na busca ativa foram identificadas algumas razões para o absenteísmo no grupo, tais como problemas: estigma e preconceito; família não compreendendo o transtorno mental; pessoas que comparecem ao grupo somente quando estão mal.

Nossos pacientes dos grupos buscavam aconchego, tranquilidade, compreensão, espaço para comunicação e diálogo, escuta dos colegas, melhora da saúde, sentir-se bem, não ser cobrado, ajudar os amigos do grupo, socialização.

A sugestão de toda equipe era organizar um grupo de familiares; realizar caminhadas, passeios e atividades; assistir filmes com mensagens positivas; conhecer outros grupos de saúde mental, porém tal trabalho foi interrompido devido à pandemia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que UBS é a porta de entrada para todo e qualquer serviço de saúde, é o primeiro lugar que o usuário busca quando necessita de qualquer tipo de orientação, porém a busca intensa na UBS não acontece de forma preventiva, mas sim buscando medicações excessivas, muitas vezes para armazenamento e estoque em sua residência.

Desse modo, conclui-se que as microintervenções muito contribuíram para melhorar o processo de trabalho da equipe ao ofertar um tipo de saúde diferenciada pra comunidade adscrita na perspectiva de transformações de práticas fortemente arraigadas na cultura local e ampliar o olhar da população para importância da UBS no território.

Com o fortalecimento das atividades educativas e de grupos operativos pudemos desmitificar a prática recorrente no território caracterizado pela busca excessiva por receita de medicação controlada sem a presença física do usuário no serviço de saúde cujo fluxo era realizado por um familiar ou ACS. Outro problema identificado foi relativo à alta rotatividade de médicos, enfermeiros e dentista anualmente, gerando ,algumas vezes, a descontinuidade das ações, interferindo diretamente na evolução das proposta planejada e iniciada na unidade pela equipe.

Desse modo, sugere-se que haja pactuações entre UBS's e que seja feito um trabalho diretamente com a coordenação da Atenção Básica (AB) a fim de dar continuidade aos serviços, em caso de mudança de profissionais. Bem como a construção de um trabalho conjunto com a Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf - AB).

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático dos Programas Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial:- condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed Editora, 2014.
- FALCETO, Olga Garcia; GIUGLIANI, Elsa RJ; FERNANDES, Carmen Luiza C. Couples' relationships and breastfeeding: is there an association?. **Journal of Human Lactation**, v. 20, n. 1, p. 46-55, 2004.
- FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, p. 83-97, 2006.
- JUNGES, José Roque et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.
- MENDES, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007.203p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, SP. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIT/312027> Acesso em 13/01/2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde Mental:

nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.