



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

**O DESAFIO DE IMPLEMENTAR PRÁTICAS DE ACESSIBILIDADE AO
USUÁRIO E MANEJO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS DURANTE A
PANDEMIA, NA USF JARDIM BRASIL 2, OLINDA-PE**

TEREZIANA DE SA BRANDAO

NATAL/RN
2021

O DESAFIO DE IMPLEMENTAR PRÁTICAS DE ACESSIBILIDADE AO USUÁRIO E
MANEJO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS DURANTE A PANDEMIA, NA USF JARDIM
BRASIL 2, OLINDA-PE

TEREZIANA DE SA BRANDAO

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: CLEYTON CEZAR
SOUTO SILVA

NATAL/RN
2021

Agradecimentos a minha filha, Ana Luiza, pelos momentos abdicados ao seu lado em prol de aperfeiçoar os conhecimentos para aplicabilidade na atenção básica. E à equipe que me acolheu no mês de Agosto de 2020, em plena pandemia.

RESUMO

Em uma pandemia, elaborar e colocar em práticas algumas microintervenções necessárias para melhoria da Unidade Básica de Saúde (UBS) tornou-se um desafio. Este trabalho relata sobre 2 microintervenções ocorridas na UBS Jardim Brasil 2, Olinda-PE. A microintervenção escolhida foi sobre "acolhimento à Demanda espontânea Programada: analisando a minha realidade", na qual analisamos os pontos fortes e as fragilidades da área de atuação e da Unidade Básica. A segunda microintervenção foi sobre a abordagem do câncer na atenção primária, após reunião com equipe e demanda da área no tema. Muitas dificuldades e vieses no caminho, mas com tudo isso muitos ganhos foram obtidos para os pacientes para mim e para toda a equipe, inclusive em outras demandas como doenças crônicas. Com o advento da vacinação para todos e telemedicina, através da implantação de tecnologias na atenção básica, muitos usuários serão beneficiados e uma mudança no acesso aos serviços de atenção primária e secundária otimizados com mudança na curva saúde-doença dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pandemias. Medicina de Família e Comunidade. Câncer na atenção básica. Modelos de Assistência à Saúde. Demanda Espontânea

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	
2. ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE -MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
3. ABORDAGEM DO CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - MICROINTERVENÇÃO 2.....	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/REFLEXÃO SOBRE MEU PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	26
5. REFERÊNCIAS.....	
6. ANEXO.....	

1. INTRODUÇÃO

O município de Olinda, Pernambuco, área metropolitana do Recife, possui a Unidade de Saúde da Família Jardim Brasil 2, Situada na Zona Urbana, em área considerada de baixa vulnerabilidade social e com usuários com nível sócio econômico intermediário. No território há cadastrado um quantidade superior a 4000 usuários, de acordo com sala de situação de Janeiro de 2020.

O atendimento é realizado através de agendamento (75% casos) e demanda espontânea (25%) . Após mudanças na rede de assistência, ainda há suporte das redes Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) mediante regulação ou encaminhamento, somado a isso, na unidade há assistência de especialista na Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia parceria com faculdade particular local. Há 08 microáreas, das quais, 02 estão sem Agente Comunitário de Saúde há mais de 2 anos. Uma afastada por tratamento oncológico e outro não foi substituído após morte. A equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 06 ACS, 01 auxiliar de limpeza e 01recepcionista e 01 vigilante e 01 auxiliar de farmácia. Na unidade, existem 2 equipe de saúde da família. As 2 equipes são bem integradas e trabalham em harmonia. A comunidade é bem politizada e gosta de reivindicar "seus direitos", porém são acolhedores e se identificam com seus agentes de saúde e respeitam o ambiente de trabalho.

As visitas domiciliares não eram realizadas pelo colega médico anterior, mesmo previamente à Pandemia, devido a idade avançada do mesmo, durante a Pandemia, houve uma redução importante das visitas com a nova médica, pois o foco foi no atendimento inicial às síndromes Gripais, no entanto, há 2 meses retornamos as visitas domiciliares.

Os agendamentos acontecem na própria Unidade pela secretária, 1 vez no mês, e propus, quinzenalmente e que os ACS tivessem acesso a esse agendamento também, já que o mesmo tem uma visão da realo necessidade da microárea que atua.

Os principais problemas de saúde na Unidade Básica JArdim Brasil 2 são os mais frequentes na maior parte das Unidades Básicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e câncer de mama e de colo uterino, IST's, micoses e parasitoses, obesidade e dislipidemias. Tais patologias são acompanhadas através de programas de prevenção, orientação e manejo com regulação desses pacientes quando necessária. Observa-se ainda, na área, muitos idosos e acamados e histórias de maus tratos com idoso frágil

A s microintervenções escolhidas foram sobre acolhimento à Demanda espontânea Programada e abordagem no câncer na atenção básica. O território é bem povoado e a procura por serviços e ações de saúde cresceu bastante durante a Pandemia. Mesmo durante a pandemia, foram identificados casos de tumor na mama e suspeita de câncer de colo de útero com encaminhamento para especialista e colposcopia respectivamente. Esses 2 temas foram

escolhidos devido a alta demanda e procura por atendimento na Unidade de Saúde Básica de Jardim Brasil 2 em Olinda-PE. Além disso é motivo de afastamento de um ACS da área para tratamento de câncer de mama. Sobre acolhimento, o desafio já era identificado pré-Pandemia e piorou com a chegada da mesma.

Em uma pandemia, elaborar e colocar em práticas algumas microintervenções necessárias para melhoria da Unidade Básica de Saúde (UBS) tornou-se um desafio, principalmente sobre acolhimento e manejo de doenças oncológicas que necessitam de regulação para os serviços especializados que estavam parados na Pandemia. Após reunião com a equipe da Unidade foi apontado como relevante a abordagem do câncer como tema escolhido para microintervenção durante a pandemia, além da necessidade de resgatar o foco na busca ativa, rastreamento e diagnóstico precoce dos usuários contando com o apoio da equipe e da atenção secundária(especialidade) que pouco a pouco retoma suas atividades na policlínica de Olinda. Nesta Unidade, em especial, o apoio 02 médicas ginecologistas que atendem as pacientes da área com estudantes contribuindo para assistência na área foi de grande importância.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A microintervenção escolhida foi sobre acolhimento à Demanda espontânea Programada, condição indispensável para o processo de trabalho solicitado.

Esta intervenção realizada como critério para cumprimento de condições alusivas ao Módulo de Investigação de Atenção Primária à Saúde, procurando assim abordar a forma com que o acolhimento e as demandas são gerenciadas.

Olinda município de Pernambuco, localizado na região metropolitana do Recife, apresenta em média 393 mil habitantes distribuídos em 9.000 km² segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). No território há cadastrado na Unidade de Saúde da família Jardim Brasil II, 3.766 usuários, de acordo com sala de situação de Janeiro de 2020. O atendimento é realizado através de agendamento e demanda espontânea. Após mudanças na rede de assistência, ainda há suporte das redes Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) mediante regulação ou encaminhamento, somado a isso, na unidade há assistência de especialista na Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia parceria com faculdade particular local.

Há 08 microáreas, das quais, 02 estão sem Agente Comunitário de Saúde. Um em tratamento oncológico e outro não foi substituído após morte. A equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 08 ACS, 01 auxiliar de limpeza e 01receptionista. Na unidade, existem 2 equipes.

O território é bem povoado e a procura por serviços e ações de saúde cresceu bastante durante a Pandemia.

Passo 1 - Identificação dos problemas de saúde

Destacam-se os principais problemas de saúde do nosso território e unidade de saúde/equipe de saúde:

- 1-Acesso aos serviços de saúde-acolhimento;
- 2-Diabete Mellitus (DM);
- 3-Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):
- 4-ISTs;
- 5-Parasitoses e verminoses.
- 6- Micoses
- 7- Doenças oncológicas

Passo 2 – Classificação e priorização dos problemas

Conforme a classificação e priorização dos problemas apresenta-se o quadro 01:

Quadro 01. Classificação e priorização dos problemas

NO	ÁREA	Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade enfrentame
	PRIORITÁRIA				
	PEPSUS				
	Acolhimento à demanda espontânea em programada	Dificuldade conseguir a consulta médica	(x) Alta () Média () Baixa		(x) Total () Parcial () Fora

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Passo 3 – Descrição do problema

Com o número de consultas e atendimentos reduzidos devido a Pandemia por COVID-19, houve um acúmulo nas demandas dos usuários, principalmente para aqueles que já eram acompanhados com doenças crônicas na unidade somado a isso as queixas pertinentes a infecção pelo COVID-19. Uma crescente procura pelas Atenção Básica ocorreu desde o início da Pandemia.

Portando, prioriza-se esse tema de acolhimento a demanda espontânea, diante do aumento da procura dos usuários para atendimento de seguimento e de urgência nas unidades básicas conforme segue a explicação e a seleção de seus nós críticos, conforme a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Passo 4 – Explicação do problema

Há 42 anos o cenário de saúde mundial vem sofrendo modificações baseada no acordo firmado em 1978 em ALMA-ATA, na República do Cazaquistão, onde foi ratificado a percepção de Saúde para todos, sem exceção (Alma-Ata,1978). No Brasil, em 1988, dez anos após a Conferência promovida pela OMS (ALMA-ATA), a Constituição Federal, no seu artigo 196, institui que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante ações de políticas públicas e dentro desse contexto, o acesso aos serviços e ações de saúde pelos usuários mudou completamente o cenário no Brasil (C.F.art 196).

A atenção básica passou a ser uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal e ser uma das portas de entrada do usuário para o primeiro contato com o sistema de saúde dentro do seu território e para o cuidado longitudinal, além de ser um meio de resolução

de pelo menos 80% das necessidades dos usuários, reduzindo o fluxo em centros médicos de maior complexidade. Muitos desafios são apresentados nesta implantação de uma Saúde para Todos, entre eles, destaca-se o acesso e ao acolhimento dos usuários, problema encontrado na maioria das Unidades e serviços de Saúde e que o Ministério apresentou em 2013, dois cadernos a respeito do tema (Ministério da Saúde, 2013)

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Depois de reunião com a equipe de saúde, os nós críticos foram apontados:

- ○ Número de atendimentos reduzidos (devido a Pandemia)
- Dia único de marcação.
- Cultura da centralização na consulta médica

Apresentam-se os quadros a seguir contemplando o “Passo 6 – Desenho das operações sobre os nós críticos”, “Passo 7 – Elaboração do plano operativo”, “Passo 8 - Execução do plano”, e “Passo 9 – Gestão do plano”:

Passos - 06, 07, 08, 09

Quadro 02. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 01:

Nó crítico 1	<ul style="list-style-type: none"> • ○ Número de atendimentos reduzidos (devido a Pandemia)
Operação (operações)	Aumentar o número de atendimentos e lista reserva
Projeto	Acolher toda a demanda Necessária e criar lista reserva com contato. Em caso de desistência.
Resultados esperados	Acesso do Usuários do território que realmente necessitam à consulta médica
Produtos esperados	Resolutividade do problema apresentado pelo usuário Cognitivo: entendimento da equipe de saúde e dos usuários do território sobre o problema e telefone para contato.
Recursos necessários	Financeiro: apoio da secretaria de saúde ao desenvolvimento das ações para os telefonemas Político: apoio da comunidade e da equipe de saúde a execução das propostas relacionadas.

Controle dos recursos críticos - ações estratégicas Médica da Unidade juntamente com a recepcionista e enfermeira; Escuta qualificada e a formação da lista de reserva e atendimento às urgências

Acompanhamento do plano - responsável e prazos O acompanhamento do plano será feito pela médica da unidade juntamente com a enfermeira a partir de uma planilha de controle do número de usuários atendidos.durante 30 dias.

Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através da planilha de controle do número de atendimentos executados nos 30 dias via PEC.

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Quadro 03. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 02:

Nó crítico 2 • ◦ Dia único de marcação.

Operação (operações) Ampliar o agendamento para 1 vez na semana

Projeto Agenda semanal

Resultados esperados Resolução da demanda, satisfação do usuário.

Produtos esperados Queixa do usuário resolvida

Recursos necessários Financeiro: apoio da secretaria de saúde em adquirir agenda;

Político: apoio da comunidade e da secretaria de saúde para entender a necessidade da consulta.

Controle dos recursos críticos - ações estratégicas Médica da Unidade juntamente com a recepcionista e enfermeira; Escuta qualificada e a formação da lista de reserva e atendimento às urgências. Orientações por tefefone.

Acompanhamento do plano - responsável e prazos A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através da planilha de controle do número de atendimentos executados nos 30 dias via PEC.

Gestão do plano: monitoramento e avaliação A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através da planilha de controle do número de

das ações

atendimentos executados nos 30 dias via PEC.

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Quadro 04. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 03:

Nó crítico 3	<ul style="list-style-type: none">• ○ Cultura da centralização na consulta médica
Operação	TRIAGEM COM A ENFERMEIRA
Projeto	SELECIONAR OS CASOS PARA CONSULTA MÉDICA
Resultados esperados	CONSULTA MÉDICA RESERVADA AOS CASOS QUE A ENFERMAGEM NÃO RESOLVER.
Produtos esperados	USUÁRIO ATENDIDO PELO MÉDICO APÓS PASSAR PELA ENFERMAGEM
Recursos necessários	Financeiro: Apoio da comunidade e da secretaria na para disponibilizar os recursos para triagem (papel, laboratório, vacina, fita p hgt e aferidor de pressão arterial.) Político: Apoio da secretaria de saúde em disponibilizar os insumos e materiais.
Controle dos recursos críticos ações estratégicas	Médica da Unidade juntamente com a enfermeira com relatório das patologias e queixas apresentadas pelos usuários.
Acompanhamento do plano responsável e prazos	O acompanhamento do plano será feito pela médica da unidade -juntamente com a enfermeira a partir do controle das principais patologias abordadas no consultório médico e de enfermagem.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação serão realizados também pelas mesmas, através de acompanhamento das principais queixas e demandas dos usuários.

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

Considerações Finais

A pandemia foi um fator limitante na impletação de melhorias no acolhimento na UBS Jardim Brasil 2. No momento que se pensava ter passado, veio a segunda onda do COVID-19 com gravidade e expressão maior na população. Diante disso o que havia sido proposto nessas

microintervenções, boa parte não foi cumprida, considerando que o trabalho era em equipe e que quando um estava na luta, os familiares dos demais estavam lutando pela vida na UTI ou em casa mesmo após contaminação pelo COVID-19, o que dificultou extremamente o andamento do trabalho. Será citado as impressões e o que foi implementado, somado à Pandemia, falta de apoio financeiro e matricial que corroboraram para a não implementação de mudanças e melhorias de acessibilidade na UBS. Sobre acolhimento foi implementado o agendamento semanal para os agentes de saúde e para a secretária que fica no acolhimento, deixando de lado o modelo e marcação mensal, com isso pode-se ver uma distribuição mais uniforme das vagas aos usuários das microáreas cobertas. Com a telemedicina a ampliação da triagem, acolhimento e consulta seria maior, porém a falta de recurso/apoio financeiro da gestão, da tecnologia tornam essa realidade longe de acontecer. A saúde continua centrada na figura do médico, somado a isso, uma demanda aumentada para a enfermeira também dificultou a implementação de uma triagem mais efetiva somado a isso o incentivo aos famosos "check up" solicitados pelos usuários em plena pandemia em detrimento aos pacientes que realmente necessitam de suporte e seguimento. O monitoramento via PEC foi prejudicado, diante de vários ocorridos nesse tempo, tais como: férias da Médica e enfermeira, adoecimento dos entes próximos, falta de computador para todos os membros e quedas frequentes de internet, com isso, sabe-se que houve uma média de 50 consultas médicas por semana o que não corresponde nem a 0,1% da população adscrita. Após a vacinação, as visitas foram aos poucos retomadas e os atendimentos apesar de ainda reduzidos, estão acontecendo numa frequência um pouco maior que 2020 no auge da Pandemia. Aguardando a vacinação para todos, para que tudo retome seu curso num novo normal.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

MICROINTERVENÇÃO – Abordagem do câncer na atenção primária

A microintervenção escolhida foi sobre abordagem do câncer na atenção primária, condição indispensável para o processo de trabalho solicitado.

Esta intervenção realizada como critério para cumprimento de condições alusivas ao Módulo de Investigação de Atenção Primária à Saúde e foi escolhido devido a alta demanda de casos suspeitos e diagnosticados na Unidade de Saúde Básica de Jardim Brasil 2 em Olinda-PE. Além disso é motivo de afastamento de um ACS da área para tratamento de câncer de mama e óbito de outro ACS da área, procurando assim identificar a necessidade diagnóstica na área e com isso intensificar as práticas diagnósticas, de rastreio e seguimento com a colaboração da equipe.

Jardim Brasil 2 é um bairro do município de Olinda, a população masculina, representa 7.766 habitantes, e a população feminina, 9.292 habitantes, a maioria, com predomínio de pacientes jovens (IBGE, 2020).

Os principais sítios de câncer que serão abordados aqui são de pele, mama, colo do útero e próstata, devido a elevada prevalência na população e por fazer parte do programa de rastreamento, diagnóstico e tratamento programado pelo Ministério da Saúde.

Tem cadastrado na Unidade de Saúde da família Jardim Brasil II, 3.766 usuários, de acordo com sala de situação de Janeiro de 2020. O atendimento é realizado através de agendamento e demanda espontânea. Na unidade há assistência de especialista na Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia parceria com faculdade particular local.

Há 08 microáreas, das quais, 02 estão sem Agente Comunitário de Saúde. Um em tratamento oncológico e outro não foi substituído após morte. A equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 08 ACS, 01 auxiliar de limpeza e 01 recepcionista. Na unidade, existem 2 equipes.

O território é bem povoado e a procura por serviços e ações de saúde cresceu bastante durante a Pandemia. Mesmo durante a pandemia, foram identificados casos de tumor na mama e suspeita de câncer de colo de útero com encaminhamento para especialista e colposcopia respectivamente. Não foi identificado câncer de próstata de Agosto a dezembro de 2020, período de início das atividades da nova médica, já que o posto estava sem médico (afastado devido a Pandemia).

Passo 1 - Identificação dos problemas de saúde

Destacam-se os principais problemas de saúde do nosso território e unidade de saúde/equipe de saúde:

1-Acesso aos serviços de saúde-acolhimento;

- 2-Diabete Mellitus (DM);
- 3-Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):
- 4-ISTs;
- 5-Parasitoses e verminoses.
- 6- Micoses
- 7-Câncer

Passo 2 – Classificação e priorização dos problemas

Conforme a classificação e priorização dos problemas apresenta-se o quadro 01:

Quadro 01. Classificação e priorização dos problemas

ÁREA	Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade enfrentame
NO				
PEPSUS				
CÂNCER NA				
ATENÇÃO				
PRIMÁRIA	Dificuldade	(x) Alta		(x) Total
(MAMA, PELE,	em conseguir a	() Média		() Parcial
PRÓSTATA E	consulta médica	() Baixa		() Fora
COLO UTERINO)				

Passo 3 – Descrição do problema

Com o número de consultas e atendimentos reduzidos devido a Pandemia por COVID-19, o número de diagnóstico nos principais tipos de câncer diminuiu na APS, porém o número de casos não. Com os atendimentos reduzidos e focados para o COVID, o diagnóstico e rastreio ficaram em segundo plano. Além disso as especialidades também reduziram consideravelmente os atendimentos, por alguns meses chegando a parar devido a Pandemia. Outubro Rosa e Novembro Azul com poucos usuários presentes na Unidade inibidos pelo medo da Pandemia. E as visitas dos agentes de saúde também foram reduzidas.

Portando, prioriza-se esse tema de câncer na APS, devido a demanda na Unidade ser elevada , tema escolhido, após reunião com a equipe da Unidade também identificar a relevância do tema para a comunidade Jardim Brasil 2 e mesmo diante da Pandemia, precisa-se resgatar o foco na busca ativa, rastreamento e diagnóstico precoce dos usuários contando com o apoio da equipe e especialidade que pouco a pouco retoma suas atividades na policlínica

conforme segue a explicação e a seleção dos nós críticos conforme preconizado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nesta Unidade, em especial, conta-se com o auxílio de 02 médicas ginecologistas que atendem as pacientes da área com estudantes contribuindo para assistência na área.

Passo 4 – Explicação do problema

No Brasil, ainda é mais frequente o câncer de pele (30% entre as neoplasias malignas). E o câncer de próstata apresenta-se em segundo lugar INCA (2017). O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres. Sabe-se que o risco é de no mínimo 12% a mais que nos homens mesmo sem fator de risco prévio ou história familiar (Brasil, 2013). É a quinta causa de morte por câncer em geral e a mais frequente entre as mulheres (WHO, 2008). O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, apresenta mais de 500 mil casos novos por ano e mais de 270 mil mulheres morrem por ano no mundo (WHO, 2008) No Brasil, 16340 mil novos casos foram esperados em 2016 (INCA, 2016).

Para a American Cancer Society o rastreamento populacional para o câncer da próstata deve ser pela associação do toque retal e a dosagem do PSA a partir dos 50 anos e anualmente, assunto que apresenta controvérsia em outras associações. Já nas mulheres, o rastreamento para câncer de mama deve ser realizado através do exame das mamas, anualmente e mamografia, a cada 2 anos, a depender da faixa etária e/ou indicação médica após exame clínico. Em mulheres com 50 a 69 anos, a mamografia deve ser realizada a cada 2 anos (BRASIL, 2013). Para o rastreamento do câncer de pele, existem alguns fatores de risco que a equipe deve estar atenta, porém o exame da pele deve fazer parte da rotina do médico e enfermeiro da unidade para identificar qualquer lesão suspeita e assim realizar o diagnóstico e/ou regulação para o especialista. O treinamento dos ACS, técnicos e da própria população sobre a regra do ABCDE, prática recomendada pela SBD, auxilia bastante na detecção precoce do câncer de pele (SBD, 2020). O câncer de colo se diagnosticado precocemente tem chance de cura na totalidade dos casos pois se inicia de uma lesão prévia. A detecção precoce é feita através da detecção de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento é feito em mulheres sem queixas, para identificar lesões suspeitas de câncer (WHO, 2007). Isso ocorre pelo exame citopatológico do colo do útero (Exame Preventivo ou Papanicolau) e pode ser realizada pelos profissionais da APS.

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Depois de reunião com a equipe de saúde, os nós críticos foram apontados:

- Número de atendimentos e visitas reduzidos (devido a Pandemia)

- Campanha do Outubro Rosa e Novembro Azul com poucos usuários presentes nas reuniões.(Pandemia)
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e especialidade e Mama Móvel com redução dos dias e atendimentos para rastreamento.

Apresentam-se os quadros a seguir contemplando o “Passo 6 – Desenho das operações sobre os nós críticos”, “Passo 7 – Elaboração do plano operativo”, “Passo 8 - Execução do plano”, e “Passo 9 – Gestão do plano”:

Passos - 06, 07, 08, 09

Quadro 02. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 01:

Nó crítico 1	<ul style="list-style-type: none"> • Número de atendimentos reduzidos (devido a Pandemia)
Operação (operações)	<p>Aumentar o número de atendimentos e visitas.</p> <p>Qualificação da equipe sobre ABCDE do câncer de pele em especial os ACS. E demais tipos de câncer.</p> <p>Definir um horário para atendimento dos casos de câncer novos e em andamento na unidade.</p> <p>Intensificar as visitas domiciliares dos agentes de saúde.</p> <p>Manter a demanda e agendamento para citopatológico e rastreamento do câncer de próstata e mama para acima de 50 anos.</p>
Projeto	<p>Manter os atendimentos com especialistas na Unidade priorizando os casos suspeitos avaliados pelo médico ou trazido pelo ACS.</p>
Resultados esperados	<p>Aumento da assistência e atendimento dos usuários do território que realmente necessitam à consulta médica.</p> <p>Maior número de casos detectados precocemente.</p>
Produtos esperados	<p>Detecção precoce do diagnóstico de câncer na unidade, encaminhamento imediato e tratamento em tempo ágil.</p> <p>Cognitivo: entendimento e colaboração da equipe de saúde e dos usuários do território sobre o problema e telefone para</p>

contato.

Recursos necessários

Financeiro: apoio da secretaria de saúde ao desenvolvimento das ações para os telefonemas. Principalmente na rede de atenção secundária (especialista)

Político: apoio da comunidade e da equipe de saúde para a execução das propostas relacionadas.

Controle dos recursos críticos - ações estratégicas

Médica da Unidade juntamente com a recepcionista e enfermeira; Escuta qualificada e a formação da lista de reserva e atendimento às urgências.

Acompanhamento do plano - responsável e prazos

O acompanhamento do plano será feito pela médica da unidade juntamente com a enfermeira a partir de uma planilha e de controle do número de usuários atendidos durante 30 dias via PEC e treinamento da equipe sobre noções básicas de detecção precoce de câncer na comunidade.

Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações

A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através da planilha de controle do número de pacientes com suspeita para os tipos de cânceres abordados anteriormente nos 30 dias via PEC e monitoramento das visitas dos ACS.

Viés: atendimento pelas especialistas (ginecologistas) não entram no PEC.

Fonte: BRASIL, 2014.

Quadro 03. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 02:

Nó crítico 2

- Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro laranja com baixa adesão

Operação (operações)

Qualificar os agentes de saúde para suspeição de câncer. Realizar palestra via videochamada e intensificar as visitas com foco no assunto.

Projeto

Visitas com foco na prevenção e detecção precoce do câncer na comunidade.

Palestrar via videochamada e/ou aplicativo.

Gerar informação sobre os fatores de risco e como detectar

Resultados esperados

e suspeitar precocemente o câncer em tempos de pandemia.

	Diagnosticar um maior número de casos
Produtos esperados	Resolução do caso. Acesso precoce ao diagnóstico e tratamento se necessário. Prevenção secundária e terciária. Informação e conhecimento para usuários e ACS- Prevenção primária
	Financeiro: apoio da secretaria de saúde em adquirir telefone e divulgação para as reuniões por videochamada. Máscara para a equipe e dispositivos e insumos para a palestra
Recursos necessários	Cognitivo: Qualificação da equipe Político: apoio da comunidade e da secretaria de saúde para participar da videochamada e uma possível necessidade da consulta. Evitar aglomerações desnecessárias nas unidades e realizar os exames preconizados pelo ministério da saúde de acordo com indicação da equipe e faixa etária para detecção precoce.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica da Unidade juntamente com a recepcionista e enfermeira acesso dos pacientes com suspeição aos serviços de saúde necessários;
Acompanhamento do plano - responsável e prazos	A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através de reuniões com a equipe e avaliação diária do número de suspeitos que tiveram atendimento na Unidade e por planilha de controle do número de atendimentos executados nos 30 dias via PEC.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação será feito também pelas mesmas, através da planilha de controle do número de atendimentos executados nos 30 dias via PEC e atendimento diário de suspeitos com câncer.

Fonte: BRASIL, 2014.

Quadro 04. Desenho das operações sobre os nós críticos/ Elaboração do plano operativo/ Execução do plano/ Gestão do plano/ Nó crítico 03:

Nó crítico 3

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e especialidade e Mama Móvel com redução dos dias e atendimentos para rastreamento.

Operação	Reuniões com a GT e secretaria de saúde e atendimento nos bairros de maior prevalência dos principais tipos de câncer.
Projeto	REUNIÃO COM A GERENTE DE TERRITÓRIO E SECRETARIA DE SAÚDE PARA RETOMAR A AGENDA PRÉ-PANDEMIA DE ATENDIMENTOS NAS ESPECIALIDADES. Intensificar os atendimentos médicos e de equipe fora da Unidade e nos Bairros de maior prevalência.
Resultados esperados	Melhorar o acesso do Usuário na Unidade e aos meios de diagnóstico e tratamentos necessários o mais precoce possível.
Produtos esperados	Usuário com lesão suspeita de câncer na UBS diagnosticado e tratado o mais precoce possível.
Recursos necessários	<p>Financeiro: Apoio da comunidade e da secretaria para disponibilizar os recursos para triagem, diagnóstico precoce e atendimento médico e de enfermagem.</p> <p>Político: Apoio da secretaria de saúde em disponibilizar os insumos e materiais. Aumento do número de profissionais especialistas e convênios com policlínicas com especialistas para diagnóstico precoce de lesões suspeitas pela equipe na APS.</p> <p>Cognitivo: conhecimento dos usuários de lesões suspeitas e procura precoce pelo atendimento na APS.</p>
Controle dos recursos críticos ações estratégicas	Médica da Unidade juntamente com a enfermeira e Gerente de - território com relatório do diagnóstico de lesões suspeitas (cânceres) pela APS através de planilha e/ou PEC
Acompanhamento do plano responsável e prazos	Médica da Unidade juntamente com a enfermeira e Gerente de - território com relatório do diagnóstico de lesões suspeitas (cânceres) pela APS através de planilha e/ou PEC nos últimos 30 dias
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano será executada pela médica e enfermeira; O monitoramento e avaliação serão realizados também pelas mesmas e pela GT, através de acompanhamento dos usuários que confirmaram diagnóstico na APS e/ou especialidade e seguimento dos que estão em tratamento ou sob monitoramento de lesão suspeita.

Fonte: Brasil, 2013

Considerações Finais

Em relação ao rastreio e diagnóstico de câncer na UBS, os exames foram mantidos, porém os centros especializados reduziram consideravelmente os atendimentos e com isso muitos usuários foram diretamente encaminhados para serviços de porta aberta especializado sem aguardar a regulação. Em JBII existe um considerável número de casos, e todos os nós citados anteriormente cabem aqui também, como número de atendimento e visitas reduzidos, dificuldade de acesso a serviços para diagnóstico e tratamento, tecnologia aquém do sugerido. Campanha como Outubro Rosa e Novembro azul com pouca adesão do usuário em ano de Pandemia, tudo corrobora para um menor acesso do usuário a sua real necessidade. A telemedicina em Olinda ainda muito limitada com prejuízo ao usuário pela demora no diagnóstico e encaminhamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia foi um fator limitante na implementação de melhorias no acolhimento e manejo do câncer na UBS Jardim Brasil 2. No momento que acreditávamos ter passado, veio a segunda onda do COVID-19 com gravidade e expressão maior na população. Diante disso o que havia sido proposto nessas microintervenções, boa parte não foi cumprida, considerando que o trabalho era em equipe e que quando um estava na luta, os familiares dos demais estavam lutando pela vida na UTI ou em casa mesmo após contaminação pelo COVID-19, o que dificultou extremamente o andamento do trabalho.

Vou Citar as impressões e o que foi implementado, somado à Pandemia, falta de apoio financeiro e matricial corroboram para a não implementação de mudanças e melhorias de acessibilidade na UBS.

Sobre acolhimento conseguimos colocar o agendamento semanal para os agentes de saúde e secretária que fica no acolhimento, deixando para tras o modelo e marcação mensal, com isso pode-se ver uma distribuição mais uniforme das vagas aos usuários das microáreas cobertas. Com a telemedicina, poderíamos ampliar muito a triagem, acolhimento e consulta, porém sem recurso/apoio financeiro da gestão, a tecnologia não pode contribuir com esse ganho. A saúde continua centrada na figura do médico, somado a isso, uma demanda aumentada para a enfermeira também dificultou a implementação de uma triagem mais efetiva somado a isso o incentivo aos famosos "check up" solicitados pelos usuários em plena pandemia em detrimento aos pacientes que realmente necessitam de suporte e seguimento.

O monitoramento via PEC foi prejudicado, diante de vários ocorridos nesse tempo, tais como: férias da Médica e enfermeira, adoecimento dos entes próximos, falta de computador para todos os membros e quedas frequentes de internet, com isso, sabe-se que houve uma média de 50 consultas médicas por semana o que não corresponde nem a 0,1% da população adscrita.

Em relação ao rastreio e diagnóstico de câncer na UBS, os exames foram mantidos, porém os centros especializados reduziram consideravelmente os atendimentos e com isso muitos usuários foram diretamente encaminhados para serviços de porta aberta especializado sem aguardar a regulação. Em JBII existe um considerável número de casos, e todos os nós citados anteriormente cabem aqui também, como número de atendimento e visitas reduzidos, dificuldade de acesso a serviços para diagnóstico e tratamento, tecnologia aquém do sugerido. Campanha como Outubro Rosa e Novembro azul com pouca adesão do usuário em ano de Pandemia, tudo corrobora para um menor acesso do usuário a sua real necessidade.

Após a vacinação, as visitas foram aos poucos retomadas e os atendimentos apesar de ainda reduzidos, estão acontecendo numa frequência um pouco maior que 2020 no auge da Pandemia. Aguardando a vacinação para todos, para que tudo retome seu curso num novo normal. Além da vacinação, quando a tecnologia for implementada, o acesso do usuário será

mais democrático

5. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alma-Ata, A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6-12 setembro, 1978 Disponível em <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata>. Acesso em 23 de Novembro de 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS: informações de saúde, morbidade e informações epidemiológicas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 08 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 08 de novembro de 2020.

[Constituição da República Federativa do Brasil - Art. 196](#). Disponível em: < https://www.senado.leg.br/.../con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp Acesso em 23 de Novembro de 2020

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. _____.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, 29). _____. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

Câncer de mama: é preciso falar disso. 4. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2016. 56

_____. Câncer de próstata: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: Inca, 2017. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. 5. MELNIKOW, J. et al. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, v. 92, n. 4, p. 727-735, 1998. NELSON, H.D. et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.*, v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009. OELKE, M. et al. Diretrizes para os sintomas do trato urinário inferior masculino. 2012. p. 135-160. Disponível em: . Acesso em: 05 jan. 2021. RECIFE (Cidade).

SMITH, J. S. et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int. J. Cancer*, v. 121, n. 3, p. 621-632, 2007.

WHO.CancerControl: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detect
WHO, 2007.

_____.InternationalAgency for Research on Cancer. Global Cancer control. In: _____.
World Cancer Report 2008. Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

6. ANEXOS

Anexo 1: Reunião de equipe ESF Jardim Brasil II. Olinda-2020. título.



Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).

ANEXO 2: Sala de situação do município de Olinda-PE, 2020

OLINDA		ESF				USF JARDIM BRASIL 2		MÊS		Janeiro		ANO
		DIAGNÓSTICO DE SAÚDE										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Total de Famílias (Casas) Cadastradas	271	305		230				237	172		
5	Total de Pessoas CADÁSTRADAS	751	1132		486				983	414		
6	Total de nascidos vivos no ano anterior	3	2		11				7	0		
7	Total da População 18 anos ou +	531	353		154				160	198		
8	Total Homens de 40 ou +	131	281		233				130	82		
9	Total de pessoas de 60 anos ou +	121	299		115				94	72		
10	Mulheres de 10 à 49 anos	202	195		86				134	162		
11	Mulheres de 25 à 64 anos	83	213		225				94	32		
12	Total de citologias realizadas no mês	4	1	3	3	3	1	1	1	3		
13	Mulheres de 50 à 69 anos	91	97		105				70	24		
14	Mamografia realizada	0	0		0				2	1		
15	Gestante < 20 anos	1	0	2	0	0	2	2	2	0		
16	Total de Gestantes cadastradas	4	3		2				6	3		
17	Total de Gestantes que realizaram TR de Sífilis e HIV	1	0	0	0	2	2	1	2			

ANEXO 3: Quadro da Classificação e priorização dos problemas

ÁREA	PRIORITÁRIA	Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade enfrentame
NO	PEPSUS				
CÂNCER NA	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Dificuldade em conseguir a consulta médica	(x) Alta () Média () Baixa		(x) Total () Parcial () Fora
(MAMA, PRÓSTATA COLO UTERINO)	PELE, E				

Fonte: Adaptado de Faria, Campos e Santos (2017).