



GISELLE VIEIRA DE RESENDE TORRES

**MEDIDAS PARA REORGANIZAÇÃO DO AGENDAMENTO NA CLÍNICA DE
GINECOLOGIA DA POLICLÍNICA NAVAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA**

Rio de Janeiro

2022

GISELLE VIEIRA DE RESENDE TORRES

**MEDIDAS PARA REORGANIZAÇÃO DO AGENDAMENTO NA CLÍNICA DE
GINECOLOGIA DA POLICLÍNICA NAVAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Professora Priscilla Caran
Contarato.

Rio de Janeiro

2022

Dedico esse trabalho às minhas filhas Gabriela e Cecília que, por muitas vezes, estudaram e assistiram à TV sozinhas para que a mamãe pudesse aprimorar os estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido Igor e às minhas filhas Gabriela e Cecília por todo o carinho e compreensão ao longo desse ano de estudos e muito trabalho.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho da PNSPA que seguiram me apoiando, compreendendo as minhas ausências e remanejando minhas pacientes em alguns momentos mais cruciais.

Agradeço imensamente aos meus mestres tanto da faculdade quanto da residência médica que me fizeram enxergar a nobre profissão que eu estava abraçando e a importância das minhas palavras e das minhas atitudes na vida das minhas pacientes.

*“O ignorante afirma, o sábio duvida, o sensato
reflete”*

Aristóteles

RESUMO

A assistência ginecológica é de suma importância na prevenção de doenças e/ou diagnóstico precoce das mesmas visando redução das taxas de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida das pacientes. Diante desse fato, o projeto aponta como situação problema a dificuldade de agendamento de consulta na clínica de ginecologia da PNSPA, apresenta como objetivo geral minimizar as dificuldades para o agendamento de consultas na clínica de ginecologia, melhorando os canais de marcação e ofertando um maior número de vagas com especialistas e generalistas e como objetivos específicos, solicitar o embarque de médico ginecologista para atendimento na PNSPA e selecionar e capacitar médicos generalistas e enfermeiros para atendimento na atenção básica visando a melhoria do acesso das pacientes às consultas. Foram identificadas como causas principais para a situação problema apresentada a presença de apenas uma médica realizando atendimentos de ginecologia e obstetrícia e a ausência de médicos generalistas ou enfermeiro para atendimento da Atenção Básica. Como resultados espera-se o embarque de mais um médico ginecologista e o treinamento, seleção de 2 médicos generalistas e 1 enfermeiro e abertura de agenda de atenção básica para esses profissionais.

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Ginecologia, Prevenção de Doenças.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 SAÚDE DA MULHER	10
2.2 A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO NA CLÍNICA DE GINECOLOGIA ...	15
2.3 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	18
2.4 DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	20
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	24
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	26
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
5 REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A dificuldade de agendamento de consulta para clínica de ginecologia já é conhecida por todas as usuárias da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia (PNSPA) há muitos anos e configura-se na situação problema identificada para realização deste projeto de intervenção. Essa situação se agravou a partir de agosto de 2021 após uma das duas médicas ginecologistas que trabalham na PNSPA, ser afastada do trabalho presencial devido a questões de saúde.

“Na atualidade, os profissionais de saúde, em sua grande maioria, ainda nos primeiros anos de formação dedicam-se a subespecialidades, com repercussões claras de distorção nas suas futuras atividades. Fica cada vez mais remota a figura do profissional generalista e, quando especialista, com sólida formação básica” (Halbe, 2000, vol 1, pág 75). Na ginecologia e obstetrícia, o médico é o grande clínico da mulher e a acompanha em todas as etapas da sua vida, da infância a senilidade. Ele é, muitas vezes, o único profissional de saúde a quem a mulher tem acesso e, por esse motivo, a consulta deve abordar temas clínicos e queixas gerais e não apenas os aspectos ginecológicos.

A ginecologia é uma especialidade onde a ação preventiva sobrepõe, com grande clareza, às ações curativas, e esse enfoque deve permear qualquer programa assistencial. A medicina preventiva distingue-se pelo seu inestimável valor na promoção de saúde, em geral apenas avaliada quando perdida. O reestabelecimento da saúde é oneroso, ainda podendo resultar em consequências trágicas e definitivas.

O acompanhamento ginecológico faz parte da rotina de todas as mulheres a partir da menarca, ou mesmo antes disso, conforme indicação do pediatra, sendo de suma importância para a prevenção de doenças, como o câncer de colo uterino, a detecção precoce de lesões mamárias através da realização da mamografia e tratamento de infecções. Além disso, cabe ressaltar a importância da relação médico-paciente no sentido de orientar a paciente sobre a importância de conhecer o próprio corpo e, dessa forma, saber reconhecer quando algo não está normal. A consulta deverá ser direcionada à faixa etária da paciente e devem sempre ser ouvidas as suas queixas e seus anseios com o objetivo de esclarecer todas as suas dúvidas e oferecer as possibilidades existentes de tratamento ou de contracepção.

A consulta ginecológica de rotina deve ser realizada no mínimo 1 vez ao ano para exame físico completo, coleta de colpocitológico (conforme indicação) e solicitação de exames

de rastreio. E deve ser garantida à paciente a consulta de retorno para checagem dos resultados de exames.

Justifica-se a realização desse trabalho por ser o acompanhamento ginecológico de rotina capaz de prevenir doenças como o câncer, ou tratá-lo em seu estágio inicial diminuindo dessa forma as taxas de mortalidade, aumentando a sobrevida, melhorando a qualidade de vida das pacientes e reduzindo custos em saúde (tratamento cirúrgico, medicamentoso e reabilitação).

A acessibilidade, o acolhimento e a qualidade dos recursos humanos na atenção básica são de fundamental importância para a promoção da saúde, através de incentivo a alimentação saudável e prática de atividade física regular, além de prevenção de doenças ou detecção precoce das mesmas e, assim, redução dos custos com saúde e “desafogamento” dos hospitais e emergências superlotados.

1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS:

O objetivo geral é minimizar as dificuldades para o agendamento de consultas na clínica de ginecologia, melhorando os canais de marcação e ofertando um maior número de vagas com especialistas e generalistas.

Os objetivos específicos são:

1. Solicitar o embarque de médico ginecologista para atendimento na PNSPA;
2. Selecionar e capacitar médicos generalistas ou enfermeiros para atendimento na atenção básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE DA MULHER:

Paciente é a pessoa que procura o atendimento em unidade de saúde para se cuidar. Cuidar da saúde é o ato realizado no paciente que vem com problema objetivo ou subjetivo relacionado ao seu corpo ou mente, ou ainda, vem com a finalidade de prevenir-se de problemas relacionados à saúde (Halbe, 2000).

A equipe de saúde responsável pela Saúde da Mulher (médicos generalistas, enfermeiros ou médicos ginecologistas e obstetras) realiza atendimentos das pacientes em todas as fases da sua vida, desde a infância até a senectude.

São inúmeras as motivações que levam a paciente a procurar o atendimento: dor, hemorragia genital, tumoração sentida nas mamas, abdome ou genitália, queixas urinárias diversas (disúria, polaciúria, hematúria, incontinências), amenorréia, irregularidade menstrual, prurido (nas mamas ou vulvar), prolapsos genitais, sintomas relacionados ao climatério corrimentos vaginais, desejo de contracepção ou infertilidade. Além dessas causas também são comuns as consultas de check up anual das mulheres, check up de desenvolvimento puberal, quando a mãe agenda a consulta para sua filha adolescente, consulta pré-nupcial ou pré-concepcional, consultas pré-natal, acompanhamento da menopausa.

É dever dos serviços e dos profissionais de saúde acolher a mulher de forma digna e humanitária, enfocando e respeitando seus direitos. A atenção à saúde da mulher não deve se restringir à assistência materno-infantil nem se limitar a fases de vida nas quais a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher. Assim é relevante conhecer a produção científica em geral e as áreas de saber específicas (Mendes, 2016).

Na fase infanto-puberal, o atendimento é direcionado ao acompanhamento do crescimento somático puberal normal e maturação sexual. Os motivos de consultas mais comuns nessa fase são: vulvovaginites, coalescência de pequenos lábios, desenvolvimento sexual precoce, malformações genito-urinárias e abuso sexual. Durante a consulta, o profissional deve transmitir confiança através de seus gestos tranquilos e comportamento seguro. As meninas devem ser avaliadas preferencialmente junto com sua mãe ou responsável o que lhe trará o calor e aconchego para que relaxem e se distraiam durante a consulta (Halbe, 2000).

Já para as adolescentes, é necessário garantir privacidade e sigilo, sem os quais não será possível desenvolver um bom vínculo médico-paciente e, portanto, transmitir e ajudar a desenvolver hábitos de saúde preventiva tanto no que diz respeito aos aspectos biológicos como psicossociais. É importante transmitir para a paciente o respeito necessário durante toda a consulta e exame físico, habilitando-a a reconhecer esse direito e responsabilidade sobre o próprio corpo (Freitas, 1997). Nessa fase as queixas mais frequentes são: irregularidades do ciclo menstrual, dismenorréia, dúvidas sobre sexualidade, contracepção e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. A atenção dispensada pela equipe de saúde à mulher grávida neste período é uma das ações recomendadas no Programa Saúde da Mulher, garantido por meio de políticas públicas de saúde (Duarte; Andrade, 2006). É de suma importância que a gestante se sinta acolhida e devidamente assistida, quer seja no pré-natal de baixo ou de alto risco, sempre com atendimento respeitoso e de qualidade. A equipe de saúde deve compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Após o parto, a mulher deve retornar ao serviço de atenção primária juntamente com o recém-nascido ou deve ser atendida em sua residência por meio da visita domiciliar. Este primeiro atendimento deve acontecer preferencialmente na primeira semana após o parto, pois é neste período que ocorrem boa parte das situações de morbidade e mortalidade (Gomes; Neves, 2011).

O Planejamento Familiar como ação em saúde tem sido reconhecido como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela sociedade e o normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde (Marçal; Gomes, 2013). Segundo Teles et al, ele engloba “um conjunto de ações pelas quais são oferecidos recursos para auxiliar a concepção e a anticoncepção, conforme a escolha da(o) usuária(o) e/ou casal”. Os mesmos autores salientam que para os recursos de auxílio à concepção e anticoncepção serem indicados pelos profissionais que atuam nas ESF aos usuários do serviço, estes devem ser cientificamente aceitos, não pôr em risco a saúde e a vida das pessoas que fazem uso e serem ofertados em variedade e quantidade satisfatórias para garantir aos usuários o direito de livre escolha. O Ministério da Saúde, no dispositivo da Lei do Planejamento Familiar (nº 9.263/ de 1996 (Brasil, 1996), determina que os profissionais de saúde que atuam no planejamento familiar devem “informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades do mesmo, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no

Brasil – Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino – DIU, hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia” (Teles et al. 2010). Ademais, o planejamento familiar está entre as responsabilidades municipais de prover à população usuária do Sistema Único de Saúde as atividades de consultas médicas e de enfermagem, fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais, realização ou referência para exames laboratoriais (Moura; Silva; Galvão, 2007). As diretrizes políticas do Estado, particularmente aquelas que podem definir seus compromissos na assistência prestada à população, devem ser conhecidas, também, pelo enfermeiro como profissional. Isto porque, é com essas diretrizes emanadas das Políticas Nacionais de Saúde, mais diretamente, que se organizam as ações voltadas para atender às necessidades da população. Inseridas nestas políticas é que as instituições de saúde planejam, orientam e desenvolvem suas ações de saúde com a finalidade de atender as necessidades da população (Marçal; Gomes, 2013). Sendo o enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família um profissional que tem a possibilidade de desenvolver suas atividades com o indivíduo, a família e a sociedade, ao mesmo tempo, sua ação, esclarecendo, orientando e refletindo sobre o Planejamento Familiar, torna-se de fundamental importância para a tomada de decisão no que concerne às práticas contraceptivas pela mulher (Marçal; Gomes, 2013).

No que se refere à Atenção Oncológica, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica, determina que as intervenções para o controle de câncer contemplem todos os níveis de atenção (Cavalcante, 2013). A mesma política também diz que a assistência ao paciente deve ser prestada por equipe multidisciplinar, da qual o enfermeiro é membro integrante. Deste modo o enfermeiro tem um papel fundamental e encontra um amplo espaço para o desenvolvimento de atividades voltadas à prevenção do câncer nas atividades diárias, já que mantém considerável autonomia nas suas práticas. A ele são atribuídas as seguintes ações: realizar atendimento integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem (coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares). A prevenção do câncer do colo do útero, que também é considerado é um sério problema de saúde pública, tem inúmeras razões, entre elas a própria organização da saúde pública, a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência dos profissionais. O teste Papanicolau convencional constitui-se a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle do câncer de colo do útero. Hoje são conhecidos os seguintes fatores de risco para este tipo de câncer: “IST, condições infecciosas e reativas, início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo ativo e passivo. Carências nutricionais, receio da cliente

em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo podem ser considerados como fatores que dificultam o diagnóstico precoce” (Cavalcante et al. 2013). Para o ideal rastreamento das mulheres com ou sem esses fatores de risco tem-se o enfermeiro da ESF. Nesse contexto, este profissional tem como atribuições específicas, entre outras, realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do MS e disposições legais da profissão. Devido à sua formação acadêmica, o enfermeiro está habilitado a realizar o exame de colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau durante a realização da consulta de enfermagem e é respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e pela resolução COFEN nº 381/2011 (Bezerra et al. 2005). Durante o exame, o enfermeiro, além de exercer uma atividade técnica específica de sua competência, também atua de forma educativa por meio do vínculo com as usuárias, concentrando esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos acerca do exame citopatológico e buscar o convencimento da clientela feminina sobre os benefícios da prevenção. Porém, para que este fato ocorra, o enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, atentando para a capacitação contínua necessária à sua realização (Mendonça et al. 2011). Além da realização do exame preventivo para o câncer de colo de útero, o profissional enfermeiro também promove ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade, gerencia contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, realiza o controle da qualidade dos exames, verifica e comunica os resultados às pacientes e as encaminha para os devidos procedimentos quando necessário (Melo et al. 2012).

No que tange aos episódios de violência, frequentemente os profissionais de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) são os primeiros a serem informados. O motivo da busca de atendimento é mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico (BRASIL, 2001). Segundo o Ministério da Saúde é responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Mediante observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltada para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda (BRASIL, 2001). Deve-se destacar que, salvo

situações de risco iminente, ou quando a vítima não tem capacidade de tomar decisões, a equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivendo, analise as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada (BRASIL, 2001). Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). Nem a equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, para evitar riscos ainda maiores (BRASIL, 2001). Sabe-se que as manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais. Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo), em geral, são consequências de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidas. Em alguns casos, podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas (BRASIL, 2001). Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. A gravidade das lesões depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. As lesões das mucosas envolvem inflamação, irritação, arranhões e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (IST/AIDS), infecções urinárias, vaginais e gravidez são consequências que podem se manifestar posteriormente. Assim, nas situações em que houve estupro faz-se necessária a adoção de medidas específicas nas primeiras 72 horas, como a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV-AIDS e prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 2001). A dificuldade de lidar com o assunto tem relação com o medo dos profissionais pelo desconhecimento em relação às leis e ao sistema de segurança e justiça; às dificuldades de romper com a idealização do núcleo familiar, considerada a base da sociedade e por isso intocável; assim como pelas dificuldades pessoais em lidar com o assunto, seja por incapacidade técnica seja por falta de recursos e equipamentos sociais como abrigos e moradias protegidas seja ainda por identificação com a vítima, pois a prevalência da violência doméstica e sexual é tão elevada que frequentemente encontramos profissionais de saúde envolvidos nessas situações.

Climatério é a fase da vida da mulher em que se dá o processo de transição da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva. A menopausa é o marcador biológico fundamental do climatério, significando o fim dos ciclos menstruais e caracterizando o encerramento do ciclo reprodutivo. A idade na qual se inicia o climatério é variável, sendo peculiar a cada mulher. A menopausa ocorre em geral em torno dos 50 anos, sendo denominada menopausa precoce quando ocorre antes dos 40 (Halbe, 2000). Os sintomas mais comuns que acometem as mulheres

nessa fase são: irregularidade menstrual, sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna), insônia, labilidade de humor, ressecamento vaginal e da pele, sintomas genito-urinários (infecções de repetição, incontinências), diminuição da libido, enfraquecimento das unhas e cabelos, queda do metabolismo ocasionando aumento de peso, piora do perfil do colesterol, piora da função cardiovascular, aumento da perda de massa óssea. Antigamente considerava-se a menopausa como a etapa final de vida da mulher pois, devido a falta dos hormônios sexuais, ela perdia a sua função como ser reprodutor. Hoje em dia esse pensamento é considerado totalmente absurdo tendo em vista o aumento da expectativa média da vida da mulher e as múltiplas funções desempenhadas por ela ao longo de sua vida. A menopausa deve ser encarada apenas como mais uma fase da vida, assim como a infância e a menacme, que pode corresponder a um período até mais longo do que a fase reprodutiva.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas são as dimensões com as quais os profissionais de saúde estão comprometidos, seja nas ações voltadas para o atendimento pré-natal e puerpério seja na prevenção dos cânceres de mama e colo de útero, ou no planejamento familiar, já que em todas essas ações eles previnem novas comorbidades, protegem, tratam, recuperam, promovem e produzem saúde. Deste modo, verifica-se que, para que as condições da saúde da mulher atendidas pelos profissionais que atuam na ESF sejam modificadas, é necessário que haja uma capacitação plena de toda equipe para que esta promova ações de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação de ações que respondam às reais necessidades das mulheres de sua área de abrangência. Além do mais, devem sempre buscar articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde, sendo que, para tanto, devem realizar uma permanente interação com a mulher, a fim de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades de autocuidado e promoção de sua saúde (Mendes, 2016).

2.2 IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO NA CLÍNICA DE GINECOLOGIA:

A epidemiologia estuda as condições e os fatores que determinam a ocorrência e a distribuição da saúde, doença, defeitos, incapacidade e morte entre grupos de pessoas. Em geral, a epidemiologia tem papel importante no estudo, prevenção e tratamento das doenças. Ajuda a identificar os mecanismos patogênicos e as populações que devem ser rastreadas, podendo indicar meios de prevenir a doença ou a necessidade de tratá-la antes de atingir estágio mais avançado (Halbe, 2000).

Os enfoques clínico e epidemiológico diferem entre si, mas os seus objetivos são superponíveis. O clínico observa o indivíduo para diagnosticar e melhor compreender o curso natural da doença a fim de administrar o tratamento mais adequado, evitando o agravamento da doença, invalidez e morte. O epidemiologista observa os indivíduos doentes e sadios, como membros de grupos, para obter um diagnóstico epidemiológico, ou seja, determina as condições e os fatores que favorecem a ocorrência e a distribuição da saúde, doença, efeitos, incapacidade e morte entre os dois grupos de indivíduos, sadios e doentes. Portanto, o estudo de populações propicia ao epidemiologista uma compreensão mais acurada da história natural da doença e sua extensão, possibilitando tomar medidas para prevenir a doença e solucionar o problema.

A relação médico-paciente é fundamental na medicina preventiva, muito mais do que na curativa. Entendendo o universo de sua paciente será mais fácil motivar a sua atitude positiva face à prevenção. Mas a paciente também deve sentir que no universo do médico há disposição de aceitar a responsabilidade continuada pela sua saúde.

De acordo com Halbe (2000),

“uma das diferenças fundamentais entre a medicina curativa e medicina preventiva, é que na primeira o médico espera que a paciente venha episodicamente com suas queixas. Já na segunda é preciso chamar a paciente periodicamente caso não compareça espontaneamente para reexaminar, educar e reeducar e reforçar sua motivação preventiva.” (Halbe, 2000, vol.1, p. 103)

O médico ginecologista e obstetra, assim como a equipe multidisciplinar da ESF, têm sido os protagonistas no cuidado da saúde da mulher. A sua importância pode ser facilmente observada na prevenção e diagnóstico de doenças infecciosas durante a gravidez, bem como na avaliação dos riscos fetais e ainda na mulher na perimenopausa. Porém, na prática médica, alguns fatores dificultam a implementação da medicina global, que associa a medicina curativa com os princípios da medicina preventiva, entre eles:

1- Estilo de vida imediatista onde a prevenção é colocada em plano secundário, porque seus resultados são mais demorados.

2- Maior ênfase à especialização e ao cuidado episódico das doenças.

3- Na competição pelo prestígio profissional mais vale expor novos métodos de diagnóstico e tratamento do que estudar a prevenção de doenças.

4- As práticas preventivas, na maioria das vezes, são menos rentáveis para o médico do que tratamentos prolongados e cirurgias de alto vulto.

5- As empresas que negociam saúde são intolerantes em relação à medicina preventiva e burocratizam ao máximo essa prática.

6- As mulheres devem ser motivadas a procurar o médico para conservar a saúde e não a recuperá-la após estarem sob o domínio da doença.

Os princípios que regem a implementação da medicina preventiva são (Halbe, 2000):

1- O médico deve identificar as populações de alto risco para diferentes doenças (princípio da identificação).

2- O médico deve rastrear as doenças em uma dada população, isto é, reconhecer as pessoas que apresentem determinada doença independentemente de sua gravidade (princípio do rastreamento). Em termos de custo operacional, o rastreamento é menos oneroso quando aplicado à população de alto risco para a doença.

3- O médico deve diagnosticar os estágios iniciais, de preferência precursores das doenças (princípio da detecção). Em termos comparativos, detectar é muito mais importante do que rastrear.

4- O médico deve diagnosticar e tratar condições predisponentes, evitando o aparecimento inclusive dos estágios precursores das doenças (princípio do tratamento). Tratar estágios precursores é do âmbito da medicina curativa.

5- O médico deve educar a mulher para a saúde, estimulando a prevenção primária das doenças (princípio da educação).

A medicina preventiva somente terá eficácia se as mulheres forem ajudadas a adotar atitude positiva em relação ao problema. Essa atitude deve ser cultivada reforçando-se de modo continuado, especialmente através da mídia e de campanhas periódicas.

Além de reforçar a prática preventiva, o médico deve individualizar o programa de prevenção, levando em conta problemas e necessidades da paciente. Raramente uma recomendação padronizada e autoritária dará resultados duradouros. Por isso é preciso dedicar tempo à paciente para ouvir suas aflições e explicar as recomendações (Halbe, 2000).

Somente quando a mulher entende os riscos e também aprende como diminuí-los é que o médico poderá esperar alguma colaboração. E é responsabilidade do médico de primeira linha e do especialista, no seu campo específico, educar e motivar suas pacientes a reduzir os riscos de doença.

2.3 PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA MULHER:

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos. No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático. A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil (Duarte et al, 2006).

Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social. As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos que incorporavam a especificidade da condição feminina como determinante do processo saúde-doença, os

profissionais de saúde deveriam ser capacitados para incorporarem essa visão e estabelecerem novas práticas (Brasil, 1984). Do ponto de vista conceitual, a operacionalização da ideia de integralidade foi o maior desafio, uma vez que exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos privado e público. Desse modo, o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. Nessas décadas já passadas, a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde. Alguns estudos abordaram os diversos aspectos do programa, enfatizando as questões da saúde reprodutiva, a introdução de conceitos como a integralidade, os desafios ligados à sua implementação, enfim, as diferentes questões que permanecem atuais até o momento (Serruya et al, 2004)

Observa-se que, mesmo nos serviços que realizam o conjunto das atividades como preconizadas pelo PAISM, há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento, permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, e o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal. Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é, no Brasil, uma das mais importantes políticas públicas na área de saúde, quando estabelece em suas linhas de ação e estratégias um modelo assistencial. Adequadamente implementado, concordando com o processo de descentralização, regionalização e hierarquização do SUS, estaria sob responsabilidade técnico-normativa da área federal, desenvolvendo estratégias conjuntas, resultaria na melhora da

execução da assistência, sob a égide das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Halbe, 2000).

O programa contempla, em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial, em cujo contexto se incluem a integralidade e equidade, e no qual a mulher é abordada de maneira global e em todas as fases do seu ciclo vital. As atividades formam um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnose, de tratamento/recuperação que, aplicadas integral e permanentemente, objetivam a melhoria da saúde da população feminina, servindo de molde para qualquer proposta pessoal ou institucional na assistência tocoginecológica.

Os procedimentos de atenção à saúde devem ser aplicados na exata dimensão das necessidades, com uso de tecnologias apropriadas e simplificadas, sempre adaptadas a capacidade operativa e de resolutividade dos serviços. A incorporação de conteúdos educativos, especialmente sobre fisiologia sexo-reprodutiva, sexualidade, saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, ginecopatias prevalentes, climatério e informações sobre hábitos, higiene e alimentação é determinante na assistência integral.

Com finalidade estratégica, inferem-se como ações regulamentadas e normatizadas no PAISM (Halbe, 2000):

1- Assistência clínico-ginecológica: Controle e prevenção de ginecopatias prevalentes, controle e prevenção de DST/AIDS, controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama, planejamento familiar e climatério.

2- Assistência obstétrica: Pré-natal, parto e puerpério, aleitamento, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica da morte materna.

2.4 DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Observa-se o acesso aberto ou avançado em relação à organização da marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário procura o atendimento, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o

tempo de espera para a consulta médica. Este sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde (Abreu et al, 2010).

Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS. Para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na solidariedade humana e na igualdade social. Na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente. No entanto, estudos evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS e apresentam avanços e limites na garantia do seu acesso universal. Os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde (Abreu et al, 2010).

Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros. Importante destacar a sua relação com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. Nesse sentido, engloba uma compreensão multidimensional, com caracteres social e político, necessariamente presentes nas formulações e execução de políticas de saúde como a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema. As dimensões de análise por serem múltiplas e de caráter sócio, econômico e cultural, configuram-no como norteador na construção de políticas públicas. “As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular” (Abreu et al, 2010, p. 161).

O acesso a serviços de saúde corresponde ao processo de busca pelos serviços, realizada por indivíduos que possuem necessidades de saúde, e à resposta que esses serviços geram a tais necessidades, expressa pelo atendimento prestado aos indivíduos. Ou seja, o acesso aos serviços de saúde diz respeito à relação estabelecida entre indivíduos/comunidade e os serviços de saúde. A experiência do acesso a serviços de saúde é permeada pelos seguintes aspectos constituidores de facilidades ou de limites a esse acesso:

1. Barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento de potenciais usuários dos serviços de saúde.
2. Barreiras financeiras são relacionadas ao impacto negativo do pagamento por serviços de saúde sobre sua utilização.
3. Barreiras organizacionais dizem respeito às características da organização dos serviços, do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam sua utilização.
4. Barreiras de informação são constituídas pela precariedade de informações sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde, e as doenças e suas alternativas terapêuticas, que limitam a percepção de saúde das pessoas e o seu acesso aos serviços (Abreu, 2010).

Infelizmente, mesmo atualmente, são inúmeros os desafios limitadores do acesso aos serviços de saúde. Falta de informação dos usuários, de recursos financeiros, baixa qualidade do serviço prestado, limite de atendimento por dia (distribuição de senhas) são apenas alguns dos fatores mais comuns.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia utilizada para construção desse projeto de intervenção está ancorada nos conceitos e ferramentas do enfoque do planejamento estratégico situacional.

A Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia é a Organização Militar de Saúde responsável por atender 24.316 usuários (militares da ativa, da reserva, seus dependentes e pensionistas), sendo 12.349 do sexo masculino e 11.967 do sexo feminino e engloba 30

municípios da Região dos Lagos e Norte Fluminense. Dispõe, no momento, de algumas especialidades médicas como: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia, urologia, psiquiatria e ortopedia.



Figura 1: Vista aérea da PNSPA

Além do atendimento assistencial, a PNSPA também presta apoio às atividades operativas por estar localizada no interior do Complexo Aeronaval de São Pedro da Aldeia e realiza atividades periciais através da Junta Regular de Saúde (JRS) e Junta Superior para Atividades Especiais (JSAE).

Para a realização desse trabalho foi considerando apenas as usuárias do sexo feminino. Quantitativo por faixa etária: 1873 (0-14 anos), 7453 (15-59 anos) e 2641 (\geq 60 anos).

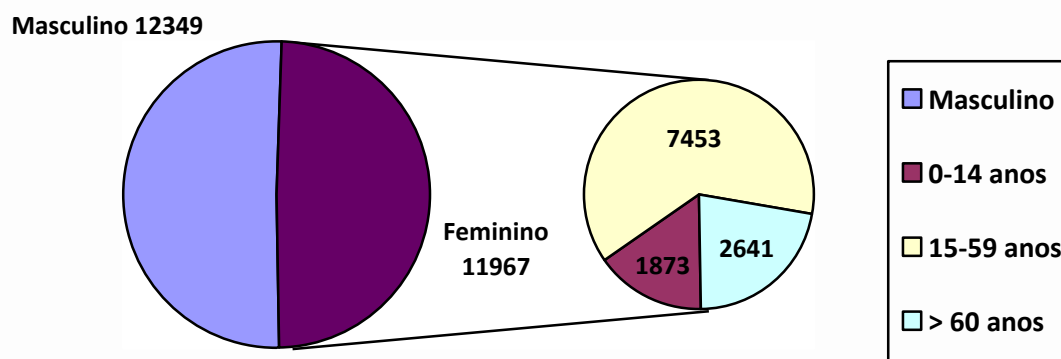


Gráfico 1: Divisão das usuárias por faixa etária

Por meio desses dados apresentados, se pode perceber a grandiosidade do trabalho de prevenção e assistência que os militares profissionais da saúde desempenham na OM.

O objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde. O seu propósito é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis.

Embora isso possa parecer evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha clareza de que forma essas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada e assim a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesma.

Portanto, a análise da viabilidade também está muito relacionada com os atores envolvidos e dependerá do peso que exercem, se estão contra ou a favor de determinada ação.

Assim, no Momento Estratégico, as fragilidades, oportunidades, ameaças e fortalezas precisam ser conferidas, a fim de que sejam construídas as trajetórias de ação no tempo e as alianças e mobilizações para a superação dos empecilhos. A análise estratégica permeia e deve ser desenvolvida em todos os momentos da elaboração e execução do plano.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A situação problema apresentada foi a dificuldade de agendamento de consulta na clínica de ginecologia. Esse problema ocorre há pelo menos 8 anos na Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia, porém se intensificou no último ano (após agosto de 2021) devido ao afastamento de 1 médica ginecologista devido à gestação de alto risco.

Infelizmente devido a alguns problemas como falta de pessoal e encargos colaterais dos profissionais, as vagas de atendimento para ginecologia são reduzidas e muitas usuárias ficam sem conseguir acesso ao atendimento. Essas, por sua vez, pelo vínculo criado e por confiarem no profissional, buscam encaixes mesmo sem estarem agendadas, causando uma sobrecarga do profissional que está atendendo pois além das pacientes marcadas precisa se desdobrar para os atendimentos dos “extras”. Já algumas usuárias por residirem distantes da PNSPA, não tem a disponibilidade de aguardarem durante horas por um encaixe e fazem reclamações na ouvidoria. Essas reclamações, embora algumas pessoas pensem de forma negativa, são úteis pois o Departamento Médico pode usá-las junto à direção para buscar formas alternativas a fim de solucionar o problema.

São descritores da situação-problema:

- 44% do total de atendimentos em ginecologia realizadas nesse ano de 2022 foram de pacientes extras. Esse percentual foi obtido através da estatística mensal de atendimentos enviado ao SAME e, através desses dados, se observa que grande número de pacientes não consegue realizar o agendamento pelo meio disponível e comparece inopinadamente à PNSPA visando um encaixe para atendimento.
- 30% do total de reclamações na ouvidoria é sobre dificuldade de agendamento de consultas para Ginecologia. Esse número foi obtido através do setor de ouvidoria da PNSPA e corresponde a reclamações realizadas presencialmente e enviadas por email.
- São ofertadas uma média de 144 vagas para agendamento de ginecologia por mês para atender a um quantitativo médio de 10 mil usuárias que residem na área de abrangência da Policlínica. Utilizando essa média, apenas 15,84% das usuárias totais da área de abrangência conseguem agendar 1 consulta ao ano na ginecologia. O quantitativo de vagas ofertadas por mês foi obtido da Central de Agendamento, que é o setor responsável por elaborar a agenda dos médicos de acordo com as vagas ofertadas por cada profissional e agendar as consultas.

São inúmeras as causas de dificuldade de agendamento de consulta na ginecologia entre elas destacam-se:

1. Agendamento realizado apenas por ligação telefônica (linha de celular), um único turno por semana;

2. Uma única médica realizando atendimentos de ginecologia e obstetrícia;
3. Pouca oferta de vagas para consultas de ginecologia;
4. Ausência de Médicos Generalistas ou Enfermeiro para atendimento ginecológico da Atenção Básica;
5. A mesma médica que faz atendimento ao público de ginecologia e pré-natal, acumula a função de encarregada de 3 setores de Departamento Médico.

Após esse levantamento de todas as possíveis causas, foi realizada uma análise cuidadosa de cada uma delas para selecionar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema e passíveis de intervenção, ou seja, que estivessem dentro do espaço de governabilidade do ator envolvido.

São causas críticas ao problema apresentado:

- 1- Uma única médica realizando atendimentos de ginecologia e obstetrícia;
- 2- Ausência de médicos generalistas ou enfermeiro para atendimento da Atenção Básica.

Foram selecionadas essas causas críticas pois considero que, como membro do Departamento médico, posso, junto à chefia, solicitar ao diretor da OM e ao Comando da Força Aeronaval o embarque de outro médico ginecologista para atender a demanda dos atendimentos. Além disso, como encarregada da clínica, posso ministrar aulas e treinamento através do Projeto de Educação Continuada que já é desenvolvido às quartas feiras, para os clínicos da OM e as enfermeiras e selecionar alguns profissionais para o atendimento da Atenção Básica.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

A situação problema selecionada foi a dificuldade de agendamento de consulta na Clínica de Ginecologia na PNSPA. Servindo há mais de 8 anos nessa OM consigo apresentar inúmeros problemas recorrentes e que comprometem à assistência aos pacientes, porém esse tema foi o escolhido por afetar diretamente a minha área de trabalho. A ginecologia é a clínica da

mulher e, muitas vezes, é o único contato médico que essa paciente tem disponível por anos. O acesso deve ser livre, sem necessidade de encaminhamento e toda mulher após a menacme deve visitar o seu ginecologista pelo menos 1 vez ao ano visando prevenção de doenças, esclarecimento de dúvidas, ou relato de queixas.

A situação problema selecionada, bem como descritores, indicadores e as ações estarão descritas nas matrizes de intervenção abaixo:

Problema a ser enfrentado:	Dificuldade de agendamento de consulta na Clínica de Ginecologia.
Descritores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas 15,84% das usuárias totais da área de abrangência conseguem agendar 1 consulta ao ano na ginecologia. 2. 44% do total de atendimentos em ginecologia realizadas nesse ano de 2022 foram de pacientes extras. 3. 30% do total de reclamações na ouvidoria é sobre dificuldade de agendamento de consultas para Ginecologia.
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. % de usuárias que conseguem agendar 1 consulta de ginecologia por ano. Fonte de verificação: Central de Agendamento da PNSPA. 2. % de pacientes que foram atendidas sem agendamento prévio na ginecologia. Fonte: SAME 3. % de reclamações na ouvidoria devido à dificuldade de agendamento na ginecologia. Fonte: Serviço de Ouvidoria da PNSPA.
Metas:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agendar 1 consulta ginecológica ao ano a pelo menos 30% das usuárias. 2. Reduzir atendimentos extras em ginecologia para 20% do total até março 2023. 3. Reduzir para 10% as reclamações de ouvidoria sobre a dificuldade de agendamento para ginecologia.
Resultado esperado:	Melhoria do acesso das pacientes às consultas de ginecologia.

Causa crítica 1: Uma única médica realizando atendimentos de ginecologia e obstetrícia.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Reunir com o chefe do Dep. Médico, vice-diretor e diretor a fim de expor a alta demanda da clínica	Organizacional e cognitivo	Reunião realizada	JUN a JUL 2022	CC Giselle

de ginecologia através de estatísticas de atendimento dos meses anteriores.				
Solicitar ao Comench que envie mensagem à DSM solicitando embarque de outro médico ginecologista.	Organizacional e político	Embarque de médico ginecologista solicitado	JUN a SET 2022	CC Torres
Contactar rede credenciada da Unimed (ginecologia) para perguntar sobre a capacidade de absorção da demanda de parte das nossas usuárias.	Organizacional e cognitivo	Unimed contactada	JUN a JUL 2022	SG Vilela
Fornecer guias para atendimento em OSE pela Unimed.	Financeiro	Guias fornecidas	JUN a JUL 2022	CC Giselle
Separar os dias para atendimento em ginecologia dos dias de atendimento pré-natal.	Organizacional	Dias separados	JUN a JUL 2022	SG Evelyn
Concentrar todos os atendimentos de pré-natal em 2 turnos e manter 3 turnos fixos para atendimento em ginecologia.	Organizacional	Atendimentos concentrados	JUN a AGO 2022	SG Luana
Reduzir o tempo de consulta ginecológica para 20 min.	Organizacional	Tempo reduzido	JUN a AGO 2022	CC Sávio
Monitorar resultados das ações sugeridas	Organizacional	Resultados monitorados	OUT a MAR 2023	CC Giselle
Causa crítica 2: Ausência de Médicos Generalistas ou Enfermeiro para atendimento da Atenção Básica.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)

Reservar centro de estudos para aula.	Físico	Centro de estudos reservado	JUN a JUL 2022	1T Carolina
Preparar aula em Power Point sobre rotina ginecológica.	Cognitivo	Aula preparada	JUN a JUL 2022	CC Giselle
Ministrar 1 aula sobre rotina ginecológica e principais patologias a todos os médicos que atendem o SMI.	Cognitivo/Organizacional	Aula ministrada	JUN a JUL 2022	CC Giselle
Avaliar conhecimentos ginecológicos da rotina de saúde da mulher através de avaliação escrita após a aula ministrada.	Cognitivo	Conhecimentos avaliados	JUL a AGO 2022	CC Giselle
Selecionar 2 médicos generalistas para triagem e realização da rotina ginecológica de acordo com a avaliação realizada.	Cognitivo/Organizacional	2 médicos selecionados	JUL a AGO 2022	CC Torres
Solicitar a disponibilização de 1 turno para atendimento de Atenção Básica pela enfermeira do Dep Médico	Organizacional/ Cognitivo	Turno solicitado	JUN a JUL 2022	CC Carolina
Organizar agendamento de consultas de enfermagem pela Central de Agendamento.	Organizacional e Cognitivo	Agendamento organizado	JUL a AGO 2022	SG Luana
Monitorar satisfação do usuário em relação a agenda da Atenção Básica	Organizacional	Satisfação monitorada	OUT a MAR 2023	1T Kelly

3.3 GESTÃO DO PROJETO

O projeto começou a ser desenvolvido em junho de 2022. Algumas ações foram desenvolvidas e os produtos foram alcançados. A nova médica ginecologista embarcou na PNSPA em agosto de 2022 o que já possibilitou uma oferta maior de consultas.

O fornecimento de guias para consulta em ginecologia em OSE Unimed também foi disponibilizado pelo diretor da OM, porém os resultados esperados não foram satisfatórios. Os custos com exames complementares de alta complexidade aumentaram muito e muitas pacientes ficaram insatisfeitas com o atendimento realizado através do convênio e continuaram buscando a PNSPA a fim de esclarecerem suas dúvidas. Devido a esses fatores, após o embarque da outra médica ginecologista, a liberação de guias de consulta em ginecologia foi interrompida.

Os turnos de atendimento em ginecologia foram separados dos dias de atendimento de pré-natal, porém não foi possível concentrar em 2 turnos os atendimentos de pré-natal e sim em 3 devido a grande demanda de consultas para gestantes, pacientes em acompanhamento de patologia cervical com demanda de exames colpocitológicos em prazo de 6 meses e demandas de marcação com prioridade da direção.

Sobre a redução do tempo de consulta ginecológica para 20 minutos, ainda não foi possível, porém pretendo implementá-lo em breve. Inicialmente a nova médica necessitava de um tempo para treinamento até se adaptar ao sistema de funcionamento da OM. Depois desse período, eu tirei 15 dias de férias e ela ficou sozinha nos atendimentos e depois, recentemente, foi implementado na OM um sistema de prontuário eletrônico (AGHUse) e todas as consultas médicas precisam ser incluídas no sistema, o que está demandando um maior tempo de aperfeiçoamento do novo método.

A monitorização dos resultados das ações executadas vem continuamente sendo realizadas por mim no sentido de manter a médica ginecologista motivada e engajada no projeto e instituir em breve a redução do tempo de consulta em ginecologia.

A respeito da ausência de Médicos Generalistas ou Enfermeiro para atendimento da Atenção Básica, foi ministrada a aula: “Rotina ginecológica e principais patologias” em agosto 2022 e selecionados 2 médicos clínicos com maior aptidão e interesse pelo tema. Porém, logo após a aula, os 2 médicos foram destacados para o navio e ficaram cerca de 20 dias embarcados. Após o retorno, os mesmos têm sido selecionados com frequência para prestar apoio em atividades operativas durante o horário do expediente, além de remoções de pacientes, se tornando inviável a marcação de agenda para esses profissionais.

Além disso, a enfermeira que seria treinada para o atendimento da atenção básica é, no momento, a única enfermeira da OM, sendo responsável por inúmeros setores como: sala de

vacinação, serviço de estabilização de pacientes, ambulâncias, paiol de equipamentos médicos e medicações, além de ser a encarregada dos serviços complementares da OM que inclui o laboratório, SEDIME, raio x. Dessa forma, estou no aguardo do embarque de, pelo menos, mais 2 profissionais enfermeiros para que o trabalho seja dividido e eu possa finalmente criar a agenda de atenção básica da enfermagem.

A monitorização da satisfação dos usuários com o atendimento dos profissionais das Atenção Básica ainda não está sendo efetuada pois, infelizmente, a agenda ainda não pode ser iniciada. Sigo envidando esforços para iniciá-la o mais brevemente possível.

Outras ações foram desenvolvidas no intuito de conscientizar os usuários sobre a prevenção e os principais fatores de risco do câncer uterino e de mama, tais como a palestra aberta ao público proferida em 21 de outubro de 2022, alusiva ao Outubro Rosa (figura 2).



Figura 2: Palestra aberta ao público sobre Saúde da Mulher – Outubro Rosa 2022.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Considerando a dificuldade de agendamento de consulta para ginecologia como problema sugerido para o desenvolvimento do trabalho, acredito que obtive bons resultados com algumas ações que foram plenamente implementadas, como por exemplo a solicitação e o embarque de um novo médico ginecologista e a divisão dos dias de atendimento de ginecologia e obstetrícia. Além dessas, a emissão de guias de consulta em Unimed foi implementada, porém o resultado esperado que seria diminuir a demanda de atendimento na PNSPA não obteve êxito e por isso essa ação foi descontinuada. Algumas ações ainda estão sendo consideradas e serão implementadas em breve, como por exemplo a organização da agenda de Atenção Básica, podendo melhorar ainda mais as estatísticas de atendimento da PNSPA, proporcionando um maior acesso às usuárias e uma melhoria na qualidade de acolhimento e atendimento.

O desenvolvimento desse projeto trouxe um ganho muito significativo para a minha vida pessoal e profissional pois hoje consigo enxergar ainda mais e melhor a importância da medicina preventiva para o indivíduo e para a saúde pública num âmbito geral. Além disso, pude perceber através da vasta literatura e artigos pesquisados, a magnitude do Programa de Saúde da Mulher não apenas como cuidados de saúde, mas também na desconstrução de conceitos ultrapassados.

Em muitos casos, mudanças não são apenas necessárias, mas possíveis e devemos começar pelas pequenas ações que se encontram no nosso âmbito de governabilidade para que essas ações sejam continuamente transformadas em mudanças potencialmente significativas.

5 REFERÊNCIAS:

1. ABREU, de Jesus W L; ASSIS, MMA. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** *Cien Saude Colet* 2010.
2. BEZERRA, S.J.S. et al. **Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino.** *DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.* v.17, n.2, p.143-148, 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde.** Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: MS, 2001.
4. CAVALCANTE, S.A.M. et al. **Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil.** *Rev. Bras. Cancerol.* v.59, n.3, p.459-466, 2013.
5. DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. **Assistência pré-natal no programa Saúde da Família.** *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v.10, n.1, p.121-125, 2006.
6. FREITAS, Fernando; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E.P. **Rotinas em Ginecologia.** 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
7. GOMES, A.O.; NEVES, J.B. **O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde.** *Rev. Enferm. Integ.* v.4, n.2, p.821-832, 2011.
8. HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia.** 3ª edição. São Paulo: Roca, 2000.
9. LOPES, Clayre Maria; BARBOSA, Pedro; SILVA, Vanessa. **Gestão em Saúde – Caderno de Estudo.** 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Fiocruz, 2022.
10. MARÇAL, J.A.; GOMES, L.T.S. **A prevenção do câncer de colo de útero realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa da literatura.** *REAS*, v.5, n.2, p.474- 489, 2013.

11. MELO, M.C.S.C. et al. **O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária.** *Rev. Bras. Cancerol.*, v.58, n.3, p.389-398, 2012.
12. MENDES, Cássia Regina Alves. **Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites.** *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, v.20, n.2, p. 65-72, 2016.
13. MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto Contexto Enferm.*, v.17, n.4, p.758-764, 2008.
14. MENDONÇA, F.A.C.; et al. **Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária.** *Rev. Rene*, v.12, n.2, p.261-270, 2011.
15. MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil.** *Cad. Saúde Pública* v.23, n.4, p.961-970, 2007.
16. SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; DO LAGO Tania di Giacomo. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.
17. TELES, L.M.R. et al. **Atenção em anticoncepção oferecida por equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante - CE.** *Rev. Eletr. Enf.*, v.12, n.4, p.711-718, 2010.