



**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**

**MICROINTERVENÇÕES PARA QUALIFICAR O ACOLHIMENTO NA  
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA PALMEIRAS EM ULIANÓPOLIS- PA: UM  
OLHAR PARA O ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE ZERO A  
CINCO ANOS E PARA AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

**JAIR MILTON GUSMAO LUZ**

---

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

---

---

MICROINTERVENÇÕES PARA QUALIFICAR O ACOLHIMENTO NA UNIDADE  
SAÚDE DA FAMÍLIA PALMEIRAS EM ULIANÓPOLIS- PA: UM OLHAR PARA O  
ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS E PARA AS AÇÕES  
DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

JAIR MILTON GUSMAO LUZ

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: ROBERVAM DE MOURA  
PEDROZA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço aos meus orientadores Talita Monteiro e Robervam Pedroza por toda atenção dispensada nesse trabalho e à Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela oportunidade de aprender mais da minha profissão.

---

---

Dedico esse trabalho a minha querida filha Melissa que é minha inspiração e força para ir cada vez mais longe.

---

## **RESUMO**

A Unidade de Saúde da Família Palmeiras atende uma população muito carente e que enfrenta diversos problemas com reflexos nos perfis de saúde. Em reunião, a equipe definiu três áreas para executar microintervenções que possam colaborar com a melhoria na qualidade do atendimento prestado, sendo essas áreas acolhimento, saúde da criança e promoção da saúde mental. A microintervenção I espera organizar melhor a agenda da equipe e que os usuários fiquem satisfeitos com o atendimento prestado na USF. A microintervenção II espera colaborar com a prevenção da desnutrição entre as crianças com idade igual ou inferior a 5 anos e alcançar um maior controle do peso das crianças prevenindo casos de desnutrição e fortalecendo o combate à mortalidade infantil. E a microintervenção III espera promover a saúde mental contribuindo com a prevenção e tratamento da depressão entre os idosos e evitar que a depressão chegue ao ponto do paciente tentar autoextermínio. A equipe se reuniu periodicamente para o planejamento das microintervenções e grande parte dos profissionais participou de todos os encontros. A microintervenção I permitiu que a equipe se organizasse de forma que atendesse todos os usuários sendo o mais resolutiva possível, a microintervenção II permitiu a equipe identificar crianças com baixo peso e intensificar o acompanhamento delas e a microintervenção III está sendo essencial para prevenir a depressão entre os idosos oferecendo a eles suporte para manter a saúde mental. É possível concluir que por meio de microintervenções é possível melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Criança; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

## SUMÁRIO

Introdução .....	7
Microintervenção I– Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada.....	8
Microintervenção II– Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento.....	11
Microintervenção III – Saúde mental na atenção primária.....	14
Considerações Finais .....	16
Referências.....	18
Apêndices.....	20
Anexos.....	22

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Ulianópolis está localizado no norte do país no estado do Pará, sua economia gira em torno da agropecuária, que é a principal fonte de emprego e sustento das famílias. A saúde municipal é composta por dois hospitais, uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), duas farmácias de dispensação de medicação gratuita, seis Postos de Saúde (PS), uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e nove Unidades de Saúde da Família (USF), sendo uma delas a USF Palmeiras onde serão aplicadas as microintervenções apresentadas nesse trabalho.

A USF Palmeiras atende 2.724 usuários, onde grande parte desses usuários é carente e depende quase que exclusivamente dos serviços oferecidos na unidade. Os principais problemas enfrentados de acordo com a opinião dos profissionais da equipe estão relacionados à qualidade do acolhimento realizado na unidade, o acompanhamento das crianças com idade igual ou menos cinco anos na prevenção da desnutrição e a falta de ações de promoção da saúde mental.

O acolhimento a demanda programada e espontânea foi um problema escolhido para passar por mudanças através da primeira microintervenção, e por não ser realizado na unidade de forma adequada, sabemos que a realização de um bom acolhimento pode colaborar com organização da equipe regulando o fluxo de consultas e possibilitando um atendimento de qualidade. A prevenção da desnutrição entre as crianças com idade igual ou inferior a 5 anos consistiu no objeto da segunda microintervenção, sendo considerado um dos principais problemas a ser enfrentado, tendo em vista ser uma das principais causas da mortalidade infantil. A promoção da saúde mental foi priorizada na terceira microintervenção devido ao grande avanço no número de pessoas com sintomas de depressão, especialmente pessoas com mais de 60 anos.

O presente trabalho tem como objetivos: aprimorar o acolhimento à demanda espontânea e programada da USF Palmeiras, no município de Ulianópolis-PA; Contribuir para a redução da desnutrição infantil, através da integração das ações do pré-natal, incentivo ao aleitamento materno,

puericultura e acompanhamento das crianças do território até os cinco anos; Desenvolver ações de saúde mental na atenção primária, através do acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, integrando ações de promoção e prevenção em saúde mental com o acompanhamento daqueles que apresentam transtornos mentais.

A microintervenção para o acolhimento a demanda programada e espontânea a equipe espera organizar melhor a agenda da equipe e que os usuários fiquem satisfeitos com o atendimento prestado na USF Palmeiras. A microintervenção para prevenção da desnutrição entre as crianças com idade igual ou inferior a 5 anos espera um maior controle do peso das crianças para assim prevenir os casos de desnutrição e conseqüentemente fortalecer o combate à mortalidade infantil. E por fim através da microintervenção para a promoção da saúde mental espera-se contribuir com a prevenção e tratamento da depressão entre os idosos e evitar que a depressão chegue ao ponto do paciente tentar auto-extermínio.

A definição dos problemas que passaram pelas microintervensões assim como o planejamento de cada microintervenção foi realizada a partir de encontros semanais da equipe, onde foram definidas as ações e avaliados os resultados. As estratégias adotadas em cada microintervenção, bem como os resultados obtidos serão apresentadas mais adiante com a descrição de cada uma delas.



## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### Relato microintervenção I

A primeira microintervenção a ser realizada é para o enfrentamento do problema relacionado ao acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. Apesar de realizar o acolhimento de forma rotineira na unidade de saúde é notável que a equipe não o realiza de forma eficiente, os profissionais não estão devidamente preparados.

O fato de não ter o acolhimento como norteador nos atendimentos, repercute no aumento do número de consultas por demanda espontânea e sobrecarregando os profissionais. Assim se faz necessário realizar ações que possam melhorar a qualidade do acolhimento, organizando o fluxo de consultas na unidade e conseqüentemente melhorando a qualidade do atendimento prestado.

O acolhimento é definido por: *“Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2011)”*.

O Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Humanização (PNH) criou importantes ferramentas que facilitam o estabelecimento de redes, o fortalecimento de vínculo e a responsabilidade entre a equipe de saúde, o usuário e a gestão. Uma dessas ferramentas é o acolhimento que é considerado uma prática importante de mudança e reflexão na Atenção Primária, pois promove a autonomia do usuário e procura ouvi-lo, relacionando assim o processo de trabalho e a atenção (BRASIL, 2012).

O acolhimento é uma importante ferramenta na realização do cuidado, principalmente quando se fala de demanda espontânea, pois através dele é possível organizar esse tipo de atendimento. Muitos usuários chegam à unidade com problemas que podem ser resolvidos através do acolhimento, seja ali mesmo naquele momento, ou sendo redirecionado ao setor que possa resolver seu problema, se o acolhimento for resolutivo o fluxo de consultas por demanda espontânea será reduzido, e o profissional médico terá mais tempo para realizar consultas mais detalhadas e efetivas (BRASIL, 2013). Além de facilitar o trabalho dos profissionais de saúde o acolhimento torna-o mais organizado, facilitando o cumprimento de metas, melhorando o ambiente de trabalho e proporcionando o atendimento cada vez mais resolutivo (CARDOSO, 2009).

Essa microintervenção tem como público-alvo os profissionais de saúde da USF (Unidade Saúde da Família) Palmeiras, e também os usuários cadastrados na área da equipe. O principal objetivo é capacitar os profissionais da equipe para realização do acolhimento humanizado e resolutivo e esclarecer aos usuários a definição de acolhimento, demanda espontânea e demanda programada.

A equipe da USF Palmeiras, se reuniu e discutiu os problemas relacionados ao acolhimento (Anexo 1), foi concluído que as principais causas do problema são a falta de preparo da equipe e a falta de entendimento dos usuários sobre o que é o acolhimento, a demanda espontânea e a demanda programada. Após selecionar as causas a equipe passou a planejar estratégias para o enfrentamento desse problema, assim foram elaboradas duas ações. A primeira ação consiste na realização de capacitação para que a equipe possa compreender o que é o acolhimento e como ele deve ser realizado, e a segunda consiste em informar a população sobre o que é o acolhimento e como ele é importante, e o que são as demandas espontâneas e programadas, com a pandemia se tornou inviável a realização de ações educativas desta forma a equipe pensou em elaborar um folder explicativo para que os agentes de saúde possam distribuir durante as visitas.

Os momentos de capacitação da equipe ocorreram durante os meses de setembro e outubro de 2020. O médico responsável pela microintervenção buscou explicar de forma simples e clara o que é o acolhimento e como ele deve ser realizado, foi combinado que o acolhimento será realizado pela equipe de enfermagem, mas em casos mais complexos o médico poderá ser chamado para participar. No mês de outubro a equipe de enfermagem começou a realizar o acolhimento conforme o orientado, e foi possível notar duas coisas, a primeira foi à redução das consultas por demanda espontânea e a segunda foi o fortalecimento do vínculo de amizade e confiança entre os usuários e os profissionais. A equipe está muito animada com os resultados, e isso motiva os profissionais a prestar um atendimento cada vez mais humanizado e efetivo.

O folder explicativo (Anexo 2) foi elaborado com a colaboração de toda equipe, e distribuídos pelos agentes de saúde, no folder contém informações importantes e claras, sobre o que é o acolhimento e o que são as demandas espontâneas e programadas, a entrega do folder ainda está sendo realizada, porém já é possível notar que os usuários não veem mais o acolhimento como perda de tempo e também reduziu a procura por consulta de demanda espontânea, pois os usuários entenderam o conceito das demandas. O diferencial do folder é que toda a família pode ler, muitas vezes o agente de saúde acaba encontrando só a mulher em casa, deixando o folder quando o marido chega do trabalho ela pode mostrar a ele e também aos filhos.

As mudanças no processo de acolhimento são muito recentes e é esperado que com o passar do tempo elas possam mostrar ainda mais resultados positivos, e os usuários confiem cada vez mais nos profissionais e busquem ajuda na USF Palmeiras sempre que necessário. Através dessas mudanças é esperado também que se organize a agenda da equipe, permitindo que mais usuários sejam atendidos e estejam satisfeitos com o atendimento prestado.

Essa microintervenção teve por intuito aprimorar o acolhimento a demanda espontânea e programada da USF Palmeiras no município de Ulianópolis no estado do Pará, essa temática

foi escolhida devido a deficiência do acolhimento na USF, e também pela necessidade do usuário ser recebido de forma humanizada, pois quando o usuário é bem atendido ele confia na equipe e esse estabelecimento de vínculo facilita a prevenção e promoção da saúde.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A segunda microintervenção foi focada na prevenção da desnutrição infantil. A equipe realiza o acompanhamento das crianças por meio de consulta de puericultura (mas somente até o segundo ano de idade). De acordo com dados levantados na unidade, a maior parte das crianças com baixo peso (risco de desnutrição) tem idades entre 2 e 5 anos. Assim se faz necessária a realização de ações em saúde para melhor acompanhamento dessas crianças melhorando assim a qualidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e reduzindo a mortalidade infantil.

A desnutrição infantil é considerada um grave problema de saúde pública, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde uma das principais responsáveis pela mortalidade infantil (GOVE, 1997). *"A desnutrição infantil, além das determinantes ambientais e orgânicas, possui causas econômicas e sociais. Dessa forma, a desnutrição deve ser um problema de saúde pública, necessitando ser diagnosticada e tratada como doença endêmica, presente na sociedade atual e alvo de ações curativas e principalmente preventivas"* (FERREIRA et al., 2013, p.51).

A desnutrição tem início quando a alimentação não fornece a criança os nutrientes para atender suas necessidades, e a gravidade é definida de acordo com o grau dessa deficiência, a faixa etária e a presença de doenças infecciosas e nutricionais (SHILS, 2009).

Autores afirmam que a oferta de nutrientes nos primeiros anos de vida é muito importante para a garantia do crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Frisam ainda que o consumo de alimentos pobres em nutrientes pode alterar o estado nutricional da criança e prejudicar seu desenvolvimento (CARVALHO, 2015).

A desnutrição infantil é definida como uma doença multifatorial que surge quando o bebê ainda está no útero e ocorre na maior parte das vezes na primeira infância (0 a 6 anos). A principal causa é a não amamentação ou amamentação cessada de forma precoce, e a oferta de alimentação inadequada nos primeiros meses e anos de vida. A desnutrição é um problema grave em especial em áreas do norte e nordeste (onde são identificadas as maiores taxas de desnutrição), por isso é importante que as equipes de atenção primária estejam sempre atentas

e planejem estratégias de acompanhamento para a prevenção da desnutrição, e já realizem ações quando identificarem o baixo peso para não deixar evoluir para a desnutrição (BRASIL, 2008).

A organização Mundial de Saúde afirma que em média 30% de crianças com idade inferior a 5 anos apresentam baixo peso, e isso ocorre devido a alimentação inadequada e frequentes infecções. Em países em desenvolvimento que é o caso do Brasil existe uma grande escassez de recursos para enfrentar esse problema, por isso é necessário a realização de ações que possam orientar as famílias sobre a alimentação e melhorar o estado nutricional da criança (BRASIL, 2008).

As consequências e efeitos da desnutrição infantil podem acompanhar o indivíduo ao longo de sua vida e em grande parte das vezes podem ser irreversíveis. A deficiência de nutrientes na infância prejudica o desenvolvimento biológico e aumenta o risco de doença, em especial de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) possivelmente desenvolvidas na fase adulta. No Brasil a desnutrição infantil está ligada a doenças respiratórias e diarreicas, sendo considerada assim a principal causa da morbimortalidade infantil. As principais vítimas da desnutrição são crianças de extrema baixa renda que vivem em zonas rurais e urbanas. A região do país mais afetada pela desnutrição é o Nordeste devido a maiores índices de família com baixa renda. Assim as doenças e agravos nutricionais merecem maior atenção das equipes de saúde para a prevenção da desnutrição (ESCUDE; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

A equipe da USF Palmeiras se reuniu para discutir o problema da desnutrição e planejar ações de prevenção (IMAGEM 3). Foi concluído que era necessário realizar ações durante a gestação para incentivar o aleitamento materno e que é preciso realizar também ações de acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos, os agentes de saúde realizam mensalmente a pesagem das crianças de 0 a 2 anos, porém é preciso da atenção as crianças de até 5 anos que são as que mais apresentam baixo peso.

Assim a equipe planejou duas ações, sendo a primeira, a realização de visitas durante a gestação para explicar a importância do aleitamento materno e como ele deve ser realizado (preparação da mama, pega

correta, intervalo entre as mamadas, possíveis dificuldades da amamentação) essa visita será realizada pelo médico, enfermeira e agente de saúde da área. É importante mencionar que no sexto mês de vida do bebê a equipe realiza nova visita dessa vez em companhia também da nutricionista para informar sobre como deve ser realizada a introdução alimentar.

A segunda ação é a capacitação dos agentes de saúde que ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2020, durante a capacitação os agentes de saúde aprenderam a realizar a avaliação antropométrica e passaram, a realizá-la de forma mensal em todas as crianças de 0 a 5 anos, após realização a avaliação antropométrica o agente de saúde realiza o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) e apresenta todos os meses um relatório de pesagem no fechamentos do mês, em posse desse relatório a enfermeira seleciona todas as crianças que estão com alterações no peso, seja para mais ou para menos e leva até o médico da equipe. Todas essas crianças têm avaliação agendada e prestamos um atendimento conjunto à nutricionista para realização de orientações de alimentação.

Essa microintervenção é recente, porém até o presente momento já foi possível identificar 6 crianças que estavam com baixo peso e elas já passaram por avaliação do médico e da nutricionista e estão sendo acompanhadas de perto pelo agente de saúde da área. Através das ações executadas espera-se um maior controle do peso das crianças para assim prevenir os casos de desnutrição e conseqüentemente fortalecer o combate à mortalidade infantil.

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A terceira microintervenção a ser realizada é para a promoção da saúde mental. A equipe realiza o acompanhamento das pessoas portadoras de doenças mentais, os portadores de doenças mentais mais graves como esquizofrenia, depressão grave, demências e síndrome do pânico, por exemplo, são acompanhadas pela equipe e recebem atendimento especializado (psicólogo e psiquiatra), e atualmente estão se tratando e com essas doenças relativamente controladas. Porém uma nova situação tem chamado a atenção dos profissionais da equipe, após o início da pandemia tem se notado um grande avanço no número de pessoas com sintomas de depressão, especialmente pessoas com mais de 60 anos, acredita-se que esse aumento se deu devido ao isolamento social imposto para redução da disseminação do vírus.

O coronavírus é um vírus que causa infecções que podem variar de assintomáticas a quadros graves, foi identificada a primeira vez em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan e foi declarada em janeiro de 2020 emergência em saúde pública internacional pela Organização Mundial de Saúde, sendo assim identificada como uma pandemia (WHO, 2020).

Uma pandemia provocada por um novo vírus pode causar impactos significantes em diversas áreas, e altera em especial a organização dos serviços de saúde. É necessário que os serviços de saúde se organizem para garantir o atendimento médico a todos que necessitem, além de garantir materiais e equipamentos para o que atendimento seja eficiente. Para que a saúde possa atender a todos muitos países, estados e municípios viram a necessidade de decretar medidas que possam minimizar a propagação do vírus, e entre as medidas as mais comuns e eficientes são a quarentena (de pessoas já infectadas), o isolamento (de indivíduos com suspeita ou maior risco de se contaminarem) e o distanciamento social (BROOKS et al., 2020; ORNELL et al., 2020).

Estudos analisaram outras epidemias anteriores e apontaram efeitos psicológicos negativos, mostrou que o isolamento causado pela quarentena desencadeou episódios de estresse, aborrecimento, medo, falta de informação, além de perdas financeiras. Os estudos mostram ainda que entre as pessoas de quarentena foram identificados distúrbios psicológicos e emocionais, sintomas de depressão, insônia, irritabilidade e estresse pós-traumático. Não há discussão que medidas como isolamento domiciliar e o distanciamento social são as melhores formas de evitar a infecção viral, porém são drásticas mudanças no estilo de vida causadas por essas medidas, trazendo conseqüências psicológicas e emocionais negativas. (BROOKS et al., 2020).

Assim se faz necessários que os profissionais de saúde estejam sempre atentos aos sinais de tristeza e ansiedade nesse período de pandemia, para assim planejar ações de prevenção e tratamento da depressão entre os usuários, principalmente entre os usuários idosos que moram sozinhos e estão sofrendo com a solidão causada por essa situação (BARROS et al., 2020).

A fim de discutir esse problema a equipe da USF Palmeiras se reuniu a presença da

psicóloga do NASF (IMAGEM IV), para planejar alternativas para o enfrentamento da depressão entre os idosos causadas pela pandemia de Covid-19, a equipe planejou 3 ações, sendo a primeira a busca ativa de sintomáticos depressivos, a segunda a realização de consulta para avaliação e acompanhamento desses pacientes e a terceira a sugestão de atividades para driblar a solidão e oferecer um meio de divertimento para os idosos.

A primeira ação foi à aplicação do questionário pelo agente de saúde aos idosos que moram sozinhos e tem fatores de risco para a depressão, a equipe optou por usar a Escala De Depressão Geriátrica (GDS) (anexo I), que já está disponível na unidade e é composta por perguntas simples que possibilitará a equipe conhecer melhor o idoso e identificar ou não sinais de depressão.

A segunda ação é a realização de consulta para avaliação e acompanhamento para todos os idosos que fizeram mais de 6 pontos na escala GDS, será estabelecido um dia no cronograma da equipe para realização do atendimento desses idosos. A equipe solicitará ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) o apoio da psicóloga para realização do acompanhamento desses idosos, os casos mais complexos cuja pontuação já indique depressão severa além de serem acompanhados na USF Palmeiras serão encaminhados para o atendimento especializado com o psiquiatra.

Para a terceira ação a equipe solicitará apoio da Secretária Municipal de Educação para disponibilizar aos idosos livros Biblioteca Municipal para lerem. A equipe solicitará também a Secretaria Municipal de Saúde material para impressão de desenhos e também caixas de lápis de cor para oferecer aos idosos para colorirem (essa iniciativa será destinada em especial para os idosos analfabetos), a equipe buscará ainda alternativas para promover a distração dos idosos como, por exemplo, a visita do agente com maior frequência para que o idoso tenha com quem conversar.

Essa microintervenção começou a ser colocada em prática no atual mês de março e os agentes de saúde já estão aplicando a escala GDS entre os usuários, porém já foi possível identificar usuários com sinais de depressão durante as consultas rotineiras na unidade e iniciar o tratamento com o apoio da psicóloga do NASF. Inclusive aconteceu um caso de depressão severa em que o idoso havia tentado auto-extermínio e felizmente foi socorrido a tempo e encaminhado ao serviço de urgência, após o atendimento de urgência o idoso foi atendido pelo psiquiatra e esta recebendo o cuidado da equipe e tem apresentado uma boa recuperação.

Através dessas ações espera-se contribuir com a prevenção e tratamento da depressão entre os idosos e evitar que a depressão chegue ao ponto do paciente tentar auto-extermínio. Além de oferecer aos idosos o suporte para manter a saúde mental. Estamos vivendo tempos difíceis e muitas vezes a equipe de saúde é o único suporte que o idoso tem, por isso é sempre importante que a equipe se reinvente e busque alternativas para ajudar os usuários.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento das microintervenções na USF Palmeiras foi um desafio, não somente pelas mudanças que as microintervenções exigiram, mas também por serem realizadas em um momento muito difícil que o mundo está enfrentando a pandemia pela Covid-19. Apesar das modificações ocasionadas pela pandemia, a equipe conseguiu se organizar e planejar as microintervenções, o que tem colaborado diretamente com melhoria na qualidade do acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. Soma-se ainda a melhoria do acompanhamento dos grupos populacionais envolvidos nas microintervenções 2 e 3, representados respectivamente pelas crianças menores de cinco anos e os indivíduos com transtornos mentais ou com potencial para tê-lo.

As microintervenção I que tratou o acolhimento a demanda programada e espontânea foi o que mais mostrou resultados positivos até aqui, pois permitiu que a equipe se organizasse de forma que atendessem todos os usuários sendo o mais resolutiva possível. A microintervenção II permitiu a equipe identificar crianças com baixo peso e intensificar o acompanhamento delas. Já a microintervenção III está sendo essencial para prevenir a depressão entre os idosos oferecendo a eles suporte para manter a saúde mental.

Todas essas microintervenções provocaram mudanças na forma de atendimento dos profissionais da USF Palmeiras, a principal mudança que se observa é a humanização do cuidado, e isso se deu através dos encontros de planejamento e capacitação da equipe, essa humanização do cuidado é muito importante para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários.

Durante o planejamento e execução das microintervenções a equipe enfrentou alguns percalços, tais como profissionais infectados pela Covid-19, reorganização da agenda dos profissionais para o atendimento de usuários infectados, medo devido à exposição ao vírus, porém a equipe se manteve firme na execução das ações e os resultados positivos já podem ser notados, porém é esperado que com o fim da pandemia as microintervenções possam apresentar resultados ainda mais significativos, a equipe planeja a realização de ações educativas para reforçar essas

microintervenções, e planejar também novas microintervenções de acordo com a necessidade dos usuários atendidos na USF.

Por fim é possível se concluir que através de microintervenções é possível melhorar o atendimento prestado aos usuários e conseqüentemente a qualidade de vida dos mesmos, pequenas ações podem trazer grandes resultados, e a equipe da USF Palmeiras dispõe de profissionais qualificados para prestar um atendimento cada vez mais eficiente à população atendida.

## 6. REFERÊNCIAS

- BARROS, M.B.A., MALTA, D.C., AZEVEDO, R.C.S., JÚNIOR, P.R.B.S., MACHADO, I.E., DAMACENA, G.N., GOMES, C.R., SILVA, D.R.P., PINA, M. F., GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(4):e2020427, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS. Brasília: Ministério da saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização/ Ministério da Saúde. Humaniza SUS**. Brasília-DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 28: Acolhimento à demanda espontânea**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v 1.
- BROOKS, S.K., WEBSTER, R.K., SMITH, L.E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., RUBIN, G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, mar. 2020.
- CARDOSO, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. **CuidArte Enfermagem**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009.
- CARVALHO, C. A.; FONSECA, P. C. A.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C.; NOVAES, J. F.. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v.33, n.2, p.211-221, 2015.
- ESCUDE, M. M.; VENÂNCIO, S. J.; PEREIRA, O. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**. [S.I.] v. 37, p. 319-325, 2003.
- FERREIRA, V. E. L. et al. Prevalência de desnutrição infantil entre usuários de uma unidade básica de saúde da cidade de Guarulhos – SP: quais seriam os principais fatores de influência? **Saúde em Foco**, n.7, p.50-54, 2013.
- GOVE S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. **The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child**. Bull World Health Organ 1997; 75 Suppl 1:7-24.
- ORNELL, F., SCHUCH, J.B., SORDI, A.O., KESSLER, F.H.P. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz J Psychiatry**, maio/jun. 2020.
- SHILS, M. E. et al. Nutrição moderna na saúde e na doença. 10ed. **São Paulo: Manole**, 2009.
- WHO. World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: Author, 2020.



## 7. APÊNDICES

IMAGEM I- EQUIPE USF PALMEIRAS PLANEJAMENTO DA MICROINTERVENÇÃO I



IMAGEM II- FOLDER EXPLICATIVO

<p><b>O que é acolhimento?</b> Acolhimento é o momento que você tem a oportunidade de conversar a sós com um profissional de saúde e relatar a ele tudo o que você está sentindo e precisa naquele momento. É no acolhimento que o profissional de saúde pode te conhecer melhor e identificar a melhor forma de ajudá-lo a resolver seu problema.</p>	<p><b>O que é demanda espontânea?</b> A demanda espontânea consiste nas consultas que devem ser realizadas na hora, como exemplos podemos citar crises hipertensivas, febre, vômito, dor aguda, em poucas palavras a demanda espontânea são os atendimentos que não podem aguardar para serem atendidos em outro momento.</p>	<p><b>O que é demanda progra</b> A demanda programada : que podem ser aq antecedência, como exemp solicitações de exames de de receitas e queixas comu todos os atendimentos que para serem atendidos nos</p>
<p><b>Qualquer dúvida procure, estamos sempre di</b></p>		

IMAGEM III- EQUIPE USF PALMEIRAS PLANEJAMENTO DA MICROINTERVENÇÃO II



IMAGEM IV- REUNIÃO DA EQUIPE DA USF PALMEIRAS COM PARTICIPAÇÃO DA PSICOLOGA DO NASF.



## 8. ANEXOS

### ANEXO I- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

#### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não=1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

#### Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
--

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
---

Total > 5 = suspeita de depressão
-----------------------------------

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO