



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

FABIO BATISTA SANTIAGO

NATAL/RN
2021

FABIO BATISTA SANTIAGO

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: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

A Deus, pela oportunidade de realizar esse sonho, por inspirar a vontade de contribuir para
uma sociedade mais igualitária.
À família por conceder incondicional apoio, carinho, compreensão e incentivo.
Aos professores pela transmissão do conhecimento, bem maior da ciência.

Dedico este trabalho a população que abrange a esta unidade de saúde, em especial aos que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde Maria Rosimeire da Silva Aguiar, do município de Brejo da Madre de Deus - PE, e a todos os profissionais e cuidadores que se dedicam a eles.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, surge no Brasil como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS. A Unidade Básica de Saúde da Família Maria Rosimere da Silva Aguiar que se encontra localizada no distrito de Mandaçaia, área rural, pertencente ao município de Brejo da Madre de Deus, no Estado de Pernambuco. Levantamos três problemas para realizar as micros intervenções, a primeira é sobre demanda espontânea e programada podemos compreender que uma demanda sem organização pode atrapalhar diretamente na qualidade do atendimento ao usuário. Já relacionado com o crescimento e desenvolvimento infantil, ao ser realizado um levantamento na unidade ficou evidente o problema que existe com a ausência de consultas regulares de puericultura. Por último, observamos a necessidade de realizar micro intervenção voltada a saúde mental da população que recebe atendimento na unidade de saúde, uma vez que para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua. Objetivo geral dessas micro intervenções visa melhoria no atendimento prestado a população, ofertando prevenção e promoção à saúde do indivíduo. A metodologia utilizada basicamente nas três intervenções foi primeiramente realizar uma revisão literária, posteriormente organizar as demandas das consultas, busca ativa das crianças e por último na questão da saúde mental foi realizado reuniões de capacitação com toda equipe. Concluímos com esse projeto que o planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde da população necessita sobretudo de ações educativas.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO

II MICRO INTERVENÇÃO 1

III MICRO INTERVENÇÃO 2

IV MICRO INTERVENÇÃO 3

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

VI REFERENCIAS

VII APENDICE

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2004). Vale recordar que o Programa de Saúde da Família é uma estratégia que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica, sendo referência de porta de entrada para a população (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A Unidade Básica de Saúde da Família Maria Rosimere da Silva Aguiar que se encontra localizada no distrito de Mandaçaia, área rural, pertencente ao município de Brejo da Madre de Deus, no Estado de Pernambuco com distância de 196 km do centro da cidade do Recife Capital de Pernambuco. A unidade é responsável por 2.880 pessoas, composta pela equipe de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviço gerais, um motorista de ambulância e seis agentes comunitários de saúde.

Após estudo da área de abrangência e levantamento de alguns dos problemas que a unidade saúde enfrenta, foi elegido três pontos nas quais realizamos micro intervenções com o objetivo principal de oferecer atendimento de qualidade para toda população da qual necessita dos serviços da unidade de saúde. Dentre eles são: Demanda espontânea e programada de atendimento, Crescimento e desenvolvimento infantil e Saúde mental na atenção básica.

Quando levantamos o assunto sobre demanda espontânea e programada podemos compreender que uma demanda sem organização pode atrapalhar diretamente na qualidade do atendimento ao usuário e que também atrapalha no âmbito profissional, uma vez que quando somadas à incompreensão de suas potencialidades a grande demanda de usuários na Atenção Básica faz com que as equipes se ressentam de não estarem fazendo Estratégia de Saúde da Família ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e, ainda, a dificuldade de lidar com a demanda não imediatamente reconhecida como da saúde, provocando nas equipes a sensação de serem pouco resolutivas. Diante do supracitado, esta microintervenção teve como objetivo subsidiar uma necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho para que as ações, especificamente o acolhimento na demanda espontânea e demanda programada, aconteçam de forma resolutiva.

Relacionado com o crescimento e desenvolvimento infantil, ao ser realizado um levantamento na unidade ficou evidente o problema que existe com a ausência de consultas regulares de puericultura, diante do supracitado, esta micro intervenção vem subsidiar uma necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho para que as ações sejam realizadas, especificamente regularização das consultas pediátricas no âmbito das puericulturas, bem como atualização do cartão de vacina. Diante disso o objetivo dessa micro intervenção foi de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil de crianças de 0 - 12 anos que

abranjem a população que é assistida pela unidade de saúde.

Por último, porém não menos importante observamos a necessidade de realizar micro intervenção voltada a saúde mental da população que recebe atendimento na unidade de saúde, uma vez que para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a ter o foco na família em seu ambiente físico e social. O PSF pode ser traduzido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições devida, ou seja, em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizado (Souza, Rivera, 2010).

Diante disso o objetivo dessa micro intenção foi propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental na UBSF Maria Rosimere da Silva Aguiar no mesmo município de Brejo da Madre de Deus.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO RIO GRANDE DO
NORTE
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FABIO BATISTA SANTIAGO

**MICRO INTERVENÇÃO: DEMANDA ESPONTANEA X DEMANDA
PROGRAMADA, ACOLHIMENTO**

NATAL

2020

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2004). Vale recordar que o Programa de Saúde da Família é uma estratégia que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica, sendo referência de porta de entrada para a população (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Demanda espontânea é definida como atendimento de paciente que comparece a unidade inesperadamente, seja para problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde. O acolhimento deve priorizar as queixas e problemas

apresentados. Deve-se ofertar atendimento visando fortalecimento e vínculo entre os profissionais que atuam na unidade com o paciente. Essas oportunidades permitem lançar novas estratégias e reorganizar o serviço para ser melhor ofertado a população (BRASIL, 2010).

Já a demanda programada se define como aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação prévia a consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compões a rede de Atenção Primária a Saúde pautada em ações preventivas (BRASIL, 2010).

Após compreender que uma demanda sem organização pode atrapalhar diretamente na qualidade do atendimento ao usuário e que também atrapalha no âmbito profissional, uma vez que quando somadas à incompreensão de suas potencialidades a grande demanda de usuários na Atenção Básica faz com que as equipes se ressintam de não estarem fazendo Estratégia de Saúde da Família ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada e, ainda, a dificuldade de lidar com a demanda não imediatamente reconhecida como da saúde, provocando nas equipes a sensação de serem pouco resolutivas.

Diante do supracitado, esta micro intervenção tem como objetivo subsidiar uma necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho para que as ações, especificamente o acolhimento na demanda espontânea e demanda programada, aconteçam de forma resolutiva.

METODOLOGIA

A equipe da Unidade de Saúde da Família Maria Rosimere da Silva Aguiar está localizada no distrito Mandaçaia pertencente ao município de Brejo da Madre de Deus , no Estado de Pernambuco. O território abrange área rural, com distância de 196 km do centro da cidade do Recife Capital de Pernambuco. A unidade é responsável por 2880 pessoas, composta pela equipe de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de Saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e seis agente comunitária de saúde.

A organização das demandas, tanto programada quanto espontânea tem sido um desafio constante para profissionais e gestores no município. Um acolhimento humanizado que responda a necessidade dos usuários e que garanta acesso qualificado a uma população de quase 3 mil pessoas.

A micro intervenção foi realizada no período dos meses de setembro e novembro de 2020, foi realizada com a supervisão e apoio do médico da unidade juntamente com a enfermeira e agentes comunitário de saúde.

INTERVENÇÕES IMPLANTADAS

- Oferta de um local arejado, tranquilo, com privacidade e silêncio para realização da primeira escuta do usuário.
- Profissional de saúde qualificado e treinado para realizar o primeiro contato com o usuário.
- Após a identificação dos problemas observados na unidade passamos a realizar reuniões periódicas com a equipe da Unidade básica de saúde (UBS). Para tentarmos solucionar esses problemas.
- Os agentes comunitário de saúde receberam treinamento e capacitação para terem excito no primeiro contato com o usuário e posteriormente direcionar o atendimento de acordo com a necessidade do mesmo.
- Reuniões com toda equipe semanalmente, alinhando pontos que necessitam melhoras para um acolhimento adequado.
- Criamos uma sala para a realização da primeira escuta.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os resultados deste estudo evidenciam uma grande quantidade de atendimentos de demanda espontânea, o que nos mostrou que as estratégias para redução desse quadro, para um melhor atendimento aos pacientes em todos os ciclos de vida, procurando a promoção de saúde e prevenção de doenças, foram realizadas da melhor forma possível, controlando o fluxo de pacientes resultando em qualidade no atendimento dos pacientes.

É importante dar continuidade na organização da demanda espontânea e demanda programada, utilizando ferramentas diversas, permitindo que a população tenha acesso à atendimento de saúde de qualidade, além de permitir o vínculo com o paciente/equipe. Acolher o paciente é necessário, não se pode ignorar este fato. Porém, deve-se acolher de forma organizada para prestar um serviço humanizado e de alta resolução.

REFERENCIAS

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS.** Brasília: MS, p.15-16, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I.** Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.

TESSER, C. D; NETO, P.P; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 3; p.3615-3624, 2010.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. da S. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.9, n.3, p.494-502, 2010.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

INTRODUÇÃO

O crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Assim, o Ministério da Saúde prioriza seu acompanhamento desde o nascimento até os dez anos de idade na atenção básica de saúde, por meio de consulta de puericultura, buscando detectar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança para evitar complicações futuras (BRASIL, 2002).

O crescimento, de um modo geral, é considerado como aumento do tamanho corporal, que cessa com o término do aumento do crescimento em altura. Assim, para avaliar o crescimento infantil é preciso realizar a mensuração e o acompanhamento das medidas antropométricas da criança, tais como: peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico, relacionando-os entre si (FEREIRA; LUCIANO, 2010).

Já em relação ao desenvolvimento, pode ser entendido como mudança e expansão graduais, progresso dos estágios mais simples aos mais avançados de complexidade, surgimento e expansão das capacidades do indivíduo por meio do crescimento, da maturidade e do aprendizado (REICHERT et. al. 2012).

A Unidade Básica de Saúde da Família Maria Rosimere da Silva Aguiar que se encontra localizada no distrito de Mandaçaia, área rural, pertencente ao município de Brejo da Madre de Deus, no Estado de Pernambuco com distância de 196 km do centro da cidade de Recife Capital de Pernambuco. A unidade é responsável por 2.880 pessoas, composta pela equipe de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviço gerais, um motorista de ambulância e seis agentes comunitários de saúde.

Ao ser realizado um levantamento na unidade ficou evidente o problema que existe com a ausência de consultas regulares de puericultura, diante do supracitado, esta micro intervenção vem subsidiar uma necessidade de planejar e organizar o processo de trabalho para que as ações sejam realizadas, especificamente regularização das consultas pediátricas no âmbito das puericulturas, bem como atualização do cartão de vacina.

É importante ressaltar que a equipe de saúde são peças fundamentais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esse acompanhamento realizado no contexto da atenção primária à saúde. Devendo atuar desempenhando ações para identificar precocemente alterações de saúde, direcionando as intervenções para criação e implementação de estratégias para prevenção de doença, manutenção e promoção da saúde, conforme as necessidades das crianças que abrangem a área (LANZILLOTTA, ROCHA, 2011).

OBJETIVO GERAL

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil de crianças de 0 - 12 anos na UBSF Maria Rosimeire da Silva Aguiar no mesmo município de Brejo da Madre de Deus.

Objetivos específicos

- Realizar atividades de educação em saúde na unidade, abordando a saúde materno-infantil de forma participativa com profissionais da saúde e familiares;
- Estimular a equipe a manter atividades de cunho preventivo;
- Estimular os responsáveis da criança, pela busca de informações em saúde, levando a criança para o acompanhamento médico, ainda que saudáveis;
- Detecção precoce de agravos à saúde e seu devido tratamento por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Relação mais próxima dos profissionais de saúde com a população.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado uma revisão literária baseada em artigos disposto no Google acadêmico, livros publicados sobre o assunto, além do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e boletim de produção ambulatorial (BPA) e prontuários na Unidade de Saúde.

O projeto foi desenvolvido seguindo as seguintes etapas:

- Observação da realidade vivenciada na prática do cotidiano de trabalho quanto à ocorrência das consultas de puericultura;
- Realização de reunião para avaliação pela equipe quanto ao quantitativo de crianças na faixa etária 0 a 12 anos;
- Organização por cada Agente Comunitário de Saúde dos agendamentos das crianças para a consulta de puericultura, de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS);
- Enfatizar o “Dia de Puericultura” no cronograma de atendimento da equipe;
- Realização de atendimento padrão Médico-enfermeiro;
- Convite pelos Agentes Comunitários de Saúde aos pais/responsáveis para o dia de atendimento da criança;
- Busca ativa das crianças faltosas pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- Avaliação dos resultados.

INTERVENÇÕES IMPLANTADAS

- Identificação do problema na área de abrangência da comunidade estudada quanto as consultas regulares de puericultura e regularização do cartão de vacina.
- Realizada reunião semanalmente juntamente com os Agentes Comunitário de saúde para coordenar busca ativa na comunidade e assim identificar todas as crianças de 0 a 1 ano de idade que estejam com o cartão de vacinas e as consultas de puericultura atrasadas e posteriormente realizar consultas de puericultura e pô o Cartão de vacinas em dias.
- Palestra em educação e saúde com as mães da comunidade como tema “Importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade”, “Quando iniciar a introdução de alimentos e quais opções nessa descoberta” e “Importância da realização das 7 consultas de puericultura regulares” no primeiro ano de vida.
- Busca ativa das crianças de 1 a 5 anos de idade para averiguação do cartão de vacina.
- Vacinação de todas as crianças que foram encontradas com irregularidade no cartão de vacina.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os resultados alcançados nesse micro intervenção foi que após a realização de eventos na unidade de saúde com a participação da equipe de saúde juntamente com os familiares ficou evidente que a equipe de saúde é responsável por acionar o agente comunitário a realizar a busca ativa das crianças que faltaram a consulta já agendada. A equipe da ESF realiza o acompanhamento das crianças saudáveis ou com qualquer tipo de patologia e o profissional de enfermagem o principal organizador por esta atividade. No cotidiano, a consulta médica segue uma sequência lógica, adquirida na prática, visando assim assistir as crianças de modo que nenhum problema passe despercebido.

A equipe de saúde após constante capacitação faz o acolhimento e/ou acompanhamento da criança e da sua mãe criando assim aos poucos a confiança de ambos. Os profissionais durante questionamentos sobre a saúde da criança observaram a relação da criança com seus parentes, é necessário pedir o cartão da criança mesmo se não tiver nenhuma vacina aprazada para a data da consulta, pois, o mesmo é um documento muito importante visto que possui informações sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, sempre os profissionais devem solicitar e orientaram os responsáveis que o cartão é mais um documento que se deve sempre acompanhar o menor.

Durante consulta sempre é importante estar neste momento com o prontuário da criança em mãos, onde deve conter todas as informações: dados sobre o parto (normal ou cesariano); se após o nascimento precisou ficar em incubadora, chorou no momento do nascimento, com quantos quilos e centímetros nasceu, etc.

Observa-se que se a mãe levar mais de duas crianças para ser consultadas, o profissional deve solicitá-la para consultar uma de cada vez, por mais que a mãe ressalte que o problema que atinge as crianças são os mesmos. O profissional deve prestar bastante atenção o que a mãe

ou o responsável fala, pois por mais que seja corriqueira a queixa, o profissional e saúde médico ou enfermeira precisam dar espaço para que a genitora se sinta valorizada ao falar;

É importante elogiar a genitora quanto à conservação da caderneta da criança, a higienização (unhas cortadas, roupas limpas, couro cabeludo limpo), por ter levado a menor para o acompanhamento mensal.

CONTINUIDADE

Fica evidente o benefício que micro intervenção está sendo alcançado de forma gradativa e colaborativa, visto que tudo que é implantado requer um auto avaliação periódica, tanto para os profissionais quanto para a clientela envolvida, revendo na prática os aspectos negativos de forma que possa sancioná-los com uma prática mais efetiva e precisa. Salientando que as consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde são em torno de 07 no primeiro ano de vida. Logo, o objetivo da ESF é ultrapassar esse número de consultas, sendo 01 consulta por mês, totalizando 12 consultas para um atendimento mais amplo e eficaz.

Tem também a intenção de produção de material educativo que será distribuído pela a equipe da unidade para os responsáveis das crianças que pode ajudar bastante no cotidiano dos profissionais porque visa mostrar a importância da integração entre pais e profissionais na tentativa de detectar precocemente qualquer tipo de patologia que vem atingir a criança.

Os tópicos que estarão no material despertam a curiosidade de muitos pais como, por exemplo: falar sobre higienização assunto para muitos tão simples, porém, quando é explicado o jeito correto de dar banho que é um ato de dar carinho, massagear a criança como também observar alguma mancha ou machucado no corpo da criança etc.

- Devemos fortalecer as atividades de atenção básica para podermos atuar não somente no presente e sim no futuro, por meio da prevenção.
- A equipe tenha autonomia para a realização das atividades necessárias, por meio da detecção do problema, avaliação dos indicadores de saúde, discussão em equipe para formulação de estratégia de intervenção, aplicação do projeto, avaliação e reavaliação dos resultados.
- Atuar junto à comunidade e de uma maneira harmoniosa e complementar, permitindo que a comunidade participe e seja valorizado também o saber popular.
- Apresentar os resultados a equipe gestora para que possam entender quão valioso e necessário é o trabalho e possamos dar continuidade ao trabalho educativo na unidade de saúde.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

INTRODUÇÃO

Os distúrbios de saúde mental ainda são um problema sério e caro em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades, culturas e níveis socioeconômicos. A depressão profunda é o quarto em importância em anos de vida adaptados a uma deficiência e está perto de ser a segunda causa de deficiência em escala global. Dos 450 milhões de pessoas que estimam sofrer de um distúrbio de saúde mental no mundo, menos da metade recebe os cuidados de que necessita. Muitos países de baixa renda eles têm um ou dois psiquiatras para toda a população. Muitos países desenvolvidos 'cortaram' serviços de saúde mental de sistemas de atenção primária à saúde, proporcionando assim menos cuidados, menos dinheiro, menos opções e menos serviços para saúde mental e doença, e pouco ou nenhuma conexão com as necessidades individuais totais de saúde (BRASIL, 2013).

Não há saúde sem saúde mental. A relação entre os componentes físicos e mentais da saúde é múltipla e variada. Os transtornos mentais aumentam o risco de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como contribuem para lesões não intencionais e intencionais. Além disso, muitas condições patológicas aumentam o risco de sofrer de transtornos mentais e essa comorbidade não só complica a busca de ajuda e tratamento, mas influencia o prognóstico (Correia, Barros, Colvero, 2011). A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste âmbito, é relevante a manutenção do portador do transtorno mental no seu território, no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações; e mesmo quando necessárias, que sejam curtas e emergenciais, preservando os vínculos com familiares e rede social (Rosa, Labate, 2005). Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, antes centrada no hospital, passando a ter o foco na família em seu ambiente físico e social. O PSF pode ser traduzido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições devida, ou seja, em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizado (Souza, Rivera, 2010). Portanto, o Programa de Saúde da Família estruturado dentro de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) possibilita a qualificação da assistência à saúde mental, corrobora com a reforma psiquiátrica, com atividades e intervenções fora do ambiente hospitalar, refletindo na dinâmica das famílias que precisam aprender a lidar com a situação da doença mental. Surgem desafios a serem superados a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional, que busca vínculo com o indivíduo e com a comunidade (Souza et. al,

2012).

OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção para facilitar o manejo clínico dos pacientes portadores de transtorno mental na UBS Maria Rosimeire da Silva Aguiar no mesmo município de Brejo da Madre de Deus.

Objetivos específicos

- Manter o paciente da saúde mental no seu cotidiano, evitando ao máximo as internações.
- Envolver os profissionais de saúde, a família e a comunidade no cuidado destes pacientes.
- Organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários do SUS, formando redes com outras políticas públicas – educação, moradia, trabalho, cultura.
- Incentivar e possibilitar a integração de pessoas com doenças mental.
- Apoio e aconselhamento às famílias a partir de um recurso mais acessível.
- Sensibilizar para comportamentos e valores do resto da população.

METODOLOGIA

Na primeira parte, foi utilizada a revisão bibliográfica sistemática, a qual consistiu na leitura de uma infinidade de artigos, documentos e estudos sobre doenças mentais graves, intervenções e, especialmente, a reabilitação psicossocial, obtida por meio de pesquisa sistemática. Ela serviu para ampliar o conhecimento sobre o assunto e acima de todo poder, cria uma estrutura teórica sobre a qual a intervenção proposta.

Após a realização da lista de problemas de saúde e suas prioridades, foi questionado com a equipe de saúde e com a comunidade o principal problema de saúde a ser enfrentado através da realização de uma micro intervenção. O problema que foi ressaltado por praticamente todos os profissionais e moradores da comunidade foi o manejo dos pacientes da saúde mental.

INTERVENÇÕES IMPLANTADAS

- Foi identificado o grupo de pessoas com doença mental que tem algumas necessidades e problemas sociais, familiares, psicossociais, trabalho, etc., especial, diferente da população em geral, e foi trabalhado para que suas possibilidades e oportunidades sejam as mesmas.

- A principal fonte de cuidado e apoio para essas pessoas é o seu familiar, por isso foi realizado um elo com os familiares para suprir a necessidade de apoio para a sua manutenção de acompanhamento e tratamento.

Foi preciso intervir e trabalhar com pessoas com doenças saúde mental não só na área da saúde, mas também da educação e reabilitação, potencializando sua reinserção social. Pra esta reabilitação psicossocial estabeleceu-se apoio da equipe de saúde mental do município. Uma série de atividades, programas e workshops foram realizaos para o desenvolvimento pessoal dos profissionais de saúde e para melhorar sua qualidade de vida, promovendo sua inserção e participação na sociedade.

- Após levantamento do paciente em tratamento de saúde mental foi construído um vínculo com o paciente e sua família, capacitando os familiares no cuidado, com apoio às suas necessidades como transporte no dia da aplicação e entrega de medicamentos.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A importância da intervenção dos profissionais da atenção básica no campo da saúde mental é evidente, e embora evolua, principalmente com implicações do terceiro setor, não será realmente eficaz sem o participação e aceitação de toda a sociedade. Embora você trabalhe para o reabilitação, reintegração, etc., dessas pessoas, se a sociedade as marginalizar, estigmatiza, o trabalho será ineficaz; eles podem ser treinados em habilidades, habilidades, que irão melhorar sua qualidade de vida, sua autonomia ou sua independência, mas eles ainda não serão uma parte "ativa" da sociedade na qual vivemos.

Não é apenas importante trabalhar com eles, para a sua reabilitação e reintegração, é fundamental trabalhar com a sociedade, as palavras que sempre ouvimos: sensibilização, consciência ... que não são meras palavras, mas sejam performances. Devemos trabalhar para erradicar a imagem errada que se tem de pessoas com doenças mentais e suas famílias.

As transformações no modelo de atenção em saúde mental priorizam ações voltadas para inclusão social e autonomia dos pacientes da saúde mental. Contudo, uma breve análise da história da loucura mostra mudanças em paradigmas importantes para a consolidação da psiquiatria, e que o sofrimento psíquico não foi pensado de maneira uniforme nem no mesmo espaço temporal.

É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospital, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa. Assim, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes portadores de transtornos mentais, esse processo ainda é lento, não há uma rede de serviços capaz de suprir toda a demanda. Portanto, ainda são necessárias mudanças na legislação e novas propostas de atenção à saúde mental.

CONTINUIDADE

- Adesão ao tratamento e acompanhamento realizado no CAPS, realizar visitas domiciliares e organizar transporte para os pacientes, ida e retorno, de tal maneira que não tenham oportunidades de mudança na rota.
- Qualidade de vida, melhora do humor e entretenimento, organização de oficinas, hortas comunitárias, artesanato, dança, etc.
- Administração correta das medicações e apoio familiar ao paciente. Realizar grupos familiares para troca de experiências; realizar visitas domiciliares para adequar um cuidador e para acompanhamento do paciente.
- Ocupação otimizada do tempo livre, com respeito às diferenças e às limitações. Conscientização da comunidade que ser diferente não é ruim, é ser simplesmente diferente, de tal maneira a somar com o outro as particularidades.
- Acompanhar o tratamento para que seja realizado com sucesso, acompanhamento dos casos antigos e novos.
- Listar os pacientes e classificá-los conforme riscos. Deixar consultas previamente agendadas e acompanhamento dos casos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com todo estudo realizado e micro intervenções aplicadas fica evidente que as equipes de estratégia de saúde da família devem atuar com empenho para diminuição dos estigmas atrelados à figura da pessoa que necessita da unidade de saúde, seja ela prevenindo, recuperando e promovendo a saúde deste indivíduo em seu processo saúde-doença dentro de seu meio social, favorecendo adesão ao tratamento proposto.

O planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde da população necessita sobretudo de ações educativas sobre as questões que são envolvidas. Para tal, deve promover as ações que visam evitar danos à saúde mental da população, ações que possam proporcionar qualidade de vida das pessoas. Com a implantação deste plano, espera-se que os problemas de saúde poderão ser minimizados e que as pessoas tenham a oportunidade de participar de ações que possam fortalecer a saúde, implicando assim em dias mais frutíferos para a sociedade.

A Saúde da Família serve como um importante articulador da Rede de saúde Mental, centrando o cuidado na família e não nos indivíduos doentes, trabalhando na vigilância a saúde e o enfoque de risco, desenvolvendo atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde. Contudo, a pretensão deste projeto de intervenção é elaborar ferramentas de trabalho para ampliar o cuidado dos profissionais da atenção básica para com as pessoas deste serviço necessitar. Também se deseja poder contribuir com as práticas de saúde educativa, preventiva alcançando assim a efetiva promoção a saúde da população.

É certo que os profissionais de saúde ainda convivem com as dificuldades da superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, e a aplicabilidade da medicina centrada na pessoa. Assim, embora ocorram mudanças no manejo dos pacientes, esse processo ainda é lento.

Fica evidente o benefício que micro intervenção está sendo alcançado de forma gradativa e colaborativa, visto que tudo que é implantado requer um auto avaliação periódica, tanto para os profissionais quanto para a clientela envolvida, revendo na prática os aspectos negativos de forma que possa sancioná-los com uma prática mais efetiva e precisa.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Brasília DF: O Ministério**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental, **Brasília - Brasil**, n. 34, p. 1-173, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS**. Brasília: MS, p.15-16, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p.8, 2010.

Bonfim IG, Bastos EM, Góis CW, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)**. 17(45):287-300, 2013.

Costa, MAR.; Cambiriba, MS. Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.9, n.3, p.494-502, 2010.

Correia, VR.; Barros, S.; Colvero, LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45; n. 6; p. 1501-1506; 2011.

Ferreira, HS; Luciano SCM. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. **Revista Saúde Pública**, v. 44, p (2):377-80, 2010.

Gomes, MCPA; Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

Lanzillotta P, Rocha RP. Análise das habilidades funcionais em crianças em entidades

filantrópicas. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, p (2):121-3, 2011.

Reichert APS, et. al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista RENE**, v 13, p (1):114-26, 2012.

Rosa, WAG.; LABATE, RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13; n.6; p.1027-1034, 2005.

Silveira, LC.; Braga, VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13; n.4; p. 591-595; 2005.

Souza AC, Rivera FJ. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Colet**. 4(1):105-14, 2010.

Souza LG, Menandro MC, Couto LL, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude Soc**. 21(4):1022-34, 2012.

Tesser, CD; Neto, PP; Campos, GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 3; p.3615-3624, 2010.