



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 VISANDO MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ISAAC NEWTON, GUAÍUBA/CE**

IVANILDO ARNEIRO DANTAS

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES VISANDO MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ISAAC NEWTON, GUAÍUBA/CE

IVANILDO ARNEIRO DANTAS

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: ANNA CRISTINA DA
CRUZ BEZERRA

NATAL/RN
2021

Sempre a Deus em primeiro lugar, logo agradecer a minha família que sempre esteve comigo e a minha orientadora Anna Cristina da Cruz Bezerra que foi crucial para a realização desse trabalho, se doando com esmero e paciência para que o mesmo pudesse ser concluído com sucesso.

Foi pensando nas pessoas que executei este projeto, por isso dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma.

RESUMO

A Atenção Primária de Saúde (APS) é o contato preferencial dos usuários com os serviços de saúde, desde a prevenção de doenças ou promoção à saúde, até o tratamento e reabilitação. Para qualificar esses cuidados, temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuando nos diversos territórios, nas particularidades de cada um. Este trabalho objetiva relatar como ocorreram as microintervenções nas diversas temáticas durante a Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foram realizadas atividades com base nos princípios da Educação em Saúde nos temas – Acolhimento à demanda espontânea e programada e Abordagem ao Câncer na Atenção Primária à Saúde. Os resultados alcançados foram bastante positivos tanto para os usuários quanto para a equipe multiprofissional como um todo, e certamente terão continuidade e mais ganhos ainda no futuro. Eles giraram em torno de uma melhoria na estrutura e ambiência da Unidade Básica de Saúde e qualificação da detecção precoce do câncer, doença tão temida e que atinge pessoas de todas as idades. Experiências trocadas entre profissionais de saúde e usuários possibilita o melhor aprimoramento das práticas, visando a melhoria no atendimento do público da área de abrangência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
RELATO	DE
MICROINTERVENÇÃO 01...	08
RELATO	DE
MICROINTERVENÇÃO 02...	11
CONSIDERAÇÕES	14
FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	15
ANEXOS.....	16

1. INTRODUÇÃO

O município de Guaiuba foi doado, terra cedida por Capitão-Mor Sebastião de Sá aos militares Jorge Martins, Manoel de Souza e Francisco Dias de Carvalho, que por sua vez era alto funcionário em fortaleza em 1682. O nome é proveniente do tupi, significando” por onde vêm as águas do vale”. Desde 1883 até 1987, Guaiuba era distrito de Pacatuba, Ceará. Em 01 de janeiro de 1987, Guaiuba se desmembrou de Pacatuba se tornando um município. (IBGE, 2017)

O distrito de Itacima, instituído em 1933 conta com 07 unidades de atendimento primário a saúde, sendo um deles a Unidade Básica de Saúde Isaac Newton contando com uma equipe de acolhimento ou recepção e enfermagem, incluindo membros técnicos, além do médico clínico. (IPECE, 2009)

Na primeira microintervenção realizada a partir da Especialização em Saúde da Família, o tema Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada na Unidade foi elegido, já que a unidade estava com áreas em desuso, pacientes não agendavam consultas, não haviam assentos para aguardar e o local de espera não era devidamente utilizado. Visando melhorar a ambiência da unidade que se encontrava débil e mal distribuída, a temática foi levantada, já que com a organização atual se fazia um desafio trabalhar na unidade de modo eficiente. Além de reorganizar a programação de consultas e classificação de risco para à demanda espontânea.

Na segunda microintervenção realizada, foi abordado o tema “Câncer na Atenção Primária à Saúde” voltado para os usuários masculinos, priorizando o câncer de próstata, tema secundário ao anterior. Notamos a necessidade de ressaltar a saúde do homem, tema pouco debatido principalmente quando se levanta a temática de câncer de próstata.

As atividades objetivam trabalhar em cima de nós críticos existentes na nossa área de atuação e buscam melhorias tanto para os usuários quanto para a equipe de saúde.

O trabalho está composto por relatos de experiência vivenciados durante a aplicação de microintervensões em saúde na UBS Isaac Newton. Essas microintervensões foram construídas a partir de um problema de saúde na comunidade e contém justificativa, objetivo, metodologia, ações desenvolvidas, resultados alcançados e proposta de continuidade das ações. Todo o trabalho desenvolvido visa uma mudança na atual situação de saúde das pessoas e a promoção da saúde de forma individual e coletiva.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Na primeira microintervenção realizada a partir da Especialização em Saúde da Família, abordaremos o tema Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Isaac Newton, comunidade Distrito Itacima e seus nove distritos no município de Guaiuba/CE.

Foi realizada em duas etapas essenciais e organizativas, baseadas nas problemáticas mais urgentes e poder de ação rápido sobre cada pilar que necessitaria de intervenção, como a má distribuição das áreas físicas da Unidade e organização operacional dos agendamentos de consultas na unidade. A primeira etapa foi baseada em redistribuição das áreas funcionais da unidade. A segunda etapa procurou resolver uma problemática imensa que era a demanda programada da unidade. A ação tem como objetivo qualificar e melhorar esta temática tão relevante e que estava se tornando um problema importante enfrentado pela equipe todos os dias.

A distribuição das áreas funcionais (ambiência) se fazia de extrema importância quando visamos a logística de uma boa funcionalidade de uma UBS e fatores sanitários importantes. A concentração de pacientes nos corredores era constante, sendo os mesmos pequenos, estreitos e mal arejados (por não serem projetados para suportar carga fixa de pessoas em espera) e não haviam assentos onde os pacientes pudessem esperar, fazendo comum a cena de crianças desnudas sentadas no chão em frente de banheiros em corredores saturados, além de atrapalhar o fluxo da sala de procedimentos, que se localizava no corredor, então tínhamos um corredor lotado de pessoas com estado de saúde precário muitas vezes, onde era necessário realizar procedimentos numa sala na mesma localização, procedimentos simples muitas vezes, mas com risco reais de infecção. Acontecimentos que não se faziam necessários, já que havia uma sala ampla, arejada com capacidade de suportar uma maior quantidade de pacientes em estado de espera, além de já contar com alguns bancos de concreto e espaço para evitar ditas aglomerações, que antes mesmo da pandemia, tornavam o ambiente na unidade propenso a disseminação de doenças infecto contagiosas principalmente. Ao trabalharmos com um acolhimento mais humanitário, pensando na biossegurança dos pacientes e da equipe, haveria uma melhora na qualidade no serviço de saúde. Aglomerações frequentes seriam evitadas com a melhor divisão dos espaços da unidade, a proximidade da equipe com os usuários traria uma sensação de acolhimento individualizado, fazendo com que o fluxo de atenção fosse manejado de modo mais adequado trazendo possibilidades melhores de trabalho e qualidade no atendimento.

Inicialmente, ao detectar essas deficiências da UBS, realizaram-se duas reuniões com os funcionários da equipe sendo eles membros da equipe de acolhimento ou recepção e enfermagem incluindo membros técnicos, a primeira para verificar a viabilização da utilização da sala de espera por parte dos pacientes, diminuindo o fluxo nos corredores, melhorando a

qualidade na espera das consultas e melhorando fatores sanitários da Unidade ao evitar aglomeração de pacientes com doenças infectocontagiosas com pacientes imunossuprimidos e a segunda reunião para planejar como realizaríamos as modificações necessárias no acolhimento e agendamento das consultas. Houve certa resistência da equipe multidisciplinar pelo fato da sala não ser muito próxima da recepção e consultório, motivo pelo qual haveria a necessidade de rever a logística no acolhimento inicial aos pacientes e no conduzir o paciente para o consultório, sabendo que os pacientes também apresentariam uma certa resistência a essas modificações, mas nada que a boa vontade da equipe de melhorar a qualidade de atendimento da unidade e uma boa explicação dos problemas que a situação estava causando na população que ia até a unidade em busca de auxílio, além da exposição exacerbada e desnecessária da equipe na aglomeração diária tornando-os mais susceptíveis a contágio de certas doenças, apesar de sugestões a favor das modificações não serem comentadas durante ou após a reunião, houve uma aceitação do fator mudanças para melhoria.

Outra etapa importante foi a conscientização dos pacientes, através das conversas no acolhimento inicial usando a estratégia de expor a necessidade das mudanças para cada paciente e acompanhante sobre a importância da utilização da sala de espera, frisar que seria mais seguro, confortável e que melhoraria o atendimento da unidade. Este foi um desafio real, pois, por mais que fosse dito e explicado, vários pacientes insistiam em permanecer esperando nos corredores, então além de expor as mudanças na hora do acolhimento inicial, começamos a falar nas consultas de enfermagem e médicas, o que surtiu um melhor resultado. Utilizamos também as VDs (Visitas Domiciliares) para reforçar as modificações que seriam implantadas no sistema de espera da unidade, explicando como os agendamentos iriam acontecer, a periodicidade, os horários de agendamento e não deixar de explicar que a demanda espontânea continua, o novo sistema não excluiria a consultas de pacientes que necessitavam de uma consulta à demanda espontânea, porém, a nova operacionalização do sistema, deixaria o serviço mais eficiente e acontecendo de modo mais dinâmico, a população então compreendeu a importância das modificações e assim conseguimos fazer uso da sala de espera adequada não saturando nossos corredores, fazendo até que o trabalho se tornasse mais eficaz na unidade.

Também visamos com a microintervenção a melhoria do acolhimento de forma geral na UBS. As consultas se organizavam apenas por demanda espontânea, o que saturava muitas vezes o ambiente da recepção e a lotação em horários inoportunos na unidade. O acesso à atenção em saúde, já tinha suas dificuldades por si só, como se trata de uma unidade na área rural, a dificuldade de acesso era um problema presente de modo diário. Muitas vezes pacientes iam fazer fila na noite que antecedia o dia de consulta que necessitariam da consulta o que traziam problemas adicionais aos que já existiam, como vulnerabilidade para assaltos, exposição a chuva, aparecimento de oportunistas que guardavam lugares na fila e os vendiam no dia seguinte. Problemática que era presente também nos distritos onde fazíamos

atendimentos de modo agendado. A equipe planejou a solução baseada em dois passos, primeiramente a reorganização da logística empregada pela equipe, agora não faríamos apenas por ordem de chegada, as consultas seriam agendadas um dia antes no turno da tarde, visando a melhor comodidade de horário e acesso para os pacientes irem até a unidade. Como segundo passo para a resolução desta etapa, teríamos que educar os pacientes do novo modo de trabalho da equipe, como vimos que apenas levar a resolutividade da problemática para os pacientes que estavam na unidade, não gerava resultados satisfatórios, utilizamos as VDs nessa etapa para reforçar as modificações no sistema de agendamento de consultas. Nos distritos mais distantes onde fazíamos atendimentos periódicos, os ACS se tornaram os principais responsáveis pelos agendamentos levando junto a enfermagem para a realização da classificação de prioridade dos pacientes crônicos que necessitam visitas periódicas com maior frequência e atenção, trazendo assim a modificação para toda a zona de abrangência da unidade.

Em síntese, a organização da demanda programada, a melhoria da ambiência da UBS e uma ação proposta na qualificação do acolhimento e no enfrentamento da problemática foram os pilares desta microintervenção, que certamente trará impactos positivos e relevantes tanto para a equipe quanto para os usuários e permanecerá continuamente melhorando a qualidade do serviço de saúde ofertado.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Na segunda microintervenção realizada a partir da Especialização em Saúde da Família AVASUS/PEPSUS, foi levado abordado o tema “Câncer na Atenção Primária à Saúde”, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Isaac Newton, comunidade Distrito Itacima e seus nove distritos no município de Guaiuba estado do Ceará.

Dentro do alcance da UBS, contamos com uma população idosa importante, responsável por uma grande parcela das consultas agendadas. Muitos deles afetados por doenças crônicas que exigem atenção, cuidado e mudança de hábitos, fatores que nos fazem estar o mais próximo possível dos nossos pacientes. Dentre as doenças crônicas mais comuns estão listadas hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dado que muitas vezes são responsáveis por um direcionamento absoluto da atenção em saúde para essas patologias e como consequência outras patologias de peso quando se trata da saúde do idoso. Observando a comunidade de perto, vemos uma predominância de homens em quantidade, entre eles muitos idosos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta de modo rotineiro sobre a devida preocupação que devemos ter quando se trata de câncer de próstata, infelizmente muitas vezes deixado em segundo plano por existirem outras grandes preocupações, porém, ao constatar que a zona de abrangência estava experimentando uma longa ausência de conscientização a par do câncer de próstata, decidiu-se que o tema seria abordado nesta microintervenção.

De acordo com a base de dados e estimativas do Instituto Nacional de Câncer, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos e considerando ambos os sexos, é o segundo tipo mais comum. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento.

Traçamos uma microintervenção com o objetivo de detecção precoce que por sua vez, é uma estratégia para encontrar o tumor em fase inicial e, assim, possibilitar melhor chance de tratamento. A detecção pode ser feita por meio da investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou com o uso de exames periódicos em pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença. No caso do câncer de próstata, esses exames são o toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem do PSA (antígeno prostático específico).

Para abordar a situação, foi planejada uma ação dividida em etapas. A primeira consistia em abordar sobre o tema do diagnóstico precoce do câncer de próstata com a equipe, focando em deixar o assunto mais natural para os pacientes, já que para muitos deles o simples fato de falar em próstata se torna muito invasivo. Após a primeira reunião, a equipe foi instruída a ler o material do Ministério da Saúde (MS) sobre câncer de próstata numa primeira reunião formal a qual incluía o pessoal de enfermagem e acolhimento, focados no diagnóstico precoce da

doença para depois socializarmos o aprendizado. Após a orientação, recebemos sugestões para posteriormente socializarmos a informação coletada, visando falar com uma só voz o que havíamos aprendido e compartilhado juntos. Na segunda reunião todos tiveram a oportunidade de falar e surgia a ideia de que deveríamos começar a conversar com os pacientes antes de fazer uma palestra de modo aberto sobre o tema, aproveitar momentos onde eles estariam reunidos com outros objetivos e começar a difundir informação.

A segunda fase foi planejada da seguinte forma: em um dos nossos dias de atendimento ao programa HIPERDIA fizemos uma palestra rápida sobre a importância do diagnóstico precoce de todos os tipos de câncer e que a saúde pública, nos oferece de modo gratuito várias dessas prevenções, usando auxílios visuais como banners que já haviam na unidade. Abordamos sobre clínica urinária e a sua relação com a próstata, além do PSA. Essa palestra se deu em momento oportuno, já que muitos dos pacientes não aceitam ouvir sobre próstata e não estariam presentes num evento absolutamente direcionado para esse tema, não inicialmente. Paralelamente, a conscientização nas consultas foi sendo feita de modo ativo e passivo, falando e ouvindo, a escuta ativa tem sido uma estratégia essencial na abordagem de quase qualquer tema que tenhamos que repassar aos nossos pacientes. Em seguida, realizou-se uma segunda mini palestra na sala de espera com o público do HIPERDIA, focando nos homens para que procurem ajuda caso necessário e como auxílio, as mulheres que estavam presentes permaneceram para que pudessem ser uma parte do apoio, levando a informação aos seus esposos, filhos foram orientados a passar informações aos seus pais, almejando assim uma abordagem intrafamiliar, não iriam somente ouvir sobre câncer dentro da unidade, mas em casa também.

Então, chegamos a terceira fase, depois de prepará-los, nos organizamos para um mutirão da saúde masculina voltada para o câncer de próstata, onde o tema foi explicado de modo prático e objetivo, usando meio auditivos e visuais com o objetivo de chamar a atenção do público que estava na sala de espera, todos com suas máscaras, o distanciamento social foi respeitado, esse evento foi realizado em dois dias diferentes para abarcar todo o público que gostaríamos. Logo após, os pacientes que estavam ali presentes foram encaminhados para a consulta de imediato ou agendados em um momento oportuno de acordo com as possibilidades de cada um, onde lhes foi feita uma anamnese e pedidos de exame.

Finalizando a terceira fase, recebemos o retorno da maioria dos pacientes com seus exames solicitados previamente, preparando a quarta fase, o encaminhamento de pacientes com alterações de exame de imagem ou sanguíneo e alterações importantes na clínica. Fase a qual está acontecendo no decorrer das últimas semanas com o auxílio da secretaria municipal de saúde temos de uma porcentagem de pacientes sendo encaminhados aos poucos, os que necessitam de mais estudos ou abordagens por um especialista, mas quem podem esperar, outros, no entanto estão sendo encaminhados em caráter de urgência para hospitais de

referência, dando assim continuidade ao que podemos fazer como Atenção Primária a Saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com um cronograma apertado, poucos recursos, pandemia assolando o estado, o desafio de melhorar a qualidade do serviço em meio a tantas preocupações e dificuldades foi notório. Com problemas internos, externos foram necessárias várias estratégias secundárias para realizar o proposto mesmo que de modo parcialmente executado, já que algumas ações necessitariam mobilizações expressivas no número de pessoas envolvidas.

Levantando apoio de onde havia, pode-se revitalizar a unidade por completo, desde a recepção até a sala de espera, corredores e banheiros que estavam inutilizados. A preocupação extra de manter o distanciamento social foi trabalhada usando uma sala de espera ampla para abrigar os pacientes somando a estratégia de agendamentos bem cronometrados, evitando aglomerações na unidade.

Após a melhoria da ambiência e revitalização do sistema de agendamentos e da unidade de modo estrutural, o processo de adaptação levou cerca de três semanas, até não existirem aglomerações e o cumprimento da agenda ser próximo de 100%de eficácia. Então a partir deste ponto, pode-se iniciar uma mini campanha com a temática do câncer de próstata.

Abondando sobre o tema e várias mini palestras em dias específicos de atenção ao idoso, ainda não foi possível alcançar um número expressivo, porém alguns pacientes que participaram das classificações de risco foram encaminhados para exames complementares, que todavia não recebemos feedback pela situação atual da saúde pública brasileira (pandemia) apesar de contar como vitória, pois cada passo rumo a humanização e a integralidade importa.

Por fim, as microintervenção foram de grande valia para a comunidade, melhorando também o trabalho da equipe multiprofissional que atua nesta área.

5. REFERÊNCIAS

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Guaiuba Ceará: História. IBGE/Cidades: Maranguape: História.** v. 4 n. 4. p.23, 2017. Disponível em: ><https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/guaiuba/historico><.

Instituto De Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **PERFIL BÁSICO MUNICIPAL 2009. Guaiuba: demografia. PERFIL BÁSICO MUNICIPAL GUAUIUBA .** Ceará: IPECE, 2009. Disponível em: >https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Guaiuba_2009.pdf<.

6. ANEXOS





