



**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 REALIZADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
SANTA TEREZINHA NO MUNICÍPIO DE MACHADOS, ESTADO DE  
PERNAMBUCO.**

**MARIA JOSE DE ARAUJO CAVALCANTI**

---

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

---

---

MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA  
TEREZINHA NO MUNICÍPIO DE MACHADOS, ESTADO DE PERNAMBUCO.

MARIA JOSE DE ARAUJO CAVALCANTI

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  
ARAUJO BARBOSA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço a Deus por me dar forças para enfrentar o desafio de buscar essa experiência nova, de depois de quase trinta anos trabalhar no mesmo município, partir para outro cenário totalmente diferente, dentro do programa mais médicos.

Agradeço a equipe da UBS Santa Terezinha, da cidade de Machados-Pernambuco e a Coordenação local pela acolhida e participação nas atividades propostas por mim.

Agradecimento especial a Minha filha Gabriela, médica integrante do programa mais médicos por dois anos, que me incentivou a fazer inscrição e encorajou a vencer os novos desafios.

---

---

Dedico este trabalho de conclusão de curso a população da cidade de Machados, em especial os integrantes da área de cobertura da UBS Santa Terezinha.

---

## **RESUMO**

Esse trabalho de conclusão de curso relata as microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha, no município de Machados, estado de Pernambuco. As microintervenções tiveram como tema o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada; O rastreamento do câncer de mama; Atenção à saúde do idosos. Os 3 temas foram escolhidos com a intenção de resolver demandas que se mostravam como entraves no funcionamento da UBS. Para realização das microintervenções foram realizadas reuniões visando a identificação de problemas e adequação de atividades, sensibilização da equipe, discussões com pessoas da comunidade. Algumas resistências por parte de integrantes da equipe foram contornadas. Encontramos no percurso um empecílio indesejado, visto que a pandemia pelo novo coronavírus não permitiu a realização de todos os objetivos. Contudo, com as microintervenções houve melhorias na organização do acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada; no rastreamento do câncer de mama com a utilização do livro de registro, a realização do exame físico das mamas, embora as mamografias tenham sido pouco disponibilizadas; e na atenção à saúde do idoso, destaca-se que os idosos avaliados se sentiram empoderados e orgulhosos pelo uso da caderneta do idoso.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1</b>	<b>8</b>
<b>RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2</b>	<b>11</b>
<b>RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3</b>	<b>14</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>18</b>

—

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Machados localiza-se na Mesoregião do Agreste Pernambucano, tem uma extensão territorial de 60,036 km<sup>2</sup> e tem uma população estimada de 16.321(2020). A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha é uma das cinco unidades básicas do município. Sua área de cobertura contempla uma população de mais ou menos 1800 habitantes, população carente com vários problemas sociais.

Além das unidades básicas de saúde, integram a rede de saúde local, um hospital municipal, e um centro de reabilitação com fisioterapeuta, nutricionista e psicólogos.

A equipe é formada por 01 médico, 01 Enfermeiro, 01 odontólogo, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 recepcionista, 01 motorista e 05 agentes comunitários de saúde. A UBS tem estrutura física não muito adequada, o que dificulta a realização de algumas atividades coletivas. Porém, quando é necessário, utiliza-se algumas estratégias para melhor acomodar os usuários, como tenda, escola vizinha, entre outros.

Este Trabalho de Conclusão de Curso é composto de 3 microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha do Município de Machados, Estado de Pernambuco. Elas tiveram como objetivos: promover melhorias no atendimento à demanda espontânea e à demanda programada; Realizar ações de educação em saúde sobre câncer de mama; Promover melhorias na atenção à saúde do idoso na UBS Santa Terezinha, em Machados-Pernambuco. Os próximos capítulos contêm a descrição das microintervenções realizadas.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério de Saúde e do governo Federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social(2013, Caderno de Atenção Básica).

A atenção Primária à saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. O primeiro contato refere-se a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde; e a atenção básica independente de, isoladamente, oferecer à atenção integral, pode solucionar grande parte dos problemas de saúde da população.

Acolher, expressa uma atitude de aproximação, de estar perto, um ato de inclusão. E essa atitude implica em relações com base na empatia, portanto, é uma diretriz ética da Política de Humanização do SUS. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A política de Humanização do SUS estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes práticas, desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si(2013, Política nacional de Humanização).

Os atendimentos realizados na UBS Santa Terezinha, em Machados, estado de Pernambuco, são em sua grande maioria decorrentes de demanda espontânea, sendo agendadas consultas do pré-natal, puericultura, hiperdia, coleta de citológico, pacientes em tratamento de tuberculose e hanseníase. Percebe-se a falta da estruturação de uma bom acolhimento, apesar das tentativas de respostas rápida ao atendimento dos usuários que chegam a unidade de saúde. Ainda com o velho modelo de acesso, através da ordem de chegada e filas.

A UBS Santa Terezinha tem uma estrutura física não muito adequada, com uma recepção pequena, sem propiciar conforto aos usuários. O acolhimento feito sem condições de privacidade, sem um espaço físico adequado. Apesar de por inúmeras vezes tentarmos sensibilizar o governo municipal quando a melhora da estrutura física da unidade não obtivemos êxito.

Os atendimentos odontológicos seguiam marcados através dos agentes comunitários de saúde, com uma cota fixa por microárea, sem uma ausculta inicial por parte da equipe de saúde bucal.

O objetivo maior seria organizar o atendimento da demanda espontânea de forma a não só acolher o usuário para garantir o atendimento procurado, mas avaliar prioridades levando



em conta, as queixas no momento, dificuldade de locomoção, distância entre a residência e a unidade de saúde, vulnerabilidade social e outras necessidades. Ou seja, tratamento humanizado e com respeito a cada indivíduo. Além de encontrar soluções no que se refere ao espaço, oferecendo conforto ao usuário e a equipe para um atendimento de qualidade.

Outra questão bem importante para o êxito das ações é a necessidade de sensibilização dos trabalhadores da saúde para entender a necessidade de mudar padrões de comportamentos adquiridos há muito tempo.

Após reunião com a equipe com o objetivo de determinar novas práticas diante da consciência da importância da organização do acolhimento da demanda espontânea, como também da agendada, alguns pontos foram elencados:

1. Utilizar o consultório da enfermagem no início do turno para melhorar as condições da ausculta,
2. sensibilizar e orientar pessoal da recepção para identificar as prioridades, e necessidades especiais( idosos, queixas agudas, dificuldade de locomoção, vulnerabilidade social, entre outras)
3. utilizar a proposta de classificação de risco sugerida pelo caderno de atenção básica,
4. encaminhar as urgências e necessidades de atendimento odontológico para a equipe de saúde bucal,
5. verificar, de rotina, alguns parâmetros( sinais vitais, glicemia capilar, oximetria), de acordo com história do paciente para identificar necessidade a prioridade na ordem de atendimentos,
6. identificar pacientes com sintomas respiratórios, ou sinais de doenças infecciosas por conta do risco de contaminação de outros pacientes.
7. observar as reações dos usuários e necessidade de adaptações no acolhimento,
8. realizar reuniões sistemáticas para avaliar o efeito das intervenções, entre outras questões.

Após alguns dias do início das alterações no acolhimento, observamos que a maioria da equipe demonstrou uma boa aceitação se mostrando colaborativa. Uma minoria apresentou resistência as mudanças, sem contudo alterar o processo. A funcionária da recepção foi bastante receptiva, fato que já faz com que grande parte dos entraves fossem afastados.

O hábito dos usuários chegarem muito cedo, ficar em filas, para garantir os primeiros lugares na ordem de atendimento, fez com que alguns se mostrassem insatisfeitos, e manifestassem suas críticas. Porém com o passar dos dias observaram que não precisavam mais fazer aglomerações em frente a unidade de saúde para serem os primeiros porque os critérios de prioridades mudaram. Porém a avaliação geral foi positiva.

As marcações por cotas, na saúde bucal, pelos agentes de saúde foram modificadas, e em reunião determinado que seria reservado parte dos atendimentos para a demanda espontânea, e essa demanda seria acolhida pela equipe específica para ausculta inicial.

A sala de vacina permanece com atendimento livre e imediato, com ou sem

agendamento, até porque, neste momento de pandemia pelo covid 19, as coberturas vacinais não estão satisfatórias. Sendo identificada a necessidade de um porta a porta, imediato para correção deste quadro. Foi sistematizado horário, transporte, e disponibilidade das vacinadoras, alternando atividades para a unidade sempre estar com a sala de vacina disponível.

Alguns parâmetros foram criados para a necessidade das visitas domiciliares, incluindo disponibilidade de transporte, com o cuidado de evitar saída frequente dos profissionais e acúmulo de usuários a espera de atendimento.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres de colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País. (Caderno de Atenção Básica- Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama,2013).

O Câncer de mama é o segundo tipo que mais acomete brasileiras, representando 20,9% de todos os cânceres que afetam o sexo feminino ou 29,7%, excetuando-se o câncer de pele não melanoma.(Outubro Rosa-2020-INCA)

De acordo com SIM(Sistema de Informação sobre Mortalidade) em 2018, o número de mortes por câncer de mama no Brasil foi de 17.763 mulheres e 189 homens. A estimativa de novos casos em 2020 foi de 66.280(2020-INCA)

As Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, apresentam as atuais recomendações para diagnóstico precoce e restreamento. A elaboração das Diretrizes se baseou em ampla e rigorosa revisão sistemática da literatura e devem orientar os profissionais de saúde em suas práticas clínicas.(<https://www.inca.gov.br>).

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para redução do estágio de apresentação do câncer. Nesta estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de referência para investigação diagnóstica. São considerados sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama e de referência urgente para a confirmação diagnóstica:

- qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos,
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual,
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.
- descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
- presença de linfadenopatia axilar.
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
- Retração na pele da mama.
- Mudança no formato do mamilo (<https://www.inca.gov.br>)

Por muito tempo considerou-se o autoexame uma estratégia para diminuir quadros de tumores de mama avançados, porém ao final da década de 1990 foi observado que o mesmo não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A orientação mais atual é que a mulher conheça suas mamas e observe as mudanças em vários momentos do ciclo de vida e fique atenta a modificações e pequenas alterações mamárias suspeitas. Não é necessário aprender técnicas de autoexame ou ter um calendário programado para o exame, mas aproveitar as situações do cotidiano para palpar suas mamas, seja no banho, na troca de roupas ou qualquer outra situação.

A prática de atividade física e de alimentação saudável, com manutenção do peso corporal adequado, estão associadas a menor risco de desenvolver câncer de mama: cerca de 30% dos casos podem ser evitados quando são adotados esses hábitos. A amamentação também é considerada um fator protetor (<https://www.inca.gov.br/campanhas/cance-de-mama/2020/outubro-rosa-2020>).

São fatores de risco para o câncer de mama: Idade (sobretudo a partir dos 50 anos), menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos), primeira gravidez após 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal pós menopausa, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo e história familiar (mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos).

O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos em tempo oportuno. Prioridade na marcação de exames deve ser dada as mulheres sintomáticas, que já apresentam lesão palpável na mama ou outro sinal de alerta. (<https://www.inca.gov.br>).

O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia que deve ser dirigida às mulheres na faixa etária e periodicidade em que há evidência conclusiva sobre a redução da mortalidade por câncer de mama e no qual o balanço entre benefícios e danos a saúde dessa prática é mais favorável. Os potenciais benefícios do rastreamento bienal com a mamografia em mulheres de 50 a 69 anos são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. (<https://www.inca.gov.br>).

A UBS Santa Terezinha em Machados, até então, na abordagem do câncer, tem suas atividades voltadas para coleta de material para rastreamento do câncer do colo uterino. Quanto ao câncer de mama, realizamos algumas atividades educativas voltadas para campanha do outubro rosa. O quantitativo de mamografias são bem pequenos, e não há uma programação, com vista as prioridades. As solicitações são feitas durante as consultas médicas de rotina. Não existe uma sistemática regular para os exames das mamas no momento da consulta. Muitas mulheres são contempladas com as mamografias anualmente em detrimento de outras que deixam de ter acesso ao exame.

Em reunião com a equipe, tentamos fazer uma programação de atividades educativas a serem iniciadas não agora, por conta da pandemia pelo coronavírus, mas logo depois que estivermos numa situação mais confortável, sem expor a população a um maior risco. No momento optamos por fazer orientações no momento dos diversos atendimentos (consultas médicas ou da enfermeira, vacinas, etc).

Outra observação feita é que não existe na unidade um livro de registro das mamografias solicitadas, feitas e resultado das mesmas. Implatamos então um livro de registro para as mamografias; e para priorizar as pacientes que tem maior risco de câncer de mama, resolvemos fazer um questionário sobre os fatores de risco para as pacientes que procuram nossos serviços e que contenha o ano da última mamografia no caso das que estão na faixa etária indicada para o exame.

Infelizmente diante do período de final do ano, mudanças de gestão municipal, pandemia, algumas resistências por parte de alguns profissionais não conseguimos muitos avanços, mas uma semente foi plantada. A oferta de mamografias não foi disponibilizada, mas o assunto foi discutido na esperança que a gestão que vai chegar esteja sensível ao assunto em pauta.

#### 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A OPAS (2003) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Senescência é um processo natural de envelhecimento, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. Em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência-senilidade.(BRASIL,2006)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem a mais de 28 milhões de pessoas nesta faixa etária, número que representa 13% da população do país. Esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo projeção da população divulgada em 2018 pelo IBGE. Para que os idosos de hoje e do futuro tenham qualidade de vida, é preciso garantir direitos em questões como saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transporte. No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente. Ambos documentos devem servir de balizamento para políticas públicas e iniciativas que promovam uma verdadeira melhor idade. (RETRATOS, 2019)

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2(Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, no quarto trimestre de 2019. O número corresponde a 16,2% da população do país. Os idosos viviam em 25,1 milhões dos 73 milhões de domicílios existentes no Brasil, o que significa que, em 34,5% dos lares brasileiros, havia, pelo menos, uma pessoa com mais 60 anos ou mais. Dessa população com idade a partir de 60 anos, 83,2% moravam com outras pessoas no domicílio e 16,8% viviam sozinhas.(DIEESE, 2020).

Saúde do idoso pode ser definida como a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças (MORAES; LANNA, 2016). Dessa maneira, o idoso é considerado saudável quando é capaz de realizar atividades sozinho, de maneira independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES,2012).

O maior desafio na atenção a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas esta mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades da vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006).

É nesse contexto que a denominada "avaliação funcional" torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas. A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças e agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa-que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica- aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde (BRASIL, 2006).

Na área de cobertura da UBS Santa Terezinha, em Machados, Pernambuco, temos em torno de 290 pessoas com 60 e mais anos. Diante disso, o objetivo desta microintervenção foi promover melhorias na atenção à saúde do idoso na UBS Santa Terezinha, em Machados-Pernambuco.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe para sensibilização dos mesmos acerca da microintervenção. Nela houve a adesão da equipe de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e outros membros. Torna-se importante destacar que desde o início de minhas atividades nesta unidade de saúde, observei certa resistência da equipe no uso da caderneta do idoso. Por isso, a avaliação do idoso utilizando corretamente a caderneta do idoso teve ênfase nesta microintervenção.

O planejamento da microintervenção foi realizado durante o mês de março de 2021. Em um primeiro momento houve a capacitação da equipe para o acolhimento da pessoa idosa

visando a mudança na relação profissional/usuário, profissional/familiares, assim como acerca da utilização da caderneta do idoso.

Para a realização desta microintervenção foi reservado um turno do atendimento voltado à avaliação do idoso através da caderneta do idoso. As avaliações dos idosos que necessitavam de ser feitas nos domicílios, foram programadas de forma a não interferir com as outras atividades da unidade de saúde. Isso possibilitou a participação coordenada de toda a equipe e contribuiu para que fosse incorporado posteriormente como rotina da UBS.

A abordagem dos usuários na sala de recepção contemplou também os cuidadores das pessoas idosas. Neste momento foram fornecidas orientações sobre cuidados e organização do domicílio, prevenção de quedas, hábitos saudáveis na alimentação e prática de atividade física.

Com visitas domiciliares planejadas entre o médico, a enfermeira e o dentista a equipe pretendia abordar orientações sobre melhores hábitos na alimentação, organização do ambiente do domicílio, cuidados na mobilização do idoso acamado, prevenção de úlceras de pressão, entre outras orientações. No entanto, frente ao agravamento da pandemia elas foram suspensas. Outras atividades educativas que, poderiam ser realizadas com idosos com boa funcionalidade, cuidadores e familiares, foram suspensas por conta da pandemia pelo novo coronavírus.

Como resultado desta microintervenção a equipe conseguiu utilizar adequadamente a caderneta com cerca de 30 idosos. Esse idosos mostraram-se receptivos e orgulhosos por possuírem este documento. Além disso, foi possível maior integração dos idosos com todos os profissionais da UBS. Os idosos perceberam que podem receber orientações de todos os profissionais que compõem a equipe da UBS, e não só profissional médico.

Quanto a continuidade das ações foi acordada com toda equipe que o momento não era propício para as atividades propostas visto que com o agravamento da pandemia exige novos arranjos nos processos de trabalho e, por consequência, outras tomadas de decisão.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi bastante importante para mim, visto que me propiciou conhecimento sobre várias áreas de atuação da estratégia de saúde da família, mudando a visão que tinha anteriormente. Com o decorrer do curso formulei conceitos e prioridades novas.

No decorrer da microintervenção para melhoria no acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, uns integrantes da equipe não colaboraram muito, porém a maior parte decidiu abraçar as atividades e os profissionais puderam perceber que houve melhoria no atendimento. Quanto a satisfação dos usuários, inicialmente os usuários reclamaram bastante, possivelmente por estarem acostumados a ser atendidos por ordem de chegada, porém com o tempo tudo foi contornado, salvo alguns sempre insatisfeitos.

Na segunda microintervenção o exame das mamas foi realizado de forma mais regular, e o registro das mamografias foi feito. Contudo, a disponibilidade de mamografias no município é ainda muito pequena. Ademais, as ações educativas com a população foram comprometidas em virtude da pandemia pelo novo coronavírus e do período eleitoral.

A terceira microintervenção, talvez a mais desafiadora, pretendia fazer a avaliação funcional dos idosos da área de atuação da UBS Santa Terezinha e implantar a utilização da caderneta do idoso. A equipe foi sensibilizada e houve a adesão da equipe de saúde bucal. Pretendíamos que os profissionais de nível superior da equipe da UBS pudessem visitar os acamados de forma planejada, e fazer a convocação dos idosos robustos ao posto, porém frente a situação da pandemia todas essas ações foram suspensas.

As atividades propostas nas três microintervensões sofreram alterações em virtude da pandemia que aflige o Brasil desde março de 2020, visto que a segunda onda, instalada em 2021, teve proporções maiores e comprometeu ainda mais a realização das microintervensões. Todavia, despertou na equipe o desejo de mudar, de desenvolver as ações de forma a priorizar as necessidades da população e um maior senso de cooperação entre os membros da equipe da UBS.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL, IBGE. RETRATOS, a revista do Ibge. Longevidade, viver bem e cada vez mais, fev2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo>.

BRASIL, DIEESE, boletim especial, abril 2020. Quem são os idosos brasileiros. Disponível em <https://www.diesse.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>.

BRASIL, IBGE, Cidades e Estados, disponível em <https://www.ibge.gov.br>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, n.28, Volume 1).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume 2).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta-saude-pessoa-idosa](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta-saude-pessoa-idosa).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério de saúde, 2013, (Cadernos de Atenção Básica, n.13 - 2ª Edição).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer, outubro rosa 2020. Disponível em <https://www.inca.gov.br/assuntos/outubro-rosa>.

NUNES, E.M. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais, Brasília, 2012

MORAES; LANNA. Nota Técnica para organização da rede de atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da Pessoa Idosa, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de Humanização, 2013. Disponível em [https://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pnh\\_folheto.pdf](https://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pnh_folheto.pdf)