



**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 EM SAÚDE NA UBS - BELA VISTA II,**  
**MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, ESTADO DO**  
**PERNAMBUCO**

**MARCELO AUGUSTO BANJA BEZERRA CORREIA**

---

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

---

---

MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE NA UBS - BELA VISTA II, MUNICÍPIO DE  
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, ESTADO DO PERNAMBUCO

MARCELO AUGUSTO BANJA BEZERRA CORREIA

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 HELENA PIRES  
ARAÚJO BARBOSA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Ninguém é capaz de produzir saúde sozinho, então agradeço toda a minha equipe e também aos usuários assistidos por fazerem parte da produção de ações de saúde no território.

---

---

Dedico este trabalho a toda comunidade assistida pela UBS - Bela Vista II, pois as ações foram desenvolvidas com o intuito de promover benefícios para saúde desses indivíduos.

---

## **RESUMO**

Este trabalho faz parte do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e foi aplicado na Unidade Básica de Saúde (UBS) – Bela Vista II, no município de Vitória de Santo Antão – PE. Foram aplicadas no território três microintervenções em saúde que abordaram as seguintes áreas temáticas: planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; a abordagem ao câncer na Atenção Primária à Saúde (APS); e atenção à saúde mental na APS. A primeira visou desenvolver um grupo de gestantes para o planejamento de todo o processo de parto e puerpério de forma humanizada. A segunda objetivou promover informação acessível a respeito das principais estratégias de prevenção do câncer de pele na comunidade. A terceira de qualificar a equipe para o acolhimento das usuárias com suspeita ou diagnóstico de depressão. Elas são compostas por objetivo, ações planejadas, resultados obtidos e o plano de continuidade. As microintervenções proporcionaram diversos momentos de conhecimento para a prática de saúde no contexto da APS e os diversos cenários trabalhados mostraram sua complexidade.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	12
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
6. REFERÊNCIAS.....	19

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Vitória de Santo Antão está situado no estado de Pernambuco e fica a cerca de 46 Km da capital Recife. Segundo dados do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) a população estimada do município no ano de 2020 foi de 139.583 pessoas, ficando em 9º lugar dentre os municípios mais populosos do estado. Atualmente de acordo com dados do Cadastro nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) o município contém 201 estabelecimentos que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os serviços que compõe a rede municipal de atenção à saúde e que prestam suporte aos serviços de Atenção Básica (AB) estão os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os Centros de atenção Psicossocial (CAPS), a central de regulação, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o laboratório municipal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o centro de especialidades médicas.

No bairro Bela Vista está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) Bela Vista II que é responsável por uma população de aproximadamente 4.000 usuários adscritos e é o local onde foram aplicadas as microintervenções em saúde do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A equipe multiprofissional da UBS é composta por treze profissionais, sendo estes: um médico, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma Auxiliar em Saúde bucal (ASB).

Foram aplicadas no território de atuação da UBS três microintervenções em saúde que abordaram as seguintes áreas temáticas: planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; a abordagem ao câncer na Atenção Primária à Saúde (APS); e atenção à saúde mental na APS. A abordagem dessas áreas temáticas foi pelo fato de serem os pilares do trabalho da equipe e estarem estreitamente ligadas à qualidade de vida dos usuários assistidos. Os pontos principais dessas áreas que foram abordados são: a preparação da gestante para o momento do parto, as medidas de prevenção do câncer de pele e o cuidado mais direcionado as mulheres que sofrem de depressão.

Cada microintervenção teve um objetivo a ser alcançado. A primeira visou desenvolver um grupo de gestantes para o planejamento de todo o processo de parto e puerpério de forma humanizada. A segunda objetivou promover informação acessível a respeito das principais estratégias de prevenção do câncer de pele na comunidade. A terceira de qualificar a equipe para o acolhimento das usuárias com suspeita ou diagnóstico de depressão.

O trabalho proposto foi construído tendo como base a experiência de três microintervenções aplicadas pela equipe de saúde da UBS- Bela Vista II. Elas são compostas por objetivo, ações planejadas, resultados obtidos e o plano de continuidade. Por fim, foram expostas as impressões pessoais em cada microintervenção como uma forma de aprimorar o trabalho desenvolvido.



## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1**

### **PLANEJAMENTO DE PARTO E PUERPÉRIO, DURANTE A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL**

Na atenção ao pré-natal no contexto da Atenção Básica (AB) as ações estratégicas visam à integralidade da assistência ao binômio, mãe-feto. Dentre as atividades desenvolvidas estão: a educação em saúde, identificação precoce de riscos, a prevenção de complicações e o tratamento de agravos identificados. O cuidado com a saúde das gestantes no território possui uma associação com o perfil social, econômico e cultural da população, visto que a prática de um acolhimento de qualidade é um dos aspectos mais importantes para o fortalecimento do vínculo e efetividade do trabalho em saúde prestado (CUNHA et al., 2019).

O serviço de AB deve ser a principal porta de entrada para o acolhimento as gestantes de sua área de abrangência. Este deve garantir serviços básicos que possam desenvolver um pré-natal de qualidade. Dessa forma, a comunicação entre a gestante e a Unidade Básica de Saúde (UBS) será fortalecida e acarretará em uma melhoria na atenção à saúde desse público (BRASIL, 2013).

Considerado uma das principais estratégias da atenção à saúde da mulher e da criança, o pré-natal é muito importante para a redução do coeficiente de mortalidade materno-infantil. São preconizadas pelo Ministério da Saúde um quantitativo mínimo de 6 consultas de pré-natal e pelo menos uma consulta de puerpério. Para que isso ocorra é importante que exista uma organização de equipe para elaborar uma rotina de atendimentos a esse público e um comportamento ético responsável com a saúde dessa população (BARBIERI et al., 2012).

Na prestação de um cuidado integral à saúde das gestantes é preciso que a equipe possua recursos humanos e materiais adequados para atender. O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê também o desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção, promoção e acompanhamento das gestantes e dos recém-nascidos em todos os níveis de atenção à saúde (BARBIERI et al., 2012).

Os serviços de AB devem promover atividades educativas individuais e coletivas com gestantes, fazendo o uso de uma linguagem clara e de fácil compreensão, tendo como foco os cuidados gerais com a gestação, os cuidados com o recém-nascido, a preparação para o parto, o aleitamento materno e o planejamento familiar. Os parceiros também possuem um papel essencial durante todo o processo gravídico-puerperal e os serviços de saúde devem envolver os parceiros durante todo processo (MAYOR et al., 2018).

O desenvolvimento de ações educativas é primordial para o estreitamento de vínculo com as gestantes e faz parte da humanização do cuidado. Dentre estas ações está a ampliação do acesso ao pré-natal, o transporte adequado em caso de urgência ou emergência, o acolhimento de qualidade, o direito ao acompanhante de sua preferência durante todo o período do parto e o direito de conhecer o local onde vai ocorrer o parto (NASCIMENTO et

al., 2018).

A preparação da gestante para o parto normal é uma prática que deve ser levada em consideração durante todo o acompanhamento de pré-natal. A preparação física, emocional e o autocontrole desenvolvido durante o pré-natal será colocado em prática no momento do parto e assim a equipe deve prestar uma assistência médica de qualidade, levando em consideração os diversos aspectos subjetivos envolvidos nessa fase da gestação, tais como as questões socioeconômicas, culturais e psíquicas (RIBEIRO et al., 2015).

A compreensão dos diferentes aspectos que estão relacionados ao processo do parto é muito dependente de um trabalho de qualidade durante o pré-natal. As gestantes precisam aprender sobre o seu corpo, tanto os aspectos fisiológicos, quanto os fatores emocionais envolvidos e muitas vezes as informações são reforçadas para sejam recebidas e compreendidas sua importância. O seguimento das orientações é bastante individual e depende de um comprometimento e das gestantes envolvidas nesse processo (RODRIGUES et al., 2018).

As equipes de saúde devem trabalhar incentivando o parto ativo, que é considerado um tipo de parto conduzido fisiologicamente em que os instintos da mulher são prioridades. Quando a mulher fica livre para escolher a melhor forma de trazer o seu filho ao mundo ela segue muito os seus instintos nas diferentes fases do parto, sendo que ela encontrará a forma mais confortável para gerar o seu filho. Na realização do parto ativo as posições verticais possuem um papel de destaque, devido à pressão que é exercida na cérvix uterina, a menor compressão de nervos pélvicos e melhor circulação placentária, outro fator contribuinte é a gravidade que influencia positivamente nas contrações uterinas (RODRIGUES, et al., 2018).

Torna-se essencial uma maior aproximação da gestante com o profissional de saúde no momento de decidir a via de parto que será utilizada. Na prestação de um cuidado mais integral o profissional de saúde deve escutar sem julgamentos a usuária, esclarecer quaisquer dúvidas existentes e manter um vínculo de confiança. Em um estudo qualitativo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Silva, Prates e Campelo (2014) entrevistaram 12 gestantes no período de março a junho de 2010 e identificaram a preferência pelo parto normal em relação à cesariana. Entre os relatos das mulheres está o medo do procedimento cirúrgico-anestésico, a recuperação rápida do parto normal, a influência da família e experiências exitosas anteriores com parto normal.

Melchiori et al. (2009) desenvolveu um estudo quantitativo e qualitativo em uma cidade do interior paulista em que investigou a preferência de 40 gestantes em relação ao tipo de parto e identificou uma preferência de 75% em relação ao parto normal, com a justificativa de ser melhor para a saúde da mãe e do filho. As influências dos familiares foi algo muito marcante nesse estudo e determinou a preferência dessas mulheres, outro aspecto colocado foi o suporte dos profissionais de saúde em relação às questões emocionais presentes nesse

momento de uma decisão tão importante. No geral o estudo deixa claro que ainda existe uma necessidade de um melhor esclarecimento a respeito dos tipos de parto e os mitos que estão relacionados.

Na UBS o acompanhamento de pré-natal possui várias facilidades como a garantia de acesso na realização de exames básicos do pré-natal, a disponibilidade de profissionais para acompanhamento e a quantidade de insumos adequados (caderneta da gestante, sonar, gestograma, testes rápidos, vacinas e suplementação complementar). Nossas principais dificuldades na prestação do cuidado com as gestantes são: a distância de algumas microáreas, o início tardio do acompanhamento de pré-natal, a baixa escolaridade das gestantes, deficiência na contra-referência dos casos encaminhados para o atendimento de alto risco e as dúvidas em relação ao parto.

Atualmente o pré-natal realizado na UBS é estruturado com a primeira consulta de pré-natal e depois consultas intercaladas entre médico e enfermeira, sem nenhum outro grupo de discussão e interação entre os profissionais e as pacientes. Durante as consultas, as gestantes tiram suas dúvidas e muitas vezes não é possível prolongar o assunto por decorrência da limitação do tempo da consulta individual e recentemente com a mudança na legislação que tornou opcional à mulher escolher a via de parto, se faz necessária uma melhor orientação.

Em discussão com a equipe, concordamos que esse momento não caberia em consultas individuais, sendo necessário o planejamento e implantação de um grupo de gestantes para um melhor planejamento do parto e puerpério. Então o objetivo principal dessa microintervenção no território foi desenvolver um grupo de gestantes para o planejamento de todo o processo de parto e puerpério de forma humanizada. As principais justificativas para a realização da microintervenção é a baixa escolaridade das gestantes acompanhadas e o não seguimento de orientações das consultas de pré-natal, fato relatado pela maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outro ponto está sendo a interferência da pandemia do Covid-19 no acompanhamento de pré-natal, que vem proporcionando uma negligência das gestantes acompanhadas quanto à busca por atendimento em situações de urgência obstétrica, na realização dos exames básicos e na adoção de medidas preventivas do covid-19.

A microintervenção teve como princípio de levar informações as gestantes sobre as principais estratégias de cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal e solucionar as diversas dúvidas existentes sobre o processo de parto. Devido a pandemia do covid-19 foram suspensas as atividades coletivas na UBS, então foi desenvolvido um folder informativo que contém as orientações sobre o papel da gestante na decisão sobre o parto e o incentivo ao parto humanizado. Durante os atendimentos médico e de enfermagem foram distribuídos os folders e reforçado as suas orientações para as gestantes e informado que as medidas preventivas do covid-19 devem ser adotadas para os demais membros da família. Dentre as ações preventivas da covid-19 estão o uso correto de máscara, o incentivo a evitar aglomerações, a lavagem

adequada das mãos e uso do álcool para a limpeza de objetos e superfícies.

Com o desenvolvimento da microintervenção esperamos que as parturientes façam a escolha da via de parto de forma consciente após conhecer aspectos importantes sobre o assunto e que seja a melhor escolha pensando em sua própria saúde e também na de seu filho; que processo de parto seja algo muito natural tanto para a mãe quanto para o recém-nascido; que as puérperas sejam mais assíduas às consultas de revisão do parto desenvolvidas pelo médico e enfermeira e que as gestantes tenham menos complicações durante a amamentação devido ao seguimento das orientações no grupo e durante os atendimentos. Após o período de pandemia, espera-se que possam ser desenvolvidos encontros coletivos em que as gestantes tenham uma troca de experiências e esclarecimento das dúvidas existentes sobre todo o processo de parto.

### **3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2**

#### **ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE NA COMUNIDADE**

Dentre os diferentes tipos de câncer, o de pele é mais incidente no Brasil, principalmente em indivíduos com mais de 40 anos. Os principais fatores de risco que estão associados ao surgimento desse tipo de câncer são a cor da pele, o tempo de exposição aos raios solares e o uso contínuo de imunossuppressores. O câncer de pele geralmente está dividido em melanoma e não-melanoma, o primeiro é o mais agressivo e possui um maior índice de mortalidade e o segundo é o com maior incidência no Brasil (PIRES et al., 2017).

Existe uma importância em relação à educação da população sobre a prevenção da exposição prolongada aos raios ultravioleta. As medidas voltadas para uma mudança de comportamento são responsáveis por proporcionar uma menor incidência de sinais sugestivos da doença, tais como a utilização de filtros solares, roupas com proteção ultravioleta e a não exposição ao sol em horários de maior incidência. Outra estratégia que tem sido estudada em relação à prevenção do câncer de pele é a quimioprofilaxia em que a aspirina em baixa dose, em até 150 mg/dia, têm se mostrado eficaz na profilaxia primária (ROSSI et al., 2018).

O fato da Atenção Básica (AB) ser a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), seu papel em relação à detecção precoce do câncer de pele é responsável pela maior identificação dos casos. Essa detecção envolve as ações direcionadas de rastreamento de casos e o diagnóstico precoce em tempo oportuno. O rastreamento é um método que visa à identificação da patologia em indivíduos assintomáticos, já o diagnóstico precoce é voltado para indivíduos que possuem a doença em sua fase inicial e com isso detém um melhor prognóstico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os serviços de saúde possam ofertar de forma oportuna o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos confirmados (SANTOS, 2017).

No território onde atuo é muito comum o surgimento de casos suspeitos de câncer de pele. Devido ao elevado número de usuários que trabalham expostos ao sol e o fato de muitos já possuírem mais de 40 anos, o que contribui para o surgimento desse tipo de câncer. Quando o paciente apresenta alguma suspeita, risco ou diagnóstico de câncer de pele é encaminhado para a secretaria de saúde, em que são regulados para o especialista ou serviço de referência para acompanhamento. As dificuldades enfrentadas estão relacionadas ao longo período de espera para a marcação, em média de 30 a 60 dias e a negligência dos usuários em relação aos sinais sugestivos de câncer, fato que prejudica muito o prognóstico do paciente.

Durante os atendimentos médicos realizo uma avaliação muito direcionada às lesões de pele dos pacientes, pelo fato desse câncer ser frequentes no território. Além disso, desenvolvemos salas de espera e orientações individuais a respeito das formas de prevenção, como o uso de roupas longas, chapéu, protetor solar, hidratação e cuidados gerais com a pele. Além de ações voltadas ao câncer de pele, desenvolvemos atividades voltadas à prevenção do

câncer de mama e de próstata, através de ações coletivas e participação dos usuários. Acredito que a informação é a melhor forma de conscientização da população e disseminação de conhecimento sobre os exames básicos de rastreamento e as práticas saudáveis que previnem os diferentes tipos de câncer.

Durante o período de pandemia as atividades coletivas foram suspensas, então o desenvolvimento da microintervenção teria que se adequar as normas sanitárias vigentes. Foi passado para a equipe, o tema da prevenção do câncer de pele na comunidade e diante da importância de produzir uma ferramenta informativa à microintervenção teve como objetivo principal promover informação acessível a respeito das principais estratégias de prevenção do câncer de pele na comunidade.

Dentre as ações que foram desenvolvidas está a produção de um vídeo educativo em que aborda os principais sinais sugestivos de câncer de pele, quais as formas de prevenção e o serviço de referência para o diagnóstico. Esse vídeo foi amplamente divulgado na comunidade através dos grupos de whatsapp que os ACS possuem em cada microárea e também reforçamos as orientações durante os atendimentos.

A abordagem do câncer de pele na comunidade está muito associada à negligência dos sinais sugestivos da doença, assim como das medidas de prevenção que podem ser adotadas. A informação passada é sempre muito importante, mas é necessário que a equipe observe a mudança de postura das pessoas, pois não é só ter esse conhecimento, é necessário por em prática. O câncer de pele possui essa magnitude no Brasil principalmente pelo fato dos usuários serem assintomáticos e buscarem por atendimento quando a doença está em um nível bastante avançado. Dessa forma os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na rede básica, devem proporcionar meios de incentivar a população na busca por atendimento nos casos suspeitos, pois o tratamento pode ser mais efetivo. Outro ponto que merece destaque é a capacitação dos profissionais de saúde em está sempre aprimorando o conhecimento e colocando-o em prática durante a atuação no serviço. Visto que, as ações voltadas para a prevenção de casos ainda permanece como o meio mais eficaz de evitar o surgimento do câncer de pele.

A proposta da microintervenção é muito importante e este tema ainda precisa de mais ações voltadas para prevenção. Futuramente as atividades podem ser estendidas para as empresas que possuem serviços que proporciona longos períodos de exposição solar dos seus funcionários, pode ser desenvolvido um dia de mutirão voltado aos cuidados com a pele e que seja elaborado mais capacitações com os ACS, tendo a finalidade de orientar melhor a população e identificar precocemente as afecções de pele mais comuns e que necessitam de uma melhor avaliação de um profissional de saúde. Esses profissionais, por terem um maior contato com a população, são considerados o melhor veículo de comunicação do serviço de saúde e precisam disponibilizar informações baseadas na literatura e em uma linguagem que

possa ser acessível. A população precisa também do conhecimento a respeito da finalidade do serviço e que as ações preventivas são importantes, tão quanto às ações de tratamento, visto que o fato do câncer de pele ser na maioria das vezes indolor o usuário não busca pelo atendimento.

A rede de atenção à saúde também deve está preparada para atender ao usuário com suspeita em todos os níveis de atenção. Então, o município deve dispor de serviço especializado que preste um atendimento resolutivo e humanizado. O tratamento do paciente também deve ser garantido de forma integral e o mais rápido possível, assim os profissionais da AB devem acompanhar todo esse processo e disponibilizar um suporte adequado para o usuário e sua família.

#### **4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3**

##### **APRIMORAMENTO DO ACOLHIMENTO DA MULHER COM DEPRESSÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

O Acolhimento ao paciente remete a qualidade do atendimento e resolutividade dos problemas de saúde recebidos na demanda da Unidade. Desta forma, o aprimoramento desse serviço, torna relevante a revisão de métodos de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo entre usuários, familiares e profissionais, e garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde (PINHEIRO, 2010).

Muitos serviços não possuem um horário programado para atendimento ao público de saúde mental. Logo, seguindo essa estrutura, não garantem o acesso qualificado de muitas usuárias, que possuem queixas inespecíficas associadas várias vezes a alterações do humor e do comportamento, no momento da triagem inicial. Das alterações do humor, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente em mulheres. As dificuldades para o diagnóstico incluem a escassez de recursos e de profissionais treinados, além do estigma social associado aos transtornos mentais. Outro problema é a avaliação imprecisa, na qual muitas vezes há um subdiagnóstico (BRASIL, 2013).

A depressão é apontada como um dos transtornos mentais mais frequentes ao redor do mundo. De um modo geral, é caracterizada pela presença de humor deprimido, com a presença de choro e tristeza, sentimentos de desvalia, inutilidade e culpa, falta de motivação e interesse para realizar as atividades cotidianas e dificuldade para tomada de decisão. Podem surgir ainda, alterações corporais, com o aumento ou diminuição do peso, alterações no sono, redução da autoestima, entre outros, causando prejuízos na vida dos indivíduos e de suas famílias. A quantidade, intensidade e a duração desses sintomas indicarão se o episódio depressivo é leve, moderado ou grave, o que impacta diretamente no modo de tratamento. (CARDOSO, 2017 / GONÇALES; MACHADO, 2007).

O acolhimento da mulher com sintomas depressivos na Unidade Básica de Saúde (UBS) é de certa forma, deficiente, pois, o desarranjo da equipe e a falta de um horário específico para a saúde mental dificultam o atendimento resolutivo para este grupo.

De um modo geral, essas pacientes apresentam-se poliqueixosas e como o foco fica restrito ao aspecto somático, o retorno para tratar somente dos sintomas e não a causa do problema, levam ao retorno frequente da paciente até ao serviço de saúde. Considerando que há pouco treinamento dos profissionais de diferentes áreas e que o acolhimento é realizado desde a chegada do usuário a unidade, é de suma importância que os diferentes profissionais sejam treinados e capacitados para o correto manejo dos casos. Soma-se a isso, a ausência de programas de esclarecimentos à população sobre o transtorno, o preconceito da família, o não reconhecimento da pessoa do seu real problema e a não adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterápico.

A microintervenção desenvolvida no UBS - Bela Vista II teve como objetivo principal a qualificar a equipe para o acolhimento das usuárias com suspeita ou diagnóstico de depressão. Dentre os objetivos específicos, elencamos: capacitar a equipe, sobre acolhimento e saúde mental; analisar os conceitos dos profissionais acerca do acolhimento; estimular a reflexão e discussão sobre o tema entre os profissionais; propor uma nova estratégia de acolhimento; e aproximar os dispositivos da rede de Atenção à Saúde Mental para melhor resolutividade dos casos de mulheres com depressão.

O trabalho de intervenção em saúde desenvolvido voltou-se principalmente para a equipe de saúde que atua diretamente com o público alvo, que são as mulheres na faixa etária dos 35 aos 45 anos que buscam o serviço por algum outro motivo, mas que apresentam alguma suspeita ou diagnóstico de depressão. O cronograma de ações baseou-se em três momentos: no primeiro foi realizada uma oficina com a equipe para discutir a Política Nacional de Humanização (PNH), de forma a qualificar a equipe e a partir, daí foi levantado o novo formato de acolhimento e escuta qualificada a serem implantados na Unidade; no segundo elaborou-se um fluxo de atendimento específico para mulheres com sintomas ou diagnóstico de depressão que abrangesse a equipe da UBS, NASF e CAPS; e no terceiro, foi elaborada uma programação de palestras para discussão do tema com as usuárias e familiares, de acordo com a realidade do serviço.

Os encontros com a equipe contou com a participação principalmente dos ACS, estes que possuem um maior contato com as usuárias e uma maior afinidade com a realidade das mesmas. A oficina inicial foi ministrada pela enfermeira e teve a minha contribuição para o aprimoramento desse acolhimento humanizado no serviço. Nesse encontro, apresentei a proposta de microintervenção e mostrei o quanto é importante à contribuição da equipe para a sua concretização e na oferta de uma melhor qualidade de vida para as usuárias. O segundo momento foi elaborado, juntamente com a enfermeira, um fluxo de referência e contra referência dessa usuária no serviço de atenção a saúde mental do município, para isso, procuramos manter uma estratégia de melhor comunicação com os profissionais do NASF e do CAPS, de forma que essa usuária fosse assistida integralmente.

No último momento da microintervenção foi realizada uma reunião de equipe em que programamos a desenvolvimento de ações educativas no próprio ambiente da UBS e também no território durante as visitas domiciliares. Os temas propostos nas atividades foram: o manejo da depressão na Atenção Básica, os sinais que podem indicar a suspeita de depressão, a importância das relações sociais para o cuidado e os serviços da UBS e do município vem ofertando para o cuidado das mulheres com suspeita ou diagnóstico de depressão.

Dentre os principais resultados alcançados com a microintervenção está a participação ativa da equipe no desenvolvimento das ações. Isso ocorreu devido à explicação que ocorreu no primeiro momento e a sensibilização a respeito de importância do tema, pois a

microintervenção não foi imposta ao grupo, mas foi discutida e construída com a participação de todos. Visto que, quando as usuárias chegam até o serviço já percebem a diferença, pois a escuta qualificada foi bastante discutida nos encontros e está fazendo parte da rotina de todos os profissionais da UBS.

O acolhimento de mulheres com sintomas depressivos, já é o início da base terapêutica, quando as mesmas procuram a UBS. A PNH contribui como referência que possibilita unir teoria e prática, através de processos de amparo e auxílio a essas usuárias pelo trabalho da equipe.

Foi compreendido que a atenção e a escuta, além de fortalecer o elo entre a usuária e a equipe, devem ser consideradas como a “porta de entrada” das pacientes com rebaixamento do humor. A assistência contínua a essas mulheres deve estar integrada no dia-a-dia, como consequência das relações de humanização propostas pela PNH.

Esta microintervenção contribuiu com a qualificação da equipe da UBS-Bela Vista II, através do incentivo a prática da PNH e da educação permanente, assim como atualizações em Saúde Mental e Saúde da Mulher. Com o seu desenvolvimento identificou-se a necessidade de mudanças sobre a atuação dos profissionais e suas implicações para o cuidado das usuárias e seus familiares, que buscam o serviço com suspeita de depressão.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções proporcionaram diversos momentos de conhecimento para minha prática como médico da família. Os diferentes cenários trabalhados mostraram o quanto a Atenção Básica é complexa e dependente de determinantes sociais que nem sempre estão ligados diretamente à saúde. O trabalho da equipe foi um subsídio importante para a concretização desse projeto, do qual o profissional deve usufruir para o desempenho de um bom trabalho, pois não é fácil desenvolver ações educativas em um ambiente complexo e dependente de diversos “atores sociais”.

No desenvolver das ações surgiu a necessidade de uma orientação presencial da tutoria como um suporte para passar segurança e motivação das ações de forma mais eficiente. Esta ocorreu geralmente de modo virtual. Existe também, uma grande necessidade da equipe abraçar nossas propostas de intervenção, pois assim que ela vai sair do papel e produzir saúde para a comunidade. Diante disso, aprendi a lidar com diversas opiniões, muitas vezes divergentes, mas a discussão em equipe buscou decisões que se tornaram a base para o planejamento das microintervenções.

A proposta de desenvolver três microintervenções no território é muito interessante pelo fato de ampliar a atenção a vários grupos populacionais diferentes que estão inseridos na comunidade. Os benefícios para a população foram muito importantes, a exemplo das ações educativas que produziram conhecimento, durante a atividade voltada à promoção de informações as gestantes sobre as principais estratégias de cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal e a solução de dúvidas sobre o processo de parto. A ideia de produzir mais de uma microintervenção também possui certa fragilidade, pois o fato de serem muitos os profissionais envolvidos pode levar a perda de foco no cumprimento de todas as propostas.

Uma alternativa de manter a continuidade da microintervenção seria eleger um problema principal do serviço para ser monitorado. Dessa maneira, o tempo para as ações seriam maiores e o planejamento mais amplo, e não voltado apenas para a programação operativa. Considero a falta de avaliação das microintervenções no campo de atuação uma falha que deve ser revista, pois esta é uma forma de verificar os principais pontos que necessitam ser melhorados durante o processo de trabalho e ressaltar os aspectos que estão apresentando resultados satisfatórios.

## 6. REFERÊNCIAS

BARBIERI, Â. et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**, v. 24, n. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº32, 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, L.R.D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia argumento**, v. 29, n. 67, 2017.

CUNHA, A.C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 447-458, 2019.

GONÇALES, C.A.V; MACHADO, A.L.. Depressão, o mal do século: de que século?. **Rev. enferm. UERJ**, p. 298-304, 2007.

MAYOR, M.S.S.; et al. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 91-100, 2018.

MELCHIORI, L.E.; et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em psicologia**, v. 13, n. 1, 2009.

NASCIMENTO, J.S.; et al. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.

PINHEIRO; M. Projeto de intervenção: Acolhimento como diretriz operacional no centro de atenção psicossocial (CAPS) José Carlos Souto, Recife; 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

RIBEIRO, J.P.; et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Espaço para Saúde**, v. 16, n. 3, p. 73-82, 2015.

RODRIGUES, F.R. et al. Pré-natal humanizado: estratégias de enfermagem na preparação para o parto ativo. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, n. 10, p. 89-100, 2018.

SILVA, S.P.C.; PRATES, R.C.G.; CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.