



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 – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UBS MATEUS
FERNANDES DE OLIVEIRA: DO AGENDAMENTO AO RASTREAMENTO
DO CÂNCER DE PULMÃO NO DISTRITO DE PAPARA-MARANGUAPE-
CE.**

ROMULO PEREIRA DE MACEDO

NATAL/RN
2021

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UBS MATEUS FERNANDES
DE OLIVEIRA: DO AGENDAMENTO AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE
PULMÃO NO DISTRITO DE PAPARA-MARANGUAPE-CE.

ROMULO PEREIRA DE MACEDO

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 BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2021

Agradeço primeiramente a Deus, aos Professores e a todas as pessoas que contribuíram para
elaboração deste trabalho.

Dedico esta pesquisa aos meus pais, meus maiores e melhores orientadores na vida.

RESUMO

Desafios são vistos todos os dias quando se trata da atenção primária no sistema de saúde brasileiro e um dos desafios mais encontrados, ainda mais nesses tempos pandêmicos, é a superlotação das unidades. Com uma carga de trabalho acima do que se espera, é comum existir problemas na organização e quando existe fragilidades na organização da agenda antes mesmo da pandemia, a possibilidade de problemas é muito maior. Além de usuários com patologias agudas não estarem sendo atendidos do modo adequado, pacientes com doenças crônicas muitas vezes podem passar despercebidos, quando os agendamentos praticamente não funcionam e o acesso se dá majoritariamente por meio da demanda espontânea. O trabalho teve como objetivo promover uma qualificação do processo de trabalho da equipe a partir da organização da agenda da unidade na perspectiva de melhorar o fluxo de atendimentos e ter maior atenção no rastreamento de doenças graves e crônicas perpassando pela qualificação da equipe. As ações aconteceram por meio de microintervenções no cotidiano da unidade de saúde. Como resultado foi possível observar que os usuários tendem a ser resistentes a mudanças que fogem da facilidade de ter o contato com o médico, mas após enfrentamento dos desafios e com perseverança na organização da agenda e priorização da demanda, além de encaminhamentos rápidos de casos que não podem ser resolvidos na unidade, fizeram com que a rotina se tornasse mais eficaz, otimizando o fluxo de pacientes sem comprometer a qualidade no atendimento ao mesmo tempo evitando que todos estivessem na unidade trabalhando de modo profilático contra a Covid-19

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	9
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
5. REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

Maranguape é um município originário de Fortaleza, tendo como ano de criação 1851, nome da cidade significa Vale da Batalha originária do Tupi. Dividida em distritos, além de Maranguape contamos com 17 localidade principais de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), entre eles o distrito de Papara, criado em 1991, segundo os dados do censo de 2010 totalizando 113.561. (IBGE, 2010 apud Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, 2012a). Contando com um hospital geral e uma unidade de Pronto Atendimento (PA), Maranguape tem a capacidade de suprir parte daquilo que o usuário do SUS exige para seu bem estar. Contando em 2010 com 23 centros de saúde/ Unidades Básicas de Saúde (UBS), (Sesa, 2011 Apud Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica Do Ceará, 2012b)

O distrito de Papara conta com aproximadamente 1.200 habitantes que ainda se dividem em comunidades como: Papoco, Juá, Onça, Mocoçal, Riacho Verde, Bela Vista, Boa Vista, Forquilha e Cacimbão. Girando sua economia em torno da agricultura, pecuária, pesca e artesanatos o distrito segue em crescimento lento. Conta com apenas uma unidade de saúde, o PSF Mateus Fernandes de Oliveira. (MARTINS, 2015)

Vivenciando a demanda da pequena unidade responsável pela zona de abrangência, logo inicialmente a desorganização na agenda era notável. Muitos pacientes que poderiam ser agendados chegavam solicitando atendimento à demanda espontânea, o que atrasava o fluxo de atendimento de modo grotesco, gerando insatisfação por parte do usuário e falta de qualidade na oferta de serviço da equipe. Além de uma cobertura praticamente inexistente quando se tratava da coleta de exames preventivos para o câncer de colo uterino. Modificar as problemáticas apresentadas se fazia essencial para a melhoria da qualidade de atendimento na unidade e melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Essa falta de logística impedia o avanço na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, sendo elas mais comuns como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM), até mesmo o rastreamento de câncer, em especial neste trabalho o câncer de colo uterino.

Então como objetivos, reorganizar a agenda da unidade para melhorar a qualidade e fluxo de atendimento era o primeiro passo para dar a importância necessária para doenças como o câncer que apesar de não existir números específicos do distrito, existiam casos familiares população de risco e zero rastreamento.

Apresentando o trabalho de forma a zelar pelo bem estar da população, tais modificações propostas apresentadas em modo de microintervenções individuais de acordo com cada área abordada no estudo na zona de abrangência, como microintervenções um e dois, a primeira voltada para a organização da demanda e a segunda voltada para a conscientização e tentativa de aumentar a demanda de busca para a coleta de Papanicolau.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Micro 01: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.

No município de Maranguape na Unidade de Saúde Mateus Fernandes de Oliveira, localizada na comunidade Papara, se relata a microintervenção número um da especialização, a primeira que se realizou na zona de abrangência. Nos Itinerários Formativos na Atenção à Saúde, avançados dois temas até o presente momento, foi escolhido o tema Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada que apresentava um real problema e de manejo necessário para melhorar a qualidade da atenção à saúde no território.

No contexto da comunidade e do funcionamento da unidade, víamos um cenário desorganizado quando se tratava das consultas à demanda espontânea e consultas programadas o que levava a uma realidade de serviço que não alcançava seu verdadeiro potencial. Uma demanda elevada de consultas diárias que gira em torno de trinta consultas, chega a ser divergente do que o Sistema Único de Saúde (SUS) prega no nosso país (pela qualidade e uso do tempo das consultas), caso que seria melhorado de modo relativo na redução da demanda de atendimento, porém não vejo como negar consultas necessárias à população, ou seja, se recusar a atender à demanda espontânea. Esse fato seria contra o que prega as políticas ou diretrizes do SUS.

Esse número de consultas diárias não é possível nem quando existe uma organização efetiva por parte da equipe usando matemática simples, se usamos 20 minutos em média para cada consulta e são 30 consultas por dia, estaríamos assim esgotando nossa carga horária de trabalho sem levar em consideração horário de almoço ou repouso previsto por lei, sendo que o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) prevê a seguinte organização semanal de uma equipe de Saúde da Família (eSF) 1 - Carga horária semanal: 18 horas. 2 - 18 horas = 1080 min. 3 - Tempo padronizado consulta médica: 20 min. 4 - $1080 \text{ min.} / 20 \text{ min.} = 54$ consultas/sem. 5 - 54 consultas por cinco dias (2ª a 6ª) = 10,8 (arredondar para 11 cons./dia). 6 - Preencher onze consultas em cada dia da semana de acordo com a cor da legenda (metade no turno da manhã e metade no turno da tarde), sem levar em consideração as outras atividades que deveríamos desenvolver na unidade no tempo que disponibilizamos para trabalhar como: Visitas domiciliares (VD); Educação Permanente em Saúde (EPS); Administrativo; Grupos Operativos e Café. (CONASS, 2015)

Então a sobrecarga de serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS), fazia com que a organização não fosse eficiente, exigindo estratégias para mudar o cenário vivenciado. A organização necessária para reduzir a carga de serviço e fazer com que o serviço diário fosse eficiente, não acontecia na unidade, uma realidade onde consultas programadas eram adiadas pela presença de um número alto de consultas à demanda espontânea, fato que não deve acontecer. Quando existe uma funcionalidade adequada dos serviços da unidade, as consultas à demanda espontânea não tomam o tempo das consultas agendadas, elas são previstas de modo

aproximado para que assim possamos atendê-las sem influenciar na agenda programada para o dia de trabalho, contudo, na realidade da área de abrangência, mesmo com uma boa organização da agenda e disponibilização adequada das consultas, não resolveria totalmente o cenário, então planejamos modificações para resolver essa situação, um plano de intervenção baseado em três etapas.

A primeira etapa tinha como objetivo, diminuir a quantidade de consultas agendadas no mesmo dia, tirando a sobrecarga do sistema de agendamento. Essa modificação não foi implantada na intenção de dar mais comodidade à equipe e sim de melhorar a qualidade do atendimento na unidade para os pacientes. Aos poucos, foram sendo distribuídas menos fichas, o que antes era comum chegar a vinte e cinco, estimamos a liberação de vinte por dia. A modificação radical para a indicação do CONASS traria um colapso local para a saúde da população. Com essa leve diminuição, já haveria melhora no fluxo de pacientes e melhora na quantidade e qualidade de tempo para atender quem precisava.

Segunda etapa baseada em: Organização das equipes. Três reuniões foram feitas para informar que haveria modificações na organização dos atendimentos, a redução do número de fichas e socializar o motivo dessas mudanças no funcionamento da unidade. As equipes foram organizadas para agir de modo conjunto, falando uma mesma voz e agindo de modo profissional, sério e ágil. As mudanças propostas foram muito bem aceitas pela equipe multidisciplinar e logo foram empregadas.

A terceira etapa baseava as modificações na classificação de risco da demanda espontânea. Uma grande carga de pacientes que buscavam consultas à demanda era recebida na unidade, pacientes que queira ser consultados, mas uma parcela não cumpria a classificação de urgência ou emergência, outra parcela necessitava de atendimento imediato, pois tinham risco de vida, mas por ser uma unidade básica, não contamos com muitos recursos, uma terceira parcela cumpria com o que podíamos fazer e com a devida urgência, porém a maior parte da demanda poderia tranquilamente agendar sua consulta já que não era um atendimento prioritário. Para diminuir e otimizar (de modo direto ou indireto) a qualidade das consultas à demanda ou programadas, implementamos uma triagem com classificação de risco feita pela recepção e enfermagem. Pacientes graves eram vistos pelo médico rapidamente, estabilizados (quando havia possibilidade de recurso) e logo encaminhados, pacientes que poderiam ser atendidos por cumprirem os quesitos eram atendidos logo após a próxima consulta e pacientes que apresentavam quadros leves eram atendidos de modo paliativo pela enfermagem e agendavam sua consulta para um momento oportuno.

Ao analisar o funcionamento das etapas, vimos que aos poucos a população foi se adequando, a equipe foi se acostumando com o novo método de trabalho, a demanda diminuiu, trazendo mais qualidade para os serviços oferecidos e a classificação de risco aplicada nos pacientes trouxe uma boa resposta, já que os casos mais graves eram atendidos mais

rapidamente e com uma melhor estrutura. Hoje a agenda é bem organizada, a pesar de ser quase sempre lotada, a demanda tem sido menor, mas ainda não conseguimos manter um número inferior a vinte fichas por dia. Com o fluxo melhor distribuído e organizado, as diversas atividades que deveriam ser exercidas pela unidade, estão começando a funcionar do modo que deveriam, como as VD, cafés, pausa para um descanso rápido entre outras atividades. Os resultados puderam ser observados após duas semanas de implementação, após algumas reclamações do novo funcionamento, a população entendeu que as mudanças vieram para melhorar a qualidade da atenção à saúde.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Micro 02: Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde

No município de Maranguape na UBS Mateus Fernandes de Oliveira, localizada na comunidade Papara, se relata a microintervenção número dois da especialização, a segunda que se realizou na zona de abrangência. Nos itinerários formativos na atenção à saúde, no presente momento temos duas temáticas abertas para relatar a microintervenção. Na zona de abrangência da unidade, temos uma população fumante importante e grande parte constituída por idosos, por sua vez, tabagista há muito tempo, alguns deles com relato de mais de cinquenta anos como fumantes. Por existir um número elevado de usuários fumantes e não haver programa ativo para rastreamento ou prevenção do câncer de pulmão, surgiu a oportunidade de trabalhar nessa área abordando o tema da abordagem do câncer na Atenção Primária à Saúde (APS). Mundialmente é o mais comum de todos os tumores malignos (excetuando o câncer de pele), apresentando aumento de 2% ao ano na incidência mundial. Em 80% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. Altamente letal, a sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% a 10% nos países em desenvolvimento, (INCA, 2018).

No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo. Evidências na literatura científica mostram que pessoas com câncer de pulmão apresentam risco aumentado para desenvolver um segundo câncer de pulmão e que irmãos e filhos das pessoas que tiveram câncer de pulmão apresentaram risco levemente aumentado de desenvolvimento desse câncer. Entretanto, é difícil estabelecer o quanto desse maior risco decorre de fatores hereditários e o quanto é por conta do tabagismo, (INCA, 2018).
É a mesma referência acima utilizada? Sim tutora

Nesta intervenção, serão levados vários fatores de risco para classificar um paciente como sendo de risco, não apenas o tabagismo isolado, embora seja um fator importante. De acordo com INCA, (2017) o câncer de pulmão é o terceiro de maior prevalência entre os homens no Brasil, além de ser um dos principais causadores de câncer de pulmão, o cigarro se relaciona com câncer de laringe, cavidade oral e esôfago, além de ter papel importante nos cânceres de bexiga, pâncreas, colo do útero, leucemia mielóide entre outros. Por ser um tema pouco abordado e ter uma probabilidade de ser ou se tornar uma situação de saúde comunitária na localidade, planejou-se uma micro intervenção de três etapas, a primeira etapa sendo um pilar importante do sucesso da micro, já que nos reunimos com a equipe que trabalha na unidade para compartilhar a ideia e capacitar o time nessa ação que deverá continuar sendo realizada pela unidade. Nessa reunião, compartilhamos material sobre fatores de risco de modo simples e direto com a finalidade colocar a conhecimento da equipe os fatores que iríamos procurar nos pacientes, para que assim podamos classificá-los de acordo com seu risco, seja ele real ou relativo.

Após a capacitação, por em prática seria relativamente delicado, então na segunda etapa dividimos funções, a equipe de acolhimento e enfermagem seria responsável por preencher a ficha com os fatores de risco e registrar as informações, a parte do conflito mais direto e investigação com o paciente seriam função do médico. Tal triagem se faria de modo inicial e obrigatório em pacientes com 50 anos de idade ou mais, levando em consideração que a maioria dos diagnósticos de câncer de pulmão, se dá em pacientes acima de 70 anos de acordo com a Oncoguia, 2020. Terceira etapa acontece na zona médica propriamente dita, onde o profissional indaga sobre sintomas e aborda os fatores de risco, por critério clínico, se dá continuidade no caso do paciente, solicitando exames e até mesmo encaminhamento para profissionais especialistas.

Na primeira etapa nomeada com “Capacitação pré-microintervenção” temas como o que é câncer de pulmão, fatores de risco, complicações e sobrevida foram abordados, além de conversar com a equipe, houve compartilhamentos pessoais e profissionais sobre o tema abordado. Logo após, desenvolvemos uma mini ficha para agregar ao prontuário de pacientes acima de 50 anos, com os fatores de risco principal no objetivo de realizar uma triagem, a segunda etapa. Nela obtemos informações como:

- Se o paciente fuma ou vive com fumantes
- Qual tipo de fumo (cigarro, charuto, maconha, cachimbo ou etc)
- Se fuma:

Há quanto tempo;

Quantidade de maços por dia;

- Com o que trabalha (buscando fatores de exposição laboral que poderia ser um fator de peso)
- História familiar
- Dieta e hábitos de vida em geral.

Após a coleta de dados, o paciente seria encaminhado ao médico, dependendo se a causa da consulta foi por queixa pulmonar ou não, dando início a próxima etapa. Na consulta, o médico investigaria mais a fundo sobre os fatores de risco relevantes na vida do paciente, além de uma anamnese direcionada ao problema estudado pela micro intervenção. A conduta é dada de acordo com o critério médico, solicitando exames para esclarecimento ou tomando conduta expectante marcando retorno ou até mesmo procurar de imediato um encaminhamento para especialista.

Dentro dessa microintervenção, relatamos um caso diagnosticado no início da aplicação do projeto. Um paciente masculino, de 70 anos de idade chega à unidade com histórico de tuberculose com falha terapêutica repetidas vezes, paciente clínico respiratório, desistente de três planos terapêuticos para tuberculose. Paciente fumante de dois a três maços de cigarro por dia há mais de 20 anos, com histórico familiar positivo, cumprindo vários critérios da ficha de triagem foi encaminhado ao médico para maiores investigações. Após anamnese e conduta

terapêutica para tuberculose revisada e prescrita, uma série de exames foram solicitados para avaliar a situação de saúde do paciente e uma radiografia de tórax foi solicitada, após uma semana o paciente retorna com uma radiografia sugestiva de câncer de pulmão. Uma tomografia de tórax foi solicitada, interrogando câncer de pulmão, após cinco dias o paciente retorna com tomografia e laudo favorável para o diagnóstico presuntivo interrogado anteriormente. O encaminhamento foi dado e ao chegar ao especialista, constatou-se CA positivo de pulmão. Esperamos que essa microintervenção seja um sucesso em diagnosticar precocemente carcinomas pulmonares, trazendo assim maior expectativa e qualidade de vida da comunidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao reorganizar a logística de acolhimento, agendamento e conscientização sobre atendimento à demanda espontânea, o fluxo que girava em torno de 30 usuários por dia, caiu para 24 aproximadamente, com as devidas orientações sobre urgência e emergência, os pacientes já procuravam a Unidade de Pronto Atendimento do município em caso de necessidade e a agenda começou a ser organizada com um dia de antecedência, coisa que não acontecia antes. Não havia mais aglomerações nos corredores e sala de espera, os pacientes chegavam, eram atendidos e iam embora, diminuindo a permanência na unidade evitando aglomerações desnecessárias e agilizando o serviço para bem estar da população e da equipe. Levando em consideração a situação de pandemia em que vivemos, evitar aglomerações em ambientes onde haviam doentes, gestantes, crianças e imunodeprimidos era prioridade total, além de tratar adequadamente pacientes com quadros gripais e pneumônicos. Até então não existindo protocolo específico de tratamento, as medidas paliativas e de prevenção eram essenciais que acabaram sendo consequência da nova organização logística da unidade. Com isso pudemos classificar riscos em pacientes fumantes e enfisematosos, diagnosticando de modo precoce um câncer de pulmão numa campanha contra o câncer que foi devidamente encaminhado para exames complementares e manejo por especialidade. Como o tempo pôde render mais no dia a dia na unidade, pudemos diagnosticar de modo precoce e oferecer todo o suporte necessário para o paciente. Dando continuidade no projeto, a classificação de risco para câncer de pulmão continuo de modo paulatino nas consultas evitando assim maiores aglomerações em campanhas específicas.

5. REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Organização da Agenda da Equipe da ESF: Passo a passo.** CONASS - fev. de 2015. Disponível em: ><https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-5-A-ORGANIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-AGENDA-DA-EQUIPE-DA-ESF.pdf>< Acesso em: 10/31/2021

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tipos de câncer: **Câncer de pulmão - versão para Profissionais de Saúde.** Ministério da Saúde - out. de 2018. Disponível em: ><https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao/profissional-de-saude#:~:text=Altamente%20letal%2C%20a%20sobrevida%20m%C3%A9dia,e%20a%20dura>

Acesso em: 09/02/2021

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. PERFIL BÁSICO MUNICIPAL 2012 MARANGUAPE: DEMOGRAFIA. **PERFIL BÁSICO MUNICIPAL 2012 MARANGUAPE: DEMOGRAFIA.** Ceará: IPECE, 2012a. Disponível em: ><https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2013/01/Maranguape.pdf><. Acesso em: 20 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. PERFIL BÁSICO MUNICIPAL 2012 MARANGUAPE: DEMOGRAFIA. **PERFIL BÁSICO MUNICIPAL 2012 MARANGUAPE: Saúde.** Ceará: IPECE, 2012b. Disponível em: ><https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2013/01/Maranguape.pdf><. Acesso em: 20 mar. 2021.

MARTINS, Iliduína Menêzes. DISTRITO DE PAPARA, MARANGUAPE. **DISTRITO DE PAPARA, MARANGUAPE.** MARANGUAPEFOTOS, 15 ago. 2015. Disponível em: ><http://maranguapefotos.blogspot.com/2015/08/distrito-de-papara-maranguape.html><. Acesso em: 20 mar. 2021.