



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

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO
NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LEDA PRADO, NO DISTRITO DE
JAIBARAS, SOBRAL/CE**

MANOEL FILIPE DIAS NERY

NATAL/RN
2021

ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO NO
CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA LEDA PRADO, NO DISTRITO DE JAIBARAS,
SOBRAL/CE

MANOEL FILIPE DIAS NERY

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: CILENE NUNES DANTAS

NATAL/RN
2021

RESUMO

O estudo teve como objetivo descrever as ações de saúde realizadas no Centro de Saúde Família Leda Prado, localizado no distrito de Jaibaras, Sobral/CE. Trata-se de um relato de experiência, com o desenvolvimento de três microintervenções. Destaca-se que os resultados ainda encontram-se incompletos visto que não foi possível o cumprimento do cronograma estabelecido – devido a pandemia da COVID-19, porém, apesar do pouco tempo de execução da nova estratégia estabelecida, se percebeu uma melhora na qualidade do atendimento. Ainda existem inúmeros desafios e pontos de fragilidade que dificultam a satisfação da supracitada diretriz. Pontos como sobrecarga e despreparo dos profissionais, desorganização na estrutura do atendimento e a própria cultura da população, além da demora na marcação dos atendimentos afetam o estabelecimento do vínculo profissional de saúde – paciente que, conseqüentemente, prejudica o cuidado.

Palavras-chaves: Saúde da Família, Microintervenções, Profissionais de Saúde.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	6
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	9
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
5. REFERENCIAS	13

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 de 1990, constitui grande avanço na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, que tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade.

O desempenho do SUS está intimamente ligado ao acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), a qual refere-se à uma estratégia de organização da atenção à saúde regionalizada, contínua e sistematizada para atender na quase totalidade, as necessidades de saúde de determinada população, onde se integram as ações preventivas e curativas e também, a atenção individual e coletiva à população.

Com o intuito de adequar os conhecimentos às novas orientações de estruturação da APS, o Ministério da Saúde tem utilizado de estratégias como a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) que traz como uma de suas principais diretrizes o acolhimento o qual refere-se à construção de interações interpessoais baseadas em uma escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do próximo.

Outro ponto de destaque nas ações que devem ser desempenhadas pela UBS está o estabelecimento de formas de atuação efetivas frente as neoplasias desde a orientação e sensibilização da população sobre a promoção, proteção da saúde e prevenção das neoplasias estendendo-se até a detecção precoce e tratamento. Visto que as neoplasias vêm se tornando uma realidade cada vez mais presente no cenário mundial e brasileiro

No Brasil, o câncer é ainda um tema tratado como de “alta complexidade”, ou seja, não faz parte das políticas públicas da atenção primária, no entanto, o câncer é a segunda principal causa de mortalidade no mundo e precisa, com urgência, se tornar um problema da Atenção Primária de Saúde (APS), como forma de evitar diagnósticos tardios e maiores complicações para o paciente (FEMAMA, 2019).

Diante do exposto fica clara a relevância do presente trabalho já que permitiu o conhecimento acerca da realidade do CSF Leda Prado, no distrito de Jaibaras, município de Sobral/CE.

Visando a melhoria do serviço prestado, o presente trabalho teve por objetivo descrever as ações de avaliação do funcionamento da UBS com relação ao acolhimento dos pacientes e, estabelecer novas estratégias para melhorar a qualidade do serviço prestado.

Trata-se de um relato de experiência, no qual foram desenvolvidas duas microintervenção descritas a seguir:

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O acolhimento é prática integrante da Política Nacional de Humanização (PNH) com a intenção de aperfeiçoar o processo de trabalho nos serviços básicos de saúde, principalmente no que diz respeito à demanda espontânea. No ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou em seus Cadernos de Atenção Básica dois volumes voltados para o tema do Acolhimento à Demanda Espontânea (BRASIL, 2013)

A implementação do acolhimento, nas unidades, tem por finalidade não apenas fornecer escuta qualificada aos usuários do serviço, mas aprimorar a atenção aos mesmos, priorizando uma mudança no modelo de atendimento através da classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades não só do indivíduo como do coletivo (SOUZA, 2015).

A proposta do acolhimento na demanda espontânea visa agilizar o atendimento, realizando avaliação dos usuários e determinando suas prioridades de acordo com seu risco ou vulnerabilidade. O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas (CALDAS, 2015).

Outro ponto relevante diz respeito ao atendimento à demanda programada, consultas previamente marcadas, que englobam aqueles pacientes com condições de saúde crônicas ou não urgentes/emergentes. Tal diferenciação se faz necessária e de fundamental importância para que o Centro de Saúde da Família (CSF) funcione de maneira organizada e resolutiva, atendendo, dessa forma, aos anseios e necessidades da população (MENDES, 2017).

Um dos princípios que garante tal organização é do primeiro contato, o qual refere-se ao ponto de entrada mais fácil e próximo do usuário para os serviços de um sistema de saúde, objetivando não prejudicar ou atrasar o diagnóstico e as intervenções necessárias para se resolver um determinado problema de saúde. Buscando além disso, acelerar esse processo (SOUZA et al, 2019).

Diante disso, percebeu-se que o CSF Lêda Prado, distrito de Jaibaras, não estava cumprido tal princípio de forma eficiente e eficaz. O despreparo dos profissionais na triagem, o agendamento errôneo dos pacientes para consultas agendadas e, o receio de retaliação por parte dos pacientes que não tinham suas necessidades atendidas naquele momento, eram pilares de má conduta que careciam de melhorias.

O estudo tem como objetivo relatar as estratégias propostas pela equipe de saúde para o atendimento da demanda espontânea e da demanda programada, dirimindo o caos antes existente e estabelecendo novas normas de condutas, objetivando, além da elaboração de estratégias, a reorganização os processos de trabalho da equipe e do fluxo de acolhimento e atendimento dos pacientes.

Trata-se de um relato de experiência, do tipo relato de intervenção, foi realizado no CSF Lêda Prado – distrito de Jaibaras – nos meses de outubro e novembro de 2020.

Diante do quadro supracitado, organizou-se reuniões sob a metodologia de Grupos de Discussão, com o intuito de identificar as dificuldades de cada profissional. A partir disso, novas metodologias de atuação foram traçadas e novos fluxogramas de atendimentos foram elaborados. Tais reuniões que têm por objetivo, atender os usuários de forma equânime e satisfatória, inicialmente, eram diárias, passando a apresentar frequência semanal de acordo com a absorção das novidades tanto pelos profissionais como pelos cidadãos.

Porém, antes de qualquer implantação de metodologias novas fez-se mister uma atualização dos profissionais para que os mesmos tivessem mais domínio e confiança na hora da abordagem do usuário, mais agilidade e determinação de condutas mais adequadas, dirimindo assim, qualquer receio que os profissionais pudessem ter ao agendar consulta para o dia ou para um outro dia, encaminhamentos ou simplesmente orientações gerais ao usuário.

Com a nova estratégia sendo iniciada, foi reorganizada a demanda programada, foi feita uma distribuição melhor da marcação de consultas já agendas para os dois períodos, tanto da manhã quanto da tarde, procurando sempre deixar uma quantidade pré determinada para a demanda espontânea. No entanto, observou-se durante a implantação da triagem, um grande problema: população mal acostumada.

Equipes de saúde anteriores por agirem de maneira desorganizada, “viciaram” a população numa metodologia de atendimento totalmente ineficaz e contraproducente. A população entendia o funcionamento do CSF como sendo igual ao de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), não respeitando o horário de atendimento/funcionamento do CSF e requerendo demandas que iam além dos serviços oferecidos a nível de Atenção Primária em Saúde. Assim, os primeiros dias com o primeiro contato sendo feito através de triagem pela enfermeira foi bastante difícil devido à enorme resistência de alguns pacientes a seguirem a nova metodologia que estava sendo implementada.

Destaca-se que houve, inclusive, ameaças aos profissionais, não ameaças físicas mas de denúncia nas mídias/rede sociais e na secretária de saúde sob a justificativa de que o CSF estava se negando a atender à população.

Diariamente foram realizadas orientações e salas de esperas com os usuários antes dos atendimentos, para elucidar a eles o novo fluxograma que estava sendo implantado no CSF, deixando claro que tal fluxo tinha como objetivo, melhorar o funcionamento do CSF para todos, profissionais e usuários. Depois de alguns dias já foi perceptível uma melhor adesão da população.

Apesar de toda dificuldade encontrada no início da implantação da nova metodologia, hoje, já percebe-se uma dinâmica mais funcional do CSF. Já não há mais superlotação na recepção, a triagem ainda está engatinhando mas já percebe-se uma melhora significativa da

seleção dos pacientes bem como uma conduta mais assertiva e adequada. Os agendamentos programados estão melhor distribuídos e diluídos a todos os profissionais (atendimentos intercalados entre as enfermeiras e os médicos), o que tem proporcionado uma diminuição no tempo de espera, dos usuários, por consultas.

Organizar a demanda espontânea e demanda programada, permite que a população tenha acesso ao atendimento de saúde de qualidade, satisfaça suas necessidades e corrobore cada vez mais o vínculo com o CSF. Ainda há muito o que melhorar, porém esses primeiros passos foram bastante promissores. Espera-se que o serviço possa continuar fluindo com um ambiente harmonioso e um atendimento organizado.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

As neoplasias vêm se tornando uma realidade cada vez mais presente no cenário mundial e brasileiro. Nos países em desenvolvimento, o impacto dessa doença nos próximos anos apresenta uma estimativa preocupante e desafiadora, calcula-se que o impacto do câncer na população chegue a 80% dentre os 20 milhões de novos casos esperados até 2025 (MELINA et al, 2016). Tal premissa torna inquestionável a definição das neoplasias como problema de saúde pública.

No Brasil, o câncer é ainda um tema tratado como de “alta complexidade”, ou seja, não faz parte das políticas públicas da atenção primária, no entanto, o câncer é a segunda principal causa de mortalidade no mundo e precisa, com urgência, se tornar um problema da Atenção Primária de Saúde (APS), como forma de evitar diagnósticos tardios e maiores complicações para o paciente (FEMAMA, 2019).

Diante disso, torna-se necessário elaborar estratégias e planos de ação que visem orientar e sensibilizar à população sobre a promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças para que reduzam o surgimento das neoplasias ou, pelo menos, sejam detectadas o mais precocemente possível, evitando assim a descoberta da doença em estágios mais avançados, os quais impedem a cura.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença e o rastreamento aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento.

Realizou-se um levantamento do atual cenário da abordagem do câncer na rotina do CSF Lêda Prado, o qual rapidamente evidenciou que o trabalho de prevenção e rastreamento dos principais tipos de câncer abordados inicialmente na atenção primária estava precário, devido principalmente a dois pontos principais: questão cultural e aspecto técnico-burocrático.

Um dos principais motivos para o fortalecimento dos aspectos culturais, a falta de informações corretas repassadas aos cidadãos que leva ao desconhecimento, medo e receio de procurar atendimento. Muitos pacientes não sabem como é realizado o exame e qual o objetivo do mesmo. Além disso, a questão da sexualidade é um verdadeiro tabu na sociedade, muitos têm receio de se expor aos profissionais por constrangimento ou vergonha.

Evidencia-se a baixa procura espontânea por atendimento e realização de exames de rastreio tanto na população feminina como masculina. Exame de prevenção do colo do útero, citologia oncótica, exames de rastreio para câncer de mama, mamografia e eventualmente ultrassonografia, como método complementar em algumas circunstâncias, e próstata, PSA e toque retal, por exemplo, são realizados em quantidades insuficientes frente a necessidade da população, apesar da oferta e disponibilização de tais exames na unidade.

Outro grande problema diz respeito ao aspecto técnico-burocrático. Com relação à coleta de citologia oncótica, infelizmente, às vezes faltam alguns materiais necessários para realização do exame, dificultando a realização dos mesmos. Fora isso, há muita demora na liberação dos resultados, algumas vezes, demora meses para serem entregues e assim serem analisados pelos profissionais.

Já em relação aos exames de rastreamento para câncer de mama e próstata no que diz respeito às falhas técnico-burocráticas, a disponibilidade dos exames também é deficitária, há muita demora na marcação dos exames no SUS bem como a indisponibilidade de alguns, como o PSA livre que não é disponibilizado, apenas o PSA Total é liberado, dessa forma a determinação da relação PSA Livre/Total não é determinada, relação essa, imprescindível para estabelecer maior probabilidade de uma alteração ser câncer ou hiperplasia benigna da próstata. Nesse contexto também podemos incluir as consultas com especialistas para melhor acompanhamento de cada caso.

Diante dos problemas acima se evidencia que a abordagem a esse tema é um problema. Além do acima citado, grande parte dos profissionais não demonstravam domínio sobre o tema, percebeu-se inabilidade e falta de conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento da doença e abordagem frente aos pacientes que já possuem o diagnóstico fechado.

Dessa forma, buscou-se agir inicialmente atuar na capacitação dos profissionais de saúde através de aula expositiva e grupo de discussão sobre o tema realizado dentro das reuniões semanais que já ocorrem naturalmente na unidade. Após esse primeiro contato com a equipe reuniu-se e ajustou estratégias visando educar à população sobre, principalmente, fatores de risco e formas de detecção precoce (específicas para cada faixa etária e tipo de neoplasia frequente), a intenção era organizar palestras, grupos com o público-alvo para explicar o passo a passo de cada exame, o porquê cada exame deve ser realizado e a importância de cada um durante todo o ano. Tais iniciativas iniciariam em 2021.

Estabeleceu-se um cronograma de atividades a serem cumpridas de forma que essas abordagens de educação à população sejam perenes e atuantes através de busca ativa de pacientes e orientações constantes, inclusive em momentos fora dos grupos, como em visitas domiciliares. Sempre com o objetivo de ampliar a procura e otimizar o auto-cuidado para prevenir e promover saúde e, caso haja o diagnóstico, que esse aconteça o mais precoce possível, melhorando assim, o prognóstico.

Por conta do momento atípico que estamos vivenciando muitas dessas atividades não puderam ser cumpridas visto a impossibilidade de organização de grupos, palestras presenciais e até mesmo consultas eletivas que tiveram que ser desmarcadas para evitar aglomeração na unidade. A unidade se fechou para outros tipos de atendimentos e atividades ficando destinada apenas ao atendimento de sintomáticos respiratórios e casos de

urgência/emergência.

Contudo, o planejamento realizado poderá ser executado após a retomada gradual e o retorno as atividades da UBS. Enquanto esse momento não chega, a ideia é a criação de grupos em redes sociais que sirvam como suporte e tira-dúvidas. Assim, a população pode ser informada e ouvida, minimizando dessa forma o impacto negativo que a população vivenciando no momento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia o quanto a Política de Humanização do SUS se faz necessária e imprescindível para o estabelecimento de uma APS eficiente e eficaz, principalmente no que diz respeito ao princípio do acolhimento e a educação em saúde.

Tal princípio assegura o acesso e o acolhimento de modo a ser porta de entrada para todos atendendo à população de modo universal e sem exclusão e/ou discriminação, assumindo a função de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva para os problemas enfrentados pelos pacientes, sendo, assim, capaz de resolvê-los.

Porém, ainda existem inúmeros desafios e pontos de fragilidade que dificultam a satisfação da supracitada diretriz. Pontos como sobrecarga e despreparo dos profissionais, desorganização na estrutura do atendimento e a própria cultura da população, além da demora na marcação dos atendimentos afetam o estabelecimento do vínculo profissional de saúde – paciente, prejudicando o cuidado.

A política de acolhimento não deve funcionar somente como estabelecidora de diretrizes de organização de processo de trabalho na APS, mas sim como reorientadora, organizando a rede de serviços, no intuito de torná-la acolhedora, eficiente e resolutiva tanto para os profissionais, indivíduos como para a gestão.

Percebe-se, portanto, que o mais importante não é a definição em si de acolhimento, mas o esclarecimento de perspectivas e estratégias que permitam a implementação do SUS em sua totalidade, garantindo assistência completa e integral à população, fortalecimento das ações propostas e garantia de longitudinalidade na prestação do serviço de saúde.

6. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

CALDAS, JB. **Abordagem da demanda espontânea na unidade básica de saúde Cristais – Nova Lima.** 2015. 27f. TCC do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. UFMG, Belo Horizonte, 2015

CALEFFI, M. **O câncer como um problema de atenção primária.** FEMAMA. Porto Alegre. 2019. Disponível em: <https://www.femama.org.br/site/br/noticia/o-cancer-como-um-problema-de-atencao-primaria>. Acesso em 20 de abril 2021

MENDES, MS. **Demanda espontânea x Demanda programada na equipe de saúde da família saúde e esperança no município de São João do Pacuí/MG.** 2017. 22f. TCC do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Montes Claros, MG. 2017

SOUZA, BR et al. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: utilização do PCATool-versão Brasil.** APS em Revista. Vol. 1, n. 2, p. 112/120 | Maio/Agosto – 2019