



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

**REESTRUTURAÇÃO DO MODO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS PRAZERES I,
NO MUNICÍPIO DE PAULISTA, PERNAMBUCO, GESTÃO 2020/2021.**

LUIZ ROBERTO MOREIRA SANTOS

NATAL/RN
2021

REESTRUTURAÇÃO DO MODO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DOS PRAZERES I, NO MUNICÍPIO DE
PAULISTA, PERNAMBUCO, GESTÃO 2020/2021.

LUIZ ROBERTO MOREIRA SANTOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA HELENA PIRES
ARAÚJO BARBOSA

NATAL/RN
2021

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Em segundo lugar, agradecer minha família por ter sido meu pilar de sustentação durante minha vida.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Em segundo lugar, minha família e minha orientadora Maria Helena Pires Araujo Barbosa, sem eles esse trabalho não seria possível.

RESUMO

A operacionalização correta do atendimento na atenção primária à saúde é um desafio de várias unidades no Brasil. Unidades saturadas e sem agenda corretamente programada podem ser um grande problema na execução de um trabalho bem feito, ainda mais quando se trata de saúde numa situação onde todos estamos correndo riscos, além da captação deficitária de mulheres para a realização do exame preventivo. Tendo em vista esses fatores, organizar a agenda, distribuir à demanda espontânea adequadamente pela classificação de risco é extremamente necessária para um bom fluxo de atendimento na unidade e obter bons resultados na cobertura da coleta de material para o exame citopatológico do colo uterino. Relembrando a equipe através de capacitações contínuas, aplicando formulários de classificação de risco, inserindo a equipe de enfermagem para uma participação mais ativa na unidade como em pré-consultas e conscientizando a população do novo modo de funcionamento, com o decorrer do tempo a população começa a entender o esquema correto de atendimento de acordo com a real demanda facilitando e melhorando o trabalho na unidade, levando assim a melhores resultados no cuidado da saúde da família, melhoria no fluxo de atendimento e diagnósticos precoces do câncer uterino.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	7
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	14

1. INTRODUÇÃO

Localizado ao norte da capital pernambucana, está o município de Paulista fazendo parte da região metropolitana de Recife, contando com cerca de 316.719 habitantes. (Prefeitura da Cidade de Paulista, 2019) Cidade que abrange 97,4km². Gentílico: Paulistano. (Cidade Brasil, 2021)

Na unidade Nossa Senhora dos Prazeres I, a população gira em torno de 3.413 pessoas na zona de abrangência, aproximadamente 1.240 famílias. Em 2018, a unidade foi totalmente requalificada, a equipe conta com médico clínico, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem, e 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atender a população. Contamos com sala de vacinação, de procedimentos, sala de reunião, brinquedoteca, e sala do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), todas receberam climatização. (Prefeitura de Paulista, 2018)

Nessa zona de abrangência, obviamente existem problemas a serem trabalhados e dois deles se destacaram entre outros, o primeiro se relaciona com ao atendimento à demanda espontânea com falha iniciando no acolhimento destes pacientes que ao serem recebidos na recepção, eram encaminhado o mais rápido possível para a consulta médica, sem priorização de risco e sem consultas por enfermagem, fator que supersaturava o consultório médico, gerava aglomerações excessivas, impaciência e desorganização nas consultas programadas.

Além desse fator, vimos que grande parte das mulheres não tinham seu exame preventivo em dia, seja por não ter nenhuma queixa, não saber da importância e até mesmo por vergonha, já que quem coleta o exame é um enfermeiro na gestão em questão.

Objetivando reativar a atuação de enfermagem nas pré-consultas e coleta de material para citopatológico, foram planejadas mudanças no acolhimento para que todo paciente à demanda espontânea fosse classificado antes de passar ao consultório médico, liberando o formulário para tal classificação, além da conscientização da população de que esse protocolo era necessário para a melhoria do atendimento na unidade. Concomitantemente a informação havia de ser brindada as mulheres que vinham à consulta com relação ao câncer de colo uterino.

Realizando o planejamento estratégico dividido em etapas principais com dois pilares a serem modificados: acolhimento e preventivo, porém concomitantes, para melhores resultados na atenção básica da unidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Relato de microintervenção n°: 1 que se passa no Município Paulista no Estado de Pernambuco, na USF Nossa Senhora dos Prazeres I, Bairro Maranguape, abordando a temática Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada.

A classificação de risco é um importante pilar do atendimento à demanda espontânea, sendo necessária para entender e priorizar quem precisa ser atendido de modo imediato e quem pode aguardar alguns instantes. O atendimento à demanda espontânea deve ser oferecido em todas as unidades de atendimento em saúde, sejam elas Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais, mas atender quem precisa não significa atender todos os clientes no momento de chegada à unidade, de acordo com Inojosa, (2005) demanda espontânea significa atendimento não programado na Unidade de Saúde. Representando uma necessidade momentânea do paciente. Sendo ela qualquer necessidade que a unidade possa suprir, uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência. Tendo em vista esse conceito, podemos analisar melhor se a demanda espontânea é o conceito realmente aplicado nas unidades de atendimento.

Na unidade onde atendo, “à demanda espontânea” era conceituada de um modo errado, a conotação dos pacientes ao exigir esse tipo de atendimento se baseava em ser atendido na mesma hora, seja lá qual fosse o motivo, fator que levou a uma desorganização do acolhimento e atendimento na unidade. A pressão popular, fazia com que a ordem de atendimento fosse feita de modo desordenado e sem padrão fixo para priorizar os problemas, supersaturando com usuários apresentando casos leves e fazendo com que pacientes mais graves tomassem a frente da demanda.

O acolhimento muitas vezes era feito de modo inadequado, no balcão da recepção e de lá eram encaminhados para o consultório médico, sem passar por qualquer atendimento por enfermagem ou classificação de risco, o que tornava o trabalho exaustivo, ineficiente, demorado e saturado. Sendo um caso não exclusivo do ambiente da unidade, mas também da priorização das visitas domiciliares, que por sua vez eram agendadas e classificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, saltando a responsabilidade da classificação de prioridade que deveria ser realizada pela enfermeira mesmo sendo de distrito afastados do centro de atendimento. As segundas feiras eram ainda piores, a demanda do final de semana era direcionada para a segunda por não haver atenção básica no final de semana, tornando o dia improdutivo e estressante pela carga de usuários.

Toda essa situação que víamos de modo rotineiro logo chamou muita a atenção, nos primeiros meses de trabalho na unidade foi possível notar que não haveria possibilidade do serviço fluir do modo como se estava apresentando, foi aí que de modo quase que imediato tivemos que planejar como íamos fazer. Quatro etapas foram necessárias para modificar o

quadro dificultoso que enfrentávamos todos os dias. A primeira etapa foi sentar com a equipe em modo de reunião formal para entender o que estava acontecendo e porque estava acontecendo. A segunda etapa foi necessária para planificar o que poderíamos fazer para melhorar o processo de acolhimento e atendimento dos usuários. A terceira foi educar a população e a quarta etapa foi a elaboração de uma ficha própria da unidade para acolhimento e classificação de risco para demanda espontânea.

Primeiramente encerramos um dia de trabalho mais cedo para sentar com a equipe e a direção da unidade com a intenção de entender o que estava acontecendo ali e independentemente do motivo deixar claro que não poderia continuar assim. Ouvimos a equipe de acolhimento e de enfermagem, vimos que havia uma comunicação não muito eficiente entre as equipes, além da falta de esclarecimento do papel de cada um na atuação dentro da unidade. Numa segunda reunião, com os ACS, entendemos que também faltava uma comunicação eficiente entre eles e a unidade, mas além de tudo, notamos que a equipe de enfermagem não estava sendo usada com a totalidade da sua capacidade de atuação.

Após listar os motivos, avançamos para a segunda etapa, as modificações no processo de acolhimento e atendimento. Primeiro com uma terceira reunião, dessa vez só com a equipe da recepção da unidade, explicando bem o seu papel e até onde existia autonomia no processo, explicando também sobre o encaminhamento dos usuários de modo obrigatória para a enfermagem antes de serem passados ao consultório médico. A quarta reunião foi realizada com a equipe de enfermagem com duas pautas principais, esclarecer a função da equipe na unidade, onde, como e quando deveriam atuar e a segunda pauta falando sobre o levantar um representante para se responsabilizar da questão informativa, não só entre a equipe de enfermagem e a equipe da recepção, mas também da equipe de enfermagem com os ACSs da unidade organizando junto com a direção da unidade, os agendamentos das regiões de atuação.

Agora com todas as funções bem definidas e conscientização da equipe de como tudo deveria funcionar, fomos para a terceira etapa, a educação da população que já estava habituada com um conceito errado de demanda espontânea. No início foi complicado, vários usuários protestaram as mudanças, pois já estavam habituados a um modo de trabalho diferente. Com um tempo de conscientização, vimos que não seria suficiente redistribuir funções para as equipes e informar os usuários de um novo processo, seria necessária uma reestruturação formal do atendimento à demanda. O que nos leva a quinta reunião e quarta etapa.

A necessidade de estruturar um novo documento para o acolhimento inicial que leve em consideração de modo mais sério a classificação de risco, foi percebida recentemente quando mesmo devido a todos os esforços ainda persistiam algumas exigências e falta de compreensão no processo. A equipe da unidade abraçou a ideia e colocamos em prática nas última semanas, recente demais para tirar conclusões mais concretas, mas de modo visível houve uma melhora

nesse pilar da atenção básica. Todas as modificações trouxeram ordem e deixaram o trabalho na unidade mais eficiente, menos estressante e fluindo muito bem.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Este relato de microintervenção se passa no Município Paulista no Estado de Pernambuco, na USF Nossa Senhora dos Prazeres I, Bairro Maranguape, abordando a temática Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde. Levando em consideração as dificuldades que temos na realização da prevenção de câncer de colo uterino na zona de abrangência da unidade, decidiu-se eleger o tema para a microintervenção relatada.

Quando analisamos a nível global, vemos que são mais de 500mil novos casos anualmente de câncer do colo uterino, ficando em quarto lugar na colocação de câncer que acomete as mulheres do mundo. Importante ressaltar como sendo o responsável por mais de 300mil mortes, se tornando uma importante causa de mortalidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020 apud INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021)

Quando se trata de prevenção do câncer de colo uterino, o preventivo se faz essencial, pois dentro da nossa zona de abrangência, e fora dela, existe uma certa resistência por parte das mulheres em idade fértil. Infelizmente nossas metas estabelecidas para coletar citopatológico como preventivo, não tem sido as esperadas para o período de atuação na unidade em questão. E, quando indagados, as mulheres dizem que se sentem desconfortáveis ao fazer o preventivo, não vendo a necessidade e importância da situação para a saúde da mulher.

Observando o cenário atual de resistência por parte das mulheres, traçou-se uma microintervenção com o objetivo de promover melhorias na atenção à saúde da mulher com foco na prevenção de câncer de colo uterino na USF Nossa Senhora dos Prazeres I no município de Paulista/PE.

Desta forma, esta microintervenção teve o intuito de ampliar o alcance de sucesso na coleta do preventivo das mulheres que necessitam fazer o citopatológico; Aumentar o índice de acompanhamento das mulheres que já o fizeram; Sensibilizar as mulheres sobre o que é o câncer de colo uterino e o fato de ser um problema de saúde a nível mundial. Para isso, dividimos a intervenção em três etapas, a primeira baseava-se em levantar quais as questões específicas que faziam as mulheres não buscar o serviço de coleta do material para preventivo de modo regular, além de se mostrarem resistentes quando convidadas a fazê-lo. A segunda fase baseou-se em reuniões com a equipe de enfermagem para compartilhar e socializar os motivos que levavam a problemática atual com as mulheres que necessitavam, porém não faziam preventivo. Na terceira etapa começamos com uma intervenção ativa baseada na conscientização das mulheres que estavam em busca de atenção à saúde até mesmo por outros motivos, levando em consideração a importância do preventivo e fazendo pequenas palestras na sala de espera voltadas para a prevenção do câncer de colo uterino, além de intervenção ativa durante as consultas de enfermagem e consultas médicas.

Na primeira etapa, indagou-se as usuárias o motivo de não fazerem preventivo e algumas questões foram levantadas, primeiro: a falta de conhecimento da necessidade e importância de

fazê-lo, em segundo lugar a falta de conforto ao realizar a coleta do exame, terceiro: a demora injustificada para receber os resultados, ou seja, resultados tardam em chegar e elas não são informadas do motivo e em quarto lugar a maioria delas já havia feito e por não apresentar alterações, pensaram que não havia necessidade de realizá-lo novamente com certa periodicidade. Ao compreender o que as mulheres estavam pensando pudemos então reunir a equipe e socializar as questões levantadas, as quais foram coletadas no acolhimento e nas consultas socializando aquilo que as pacientes haviam dito. O próximo passo foi traçar uma estratégia para modificar o quadro atual começando com a infantilização da importância do câncer de colo uterino, abordando sobre o assunto no acolhimento e principalmente nas consultas de enfermagem e medicina.

Ao estabelecer fatores de risco principais, atualizar-se dos números estaduais, complicações do câncer de colo uterino e diminuição na expectativa de vida da mulher podemos traçar uma estratégia direta, concisa e objetiva para abordar as mulheres na Unidade Básica de Saúde. Após traçados os pontos específicos que iremos abordar com as pacientes de idade fértil, fase menopáusicas e pós-menopausa, começamos com uma reunião na sala de espera realizada pelo médico responsável pelo projeto. Ao abordar durante aproximadamente vinte minutos sobre índices e sobre o fato de ser a quarta causa de morte em mulheres ser pelo câncer de colo uterino, atraímos a atenção das mulheres para a importância do caso. Na análise regional, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na região Norte (26,24/100 mil) e o segundo nas regiões Nordeste (16,10/100 mil) e Centro-Oeste (12,35/100 mil). Já na região Sul (12,60/100 mil), ocupa a quarta posição e, na região Sudeste (8,61/100 mil), a quinta posição. Percebeu-se então que haveria a necessidade do envolvimento de outros profissionais nas palestras curtas rápidas e objetivas que se realizariam de modo diário durante o período de uma semana na unidade podendo assim atingir o número de mulheres satisfatório sem sair da unidade básica de saúde devido a pandemia que assola o Brasil.

Após uma semana de palestras curtas de vinte a trinta minutos no máximo, realizadas também pela equipe de enfermagem devidamente capacitados sobre a temática e coleta do preventivo, vimos um aumento na procura da busca em realizar a coleta do citopatológico, resultados todavia relativamente inconsistentes pelo pouco tempo de aplicação do projeto. Institui-se que realizaremos a ação durante uma semana de todos os meses, realizando curtas conversações nos corredores e na sala de espera em prol da conscientização do preventivo para câncer de colo uterino. Após a realização da terceira etapa, o dia de coleta de preventivo encontrou-se com agenda cheia o que já foi uma vitória para unidade de saúde que até então estava com o dia quase livre numa agenda deficitária de mulheres para preventivo ou (papanicolau).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as reuniões com as equipes de acolhimento e enfermagem, implementação da classificação de risco e a organização da agenda da demanda programada, pudemos iniciar com a microintervenção número um, ações as quais dependiam da equipe para ser aplicada e da aceitação da população.

Ao capacitar a equipe, vimos que estavam aptos para o trabalho, a unidade contando com a estrutura adequada para que houvesse uma melhor funcionalidade, com os ambientes revitalizados, contando com materiais, só faltava a aplicação das ferramentas que lhes foram dadas.

Alguns membros da equipe questionavam a eficácia da mudança, já que haveria protesto e resistência por parte da população, pois até então, a unidade sempre havia funcionado dessa maneira, então houve certa resistência inicialmente com relação a equipe por esses fatores, o que foi sendo trabalhado no decorrer das reuniões e aplicação das ações.

Entrando em contato com a secretaria municipal de saúde, recebemos todo o apoio verbal de que precisávamos para realizar mudanças mesmo que repentinas no modo de atender as demandas da unidade, já que iam de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando realizamos as mudanças, houve uma grande resistência por parte da população que queria ser atendida como antes, não queriam agendar consultas ou esperar para serem atendidos, até mesmo não queriam ter uma pré-consulta com enfermagem, fatores que com um tempo foram melhorando.

Ao intervir na população feminina sobre a coleta de material para exame preventivo, não houveram resultados satisfatórios, pois muitas mulheres relataram que não se sentiam confortáveis por ter a coleta sendo feita por um profissional do sexo masculino, solicitamos alguém do sexo feminino que fosse capacitada ou uma capacitação para alguém já da unidade, infelizmente pela situação de pandemia não obtivemos resposta ainda.

5. REFERÊNCIAS

CIDADE BRASIL. **Município de Paulista, 2021.** Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-paulista-pe.html><. Acesso em: 22 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle de câncer de colo do útero.** Conceito e magnitude. INCA, 2021. Disponível em: ><https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude#:~:text=Com%20aproximadamente%20570%20mil%20casos,por%20c%C3%A2nc> Acesso em: 01 jan. 2021.

PREFEITURA DA CIDADE DE PAULISTA. **Conheça Paulista, 2019.** Disponível em: >https://www.paulista.pe.gov.br/site/conheca_paulista<. Acesso em: 25 mar. 2021.

PREFEITURA DE PAULISTA. **Maranguape II recebe USF Nossa Senhora dos Prazeres I e II totalmente requalificada.** 20 de fev. de 2018. Disponível em: > <https://www.paulista.pe.gov.br/site/noticias/detalhes/4214><.

(Rascunho) 6. APÊNDICES

Gostaria de suporte nas referências orientadora. Foram coletadas de páginas na web e as mesmas não tem a edição e verso correspondente