

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 6



**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO E MAMA COMO AÇÃO PROGRAMÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA KM 06**

Ana Cecília Lopes de Lima

Pelotas, 2015

ANA CECÍLIA LOPES DE LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO E MAMA COMO AÇÃO PROGRAMÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA KM 06**

Trabalho acadêmico apresentado ao Programa de Valorização da Atenção Básica da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ivone Andreatta Menegolla

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

L732i Lima, Ana Cecília Lopes de

Implementação da estratégia de rastreamento de Câncer de Colo de Útero e Mama como ação programática na Unidade de Saúde da Família km 06 / Ana Cecília Lopes de Lima; Ivone Andreatta Menegolla, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Mulher. 4.Neoplasias do colo do útero. 5.Neoplasias da Mama. I. Menegolla, Ivone Andreatta, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

ANA CECÍLIA LOPES DE LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO E MAMA COMO AÇÃO PROGRAMÁTICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA KM 06**

Monografia aprovada em ____ de fevereiro de 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Ivone Andreatta Menegolla
(Orientadora)

Banca Examinadora:

Banca 1: Prof^a

Banca 2: Prof^a

Dedicatória

À população adscrita da USF KM 06 e aos seus profissionais, sem os quais nada disso seria possível.

À Jéssica, pela paciência em lidar com o meu hiperfoco neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram esse projeto factível.

Agradeço aos profissionais de saúde da unidade de saúde da família km 06 tomando como representantes Kátya, Delmilza e Ausenir, enfermeiras dedicadas e sempre disponíveis nos momentos em que precisei.

Aos agentes comunitários de saúde, os quais foram fundamentais para a incorporação desta ação na rotina do serviço, tomo como representante Lúcia Araújo.

Agradeço a secretaria municipal de saúde na pessoa de Josélio, representante *in loco* desta instituição.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos, que souberam lidar com a minha ausência nesse ano repleto de desafios.

Agradeço a minha tutora do PROVAB, Dra. Sheyla, pelos ensinamentos sobre Medicina e sobre a vida.

À Dra. Ivone, minha orientadora do curso de especialização da UFPel, obrigada pela motivação constante e paciência para esclarecer todas as minhas dúvidas.

Agradeço a Deus por ter o privilégio de exercer esta profissão linda, que me encanta a cada dia mais, ainda que tenha um longo caminho pela frente e muitos percalços.

"Onde quer que você vá, vá com todo o coração".

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	62
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	63
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de coletas do exame citopatológico de colo de útero com amostras satisfatórias, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	65
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	66
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	66
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	67
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	67
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo uterino, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	68
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de registro adequado de mamografia, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	69
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisade sinais de alerta para câncer de colo de útero, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	69
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	70
Figura 12	Evolução do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	71
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 que receberam orientação sobre DSTs fatores de risco para câncer de mama, UBS Km 06, Natal/RN, 2014	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
C e D	Crescimento e Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CO	Citologia Oncológica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Portaria Nacional da Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNI-RN	Centro Universitário do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 ANÁLISE SITUACIONAL	16
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF	16
1.2 Relatório de Análise Situacional	18
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional	33
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO	34
2.1 Justificativa	34
2.2 Objetivos e metas	36
2.3 Metodologia	37
2.3.1 Ações e detalhamento	38
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma	53
3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO	54
3.1 Eixo monitoramento e avaliação: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação	54
3.2 Eixo organização do serviço: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação	56
3.3 Eixo engajamento público: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação	59
3.4 Eixo qualificação da prática clínica: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação	61
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	62
4.1 Resultados	62
4.2 Discussão	72
4.3 Relatório da Intervenção para gestores	73
4.4 Relatório da Intervenção para comunidade	77
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	81
6 BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	86

RESUMO

LIMA, Ana Cecília Lopes de. **Implementação da estratégia de rastreamento de câncer de colo de útero e mama como ação programática na Unidade de Saúde da Família KM 06.** 2015. 84f. il. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). Programa de Valorização da Atenção Básica. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2015.

Os cânceres de colo uterino e mama são um importante problema de saúde pública. Apesar de existir diretrizes para o rastreamento populacional desses cânceres, muitas Unidades de Saúde da Família não as seguem, a exemplo da Unidade de Saúde de km 06, bairro de Natal/RN. Deste modo, foi idealizado um projeto de intervenção para a implementação do rastreamento desses cânceres como ação programática devido a baixa cobertura e qualidade desta ação na UBS. Assim, este teve os seguintes eixos de ações: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, e organização e gestão do serviço. Ademais, o trabalho teve o intuito de promover a implementação do rastreamento de câncer de colo uterino e mama como ação programática na USF km 06, estimativa de indicadores de cobertura e qualidade. O projeto foi desenvolvido durante os meses de agosto a outubro de 2014. Foram incluídas na intervenção todas as mulheres de 25 a 69 anos residentes no território de competência da unidade. Foram realizadas buscas ativas às usuárias, atividades coletivas e atendimento clínico conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e coleta de dados em ficha espelho específica. Foram calculados indicadores de cobertura e qualidade a partir desses dados. Em relação aos resultados obtidos, foram alcançadas todas as metas de qualidade, assim como os indicadores de cobertura de 25,3% e 27,6%, respectivamente, para os cânceres de colo uterino e mama ao final da intervenção. Com isso, a presente intervenção mostrou-se eficaz para a implementação do rastreamento como ação programática no serviço, mas deve ser perpetuada para que resulte em desfechos ainda mais expressivos.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção primária à saúde. Saúde da mulher; Programas de rastreamento; Neoplasias do Colo do Útero; Neoplasias da Mama.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo qualificar a atenção à saúde da mulher com a prevenção do câncer de mama e do câncer de colo de útero na USF de KM 06, em Natal/RN, tendo como público-alvo uma população 1598 mulheres para o rastreamento de câncer de colo uterino e 585 mulheres para o de mama.

No primeiro capítulo, expõe-se o Relatório da Análise Situacional, redigido nas primeiras semanas do curso de especialização em saúde da família, explicitando a situação do serviço de saúde.

No segundo capítulo, apresenta-se a Análise Estratégica, na qual se expõe o Projeto de Intervenção, baseado no Protocolo do Ministério da Saúde para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, Caderno de Atenção Básica, nº 13, 2ª edição, 2013.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção, que discorre sobre todas as ações previstas e desenvolvidas durante este período; as ações previstas que não puderam ser realizadas, descrevendo os motivos que impossibilitaram o seu desenvolvimento; as dificuldades encontradas; e a análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, bem como a viabilidade da continuidade da ação.

O quarto capítulo refere-se à Avaliação da Intervenção, no qual se discorre sobre os resultados da intervenção, abordando os resultados, discussão e os relatórios para os gestores e para a comunidade.

No quinto e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

O presente texto descreve a situação da Unidade de Saúde da Família (USF) km 06, localizada na zona oeste da cidade de Natal-RN. Na unidade há 03 equipes. Há déficit de 02 Auxiliares de Enfermagem e pelo menos 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na área objeto de estudo, a área 102, a equipe está completa. As marcações de consulta e visitas ocorrem todas as segundas-feiras.

Foram dedicados 03 turnos a ações programáticas, mantendo 02 turnos para pré-natal e saúde do idoso/hipertensão, e foi introduzido um turno específico para saúde da criança, pois foi uma queixa trazida por todos os membros da equipe. Anteriormente à Estratégia Saúde da Família (ESF), tal estabelecimento era Unidade Mista, e a equipe médica era composta por 01 ginecologista, 02 pediatras e 01 clínico geral. Percebe-se que isso contribuiu para que a população exija muitos encaminhamentos para problemas relativamente simples, e deixem de levar as crianças para serem atendidas na USF pelo fato de acreditar que o médico de criança é só o pediatra.

Assim, com um turno dedicado exclusivamente a saúde da criança nota-se que se está aproximando mais as mães e crianças da unidade, sem restringir o acesso apenas Crescimento e Desenvolvimento (C e D) e vacinas. Este foi um dos primeiros desafios da relação médico-paciente que se está tentando contornar.

Busca-se, juntamente com a equipe, resolver os problemas em nível básico, mas por vezes é difícil convencer os pacientes de que aquele encaminhamento é desnecessário. É uma mudança de paradigma, e o nível de informação da população sobre a função da atenção básica, assim como uma melhor relação entre a equipe e os usuários facilitarão o enfrentamento deste problema. Nos demais turnos oferece-se consultas à demanda espontânea.

Em relação à estrutura física, conta-se com espaço que acomoda de maneira satisfatória apenas 02 equipes. Todos os dias há permuta de salas o que retarda o preparo dos pacientes de maneira importante. Em certos dias de atendimento é preciso

atender em uma sala dividindo com o pessoal do planejamento familiar, de forma que a privacidade do paciente não é totalmente garantida.

Os usuários não reclamam da falta de privacidade. Para muitos só o fato de ter o atendimento está muito bom. Mas como profissionais, nos sentimos bastante descontentes com esta situação. Para agravar ainda mais o quadro, as chuvas que ocorrem nessa época do ano fazem com que as salas fiquem lotadas de infiltrações, impossibilitando o atendimento em uma delas.

Outro ponto importante é a farmácia com déficit dos anti-hipertensivos básicos e antidiabéticos orais. O programa Farmácia Popular do Brasil, idealizado para ampliar o fornecimento de medicamentos, está sendo usado como substituto da farmácia básica. No entanto, como a densidade de farmácias privadas nesses bairros é bem inferior ao restante da cidade, muitos idosos tem sérias limitações para adquirir seus medicamentos por problemas de locomoção. Cefalexina e amoxicilina, antibióticos básicos para a maior parte das infecções bacterianas em pediatria faltam, enquanto há amoxicilina+clavulanato, com um espectro bastante estendido de atuação sobre os microrganismos. Além disto, não há nenhum informe oficial sobre mudança de perfil de resistência dos germes comumente associados às infecções comunitárias no estado do RN.

Acredita-se que o grande ponto positivo são os recursos humanos. Trata-se de pessoas com um perfil profissional adequado as necessidades da atenção básica, comprometidos, honestos, envolvidos com o que fazem, e, acima disto, extremamente acessíveis, independente da função que exerçam. Acredita-se que esta seja nossa verdadeira vantagem para lidar com os problemas de saúde da população adscrita. Conta-se com profissionais com muito tempo de serviço, e isto foi um ponto que facilitou, e muito, o trabalho da equipe durante esse primeiro mês.

No entanto, acho que todos integrantes da equipe precisam melhorar o diálogo com os usuários. Observa-se que o conceito que a população tem de engajamento público é o de fazer denúncias ao distrito sanitário em relação a qualquer mal entendido que ocorra nas dependências da Unidade de Saúde da Família. É lógico que a fiscalização é um direito deles e é um fato extremamente positivo que os mesmos exijam o perfil de serviços que realmente os deixe satisfeitos.

Porem, observa-se que falta certa autonomia da Unidade de Saúde da Família, como um todo, para resolver o problema *in loco*. Este ano, não ocorreu nenhuma situação parecida. Tal problema ocorreu principalmente no ano passado, em relação às prioridades e marcações de consultas na unidade.

Para tentar contorná-lo, foi realizada reunião com os usuários sobre acolhimento com classificação de risco e, o qual está-se implementando há duas semanas. Muitos pacientes elogiaram, disseram que agora a situação está mais organizada, e, além disso, descentralizamos os serviços do profissional médico.

É feita uma reunião semanal nas sextas-feiras à tarde. Conta-se com a presença do administrador da unidade e vários membros da equipe. Tais momentos são importantes, uma excelente oportunidade de aprendizado mútuo e coesão da equipe.

As visitas domiciliares têm turno específico, mas são feitas visitas diariamente em caso de algum agravo. O acesso as residências tem sido bastante difícil, uma vez que devido às obras de saneamento básico, algumas regiões ficam totalmente ilhadas. Apesar de toda a dificuldade, reconhece-se que tais obras são fundamentais considerando o contexto de vida dessa população. Estas são as principais impressões nesses poucos dias de trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Estratégia Saúde da Família Km 06, está localizada no Distrito Sanitário Oeste, na cidade de Natal/RN. A rede municipal de saúde é dividida em 05 distritos sanitários (norte I e II, leste, oeste e sul), com população adstrita de 817.590 habitantes. A implementação da atenção básica de qualidade ainda é um grande desafio para a cidade, à semelhança de outros centros urbanos de mesmo porte. Tal fato é evidenciado pelo baixo índice de cobertura na capital - apenas 33,34% (272.550) da população tem ESF responsável por suas demandas de saúde (MS, 2014). A população tem predominância do sexo feminino (53%), constituída essencialmente por

adultos (58%), sendo 10% de sua população da faixa etária acima de 60 anos e 1,3% de menores de 01 ano.

A taxa de pessoas sem instrução ou com primeiro ciclo escolar incompleto é de 4,64%, enquanto o percentual de pessoas com segundo ciclo completo ou mais é de 79,34%. A renda média domiciliar *per capita* é de R\$ 921,29, no entanto 31,13% da população têm renda inferior à metade de um salário mínimo. Apenas 24% da população conta com rede geral de esgotos.¹

A rede municipal de saúde tem 65 unidades básicas de saúde², das quais 17 são tradicionais e 48 estratégias saúde da família (com um total de 79 equipes). A maioria das unidades básicas de saúde concentra-se em zonas onde a população apresenta maior vulnerabilidade social.

Há 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) atualmente em funcionamento, também localizados em zonas estratégicas, de maior necessidade. Os serviços de atenção secundária que o município disponibiliza são: 04 policlínicas, 01 centro clínico pediátrico, 03 maternidades de baixo risco, 01 hospital geral e 01 centro de atenção a saúde do idoso. A rede de urgência conta com 01 pronto atendimento infantil, 02 unidades de pronto atendimento e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Natal).

A rede municipal de saúde mental tem 5 CAPS e 1 residência terapêutica. Em relação à saúde bucal, o município tem 64 equipes implantadas de saúde bucal, 01 centro de especialidades odontológicas (CEO) e 01 clínica odontológica infantil.

As policlínicas e unidades mistas de saúde têm estrutura para realização de exames laboratoriais, e muitas Unidades Básicas de Saúde dispõem de dias específicos para coleta de material biológico no próprio estabelecimento de saúde. O material é enviado a estes centros e os resultados são enviados às Unidades Básicas de saúde. O usuário também tem acesso direto a realização de exames nesses centros, mas prioriza-se o acesso na própria unidade.

¹ Dados. Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

² Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-180.html>>. Acesso em: 20 de maio 2014.

Os demais exames complementares e acesso a consultas/procedimentos em atenção secundária/terciária são agendados via sistema de marcações informatizado, sendo os prazos muito variáveis, e em geral insatisfatórios em relação às necessidades da população, que em função da atenção básica de baixa qualidade/resolubilidade por vários anos associada à baixa oferta de serviços secundários/terciários com infraestrutura adequada, encontram-se acometidos por doenças em estágios avançados.

A Estratégia Saúde da Família KM 06, localiza-se na zona urbana do município de Natal/RN. Nela atuam 03 equipes de saúde da família, responsáveis pela cobertura de uma população de 7.782 usuários. A ESF tem vínculo com o Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), instituição de ensino superior privada, oferecendo estágio em Atenção Primária à Saúde (APS) para estudantes de enfermagem. Há, ainda, vínculo com Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ofertando campo de estágio em APS para estudantes de gestão de políticas públicas.

A estrutura da ESF é bastante divergente do que é preconizado pelo marco legal, apresentando algumas deficiências graves. Grande parte dessa divergência deve-se a inadequada adaptação de uma unidade tradicional para instalação da ESF. O aspecto positivo mais significativo é o adequado funcionamento do Programa Nacional de Imunizações (PNI), no que diz respeito ao fornecimento de todos os insumos para sua efetivação. Em linhas gerais, os espaços têm dimensões compatíveis com o que é preconizado pelo manual de estrutura do Ministério da Saúde.

No entanto, não há quantidade de salas suficientes para atendimento pelos diferentes profissionais de saúde, ainda que horários de estudo, ações educativas e visitas domiciliares sejam alternadas entre as equipes. Ressalta-se, ainda, a falta de manutenção do prédio, com importantes infiltrações e incapacidade de atender na única sala que possui maca ginecológica no período de chuvas.

Os consultórios não possuem banheiros. Não há sala de reuniões, sala para agentes comunitários de saúde, sala de espera (há apenas um espaço junto à recepção que acomoda 15 usuários sentados, quando pelo marco legal, deveria comportar 45) e escovário. A unidade possui um corredor em "U", que perpassa as diferentes salas, gerando um fluxo intenso e desnecessário de pacientes nas dependências do prédio.

A acessibilidade a pessoas com deficiência física e idosas é bastante prejudicada por barreiras arquitetônicas, tais como: ausência de corrimãos no interior da UBS, presença de desnível considerável entre a via urbana de acesso e a calçada da unidade, impossibilidade de cadeirantes utilizarem o banheiro de forma adequada. A sinalização é feita principalmente através de linguagem escrita, o que não é satisfatório, já que pelo menos 25-30% da população é analfabeta.

O fornecimento de insumos é irregular e em muitos casos insatisfatório, com destaque para a falta de insumos odontológicos. Os profissionais em sua maioria não participam da gestão dos insumos de maneira efetiva. Não há estrutura para pequenas cirurgias ou procedimentos de urgência que requeiram medicamentos injetáveis, por exemplo. Muitos instrumentos para avaliação clínica de uso médico são inexistentes na unidade e, os poucos que se encontram disponíveis, não tem manutenção adequada ou são insuficientes.

Para enfrentamento das questões relacionadas a estrutura, a equipe precisa posicionar-se de modo mais efetivo em relação a gestão dos insumos, pactuando responsabilidades com o gestor local. Há promessa de reforma para a unidade, sendo de extrema importância a participação ativa dos profissionais na definição da melhor estrutura compatível com as necessidades da população, promovendo equidade, acesso facilitado, minimização das barreiras arquitetônicas e facilitação do processo de trabalho.

Apesar de tais iniciativas serem fundamentais, acredita-se que a ferramenta de maior impacto para resolução desses problemas, seja o engajamento público, pois estando a população mais consciente e informada dos seus direitos, da realidade preconizada por lei, fica apta a exigir posicionamentos e mudanças por parte da gestão, compartilha as inquietações dos profissionais e auxilia na melhoria da situação como um todo. Não há Conselho de Saúde na área adscrita, o que seria uma importante iniciativa de controle social.

No âmbito das atribuições profissionais, observa-se que os profissionais seguem, em linhas gerais, o que é previsto pela Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB). Oferece-se serviços todos os dias da semana, cumprindo a carga horária

exigida, fazendo-se visitas domiciliares, atendimentos odontológicos e há um percentual expressivo de pacientes cadastrados, mais de 90% nas 03 áreas.

Recentemente foi implantado o acolhimento com classificação de risco, com boa adesão dos profissionais e tais dados são positivos, considerando a atual situação da capital e o baixo índice de cobertura da atenção básica no município, conforme foi colocado no tópico a respeito do sistema de saúde municipal. No que diz respeito às limitações da equipe temos: baixa adesão ao uso de protocolos de atendimento e capacitação da equipe de maneira fragmentada (cada profissional recebe aperfeiçoamento na sua área).

O processo de trabalho das equipes carece de planejamento e monitoramento, não sendo utilizados indicadores de qualidade/cobertura para delimitação de ações *in loco*. Geralmente, os distritos sanitários de saúde compilam os dados da ESF (essencialmente de produtividade), e apontam falhas, através de relatórios enviados às unidades, a respeito de seu desempenho em relação às metas estipuladas em nível central, pela Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, as equipes não conseguem identificar e agir sobre os seus problemas, pois não tem autonomia para lidar com os dados e elaborar estratégias para melhor enfrentamento dos problemas em tempo hábil, exigindo da Secretaria Municipal de Saúde a coparticipação para enfrentamento dos mesmos.

Ações como capacitação de equipes no uso adequado dos indicadores de saúde, com elaboração de banco de dados e pactuação interna de comissões responsáveis por cada uma das ações programáticas, seria uma iniciativa de grande valor. A gestão deve se mostrar sensível a necessidade de capacitação desses profissionais, assim como flexibilizar as metas a serem atingidas, já que dificilmente um profissional sobrecarregado com assistência, poderá se envolver de forma mais efetiva em ações como planejamento e acompanhamento contínuo das diferentes ações programáticas, considerando que cada uma necessita de um olhar particular, e que a ESF foi implantada há pouco mais de 01 ano, o que não justifica exigirem metas quantitativas em detrimento da qualidade da atenção, e não se pode lograr qualidade sem qualidade de registro e uso do que se registra para ações locais.

A utilização de protocolos de atendimento precisa ser consolidada, pois norteia a prática e é o referencial para uma atenção de qualidade. Todos os profissionais de saúde precisam se familiarizar com os protocolos e a qualidade do registro e a compilação de dados é de fundamental importância para que os protocolos resultem em melhoria da assistência.

A população adscrita é de 7.782 pessoas e há proporção adequada de equipes, médicos, enfermeiros e dentistas, comparando com o marco legal. No entanto, algumas equipes estão incompletas, pois em uma delas há apenas 02 agentes comunitários de saúde, infelizmente essa falta se dá na área de maior número de usuários e de maior distância. Alguns agentes contratados se negaram a prestar atendimento devido ao alto índice de violência nessa região e foram remanejados para outras ESF. Os agentes responsáveis por outras áreas se negam a prestar atendimento e a prefeitura lançou edital para provimento de cargos temporários. Uma estratégia possível, seria a busca de pessoas interessadas em trabalhar na atenção primária, residentes na própria área, oferecendo-lhes capacitação e garantia de emprego pactuada com a secretaria de saúde e prefeitura de Natal. Tal procedimento evitaria a evasão de profissionais concursados de tal área.

O acolhimento a demanda espontânea foi instituído após a chegada dos médicos vinculados ao Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) 2014. Em nossa agenda, são dedicadas diariamente 04 vagas de atendimento para urgências, na agenda de cada médico. O excesso de demanda é acolhido pela equipe do dia, e caso necessite é avaliado pela enfermeira da área correspondente e, eventualmente pelo médico.

Como se trata de algo recentemente introduzido na rotina da unidade, ainda busca-se adequar o processo de acolhimento às necessidades da população e ao desafio de acolher esses pacientes, enquanto tem-se de desenvolver as diferentes ações programáticas.

A aceitação pelos usuários foi expressiva. Os profissionais notaram, já nas primeiras semanas, melhoria do processo de trabalho uma vez que o fluxo desnecessário de usuários na Unidade de Saúde da Família foi sensivelmente reduzido. Um dos grandes desafios para melhoria do acolhimento é a capacitação dos

"profissionais porta", na maioria das vezes, agentes comunitários de saúde, para melhor avaliação do risco biológico e, principalmente, o social pois se observa que o vínculo de alguns profissionais com determinadas famílias motiva maior atenção a estes usuários.

A UBS não dispõe de material mínimo para acolhimento de pequenas urgências e, como há 03 pronto-socorros próximos, muitos usuários são encaminhados aos mesmos. Acredita-se que uma maior interação entre as equipes promova menos choque entre a demanda programática e espontânea e os profissionais poderão experimentar diferentes modalidades de acolhimento até alcançarem a satisfação da equipe e usuários.

Em relação à capacitação dos Agentes de Saúde, a equipe médica e de enfermagem pode elaborar atividades de capacitação técnica sobre os principais cenários de demanda espontânea que ocorrem de maneira habitual na UBS.

A necessidade de flexibilização das agendas e oferta de marcações diárias já foi aventada em algumas ocasiões, uma vez que acredita-se ser desumano que as pessoas cheguem cedo à unidade, em apenas um dia da semana em que as marcações são feitas, utilizando a ordem de chegada como único critério (excetuando-se grupos como crianças, gestantes e idosos).

Tal ideia gerou muita discussão, principalmente em relação aos agentes, que tendem a singularizar a vulnerabilidade das pessoas em relação a condições como violência, pobreza, distância da unidade e residência, citando que esse é um denominador comum entre todos os usuários de suas áreas. Parece haver uma divisão de opiniões acerca dos parâmetros de marcação de consultas.

Por um lado, os agentes comunitários de saúde defendem que a marcação de consultas permaneça da forma que está, pois para os usuários esta é a forma mais justa. No entanto, durante os atendimentos ambulatoriais, observa-se queixas recorrentes, principalmente da população idosa, que chega a pagar para que outras pessoas consigam uma ficha de atendimento.

Com relação à saúde da criança, estas têm acompanhamento de crescimento e desenvolvimento realizado por médico e enfermeira. Em uma das equipes há turno específico da profissional médica para a população pediátrica. As enfermeiras disponibilizam turnos específicos para atendimento das crianças.

Observa-se que não há atividade programática específica na unidade, uma vez que o aspecto mais elementar, que é o registro adequado e posterior planejamento de ações com base em dados locais, não é realizado. Há uso de materiais no Ministério da Saúde para atendimento à população pediátrica. No entanto, não há documento para registro comum, não havendo garantia de padronização do atendimento. Os dados são registrados unicamente em prontuário clínico, o que dificulta a recuperação de dados para planejamento.

Apesar de haver baixo índice de cobertura (67%), acredita-se que a qualidade do serviço é satisfatória para os que estão acompanhados, já que os procedimentos de triagem auditiva, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação sobre alimentação e prevenção de acidentes encontram-se em níveis satisfatórios (87%, 100%, 100%, 100%, respectivamente). No entanto, se observa baixo índice de realização de teste do pezinho na primeira semana de vida (29%), assim como baixa demanda por atendimento odontológico em menores de 01 ano (29%).

Para enfrentamento das deficiências encontradas na atenção a saúde da criança é de fundamental importância a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, no sentido de sensibilizar a população sobre a importância do atendimento odontológico, assim como a coleta oportuna do teste do pezinho. O atendimento pré-natal deve garantir o adequado acesso a essas informações e estimular as mães a se preocuparem com esses aspectos da saúde da criança, a exemplo da ênfase na imunização adequada da criança (em que a adesão é expressiva - superior a 80%). O grupo de gestantes existente na unidade é uma oportunidade de suma importância para implementar ações que visem a melhoria desses índices, com participação efetiva de todos os membros da equipe, se possível.

Com relação aos índices de crianças com acompanhamento em dia e precocidade do acompanhamento (os quais são baixos- 43% e 14%, respectivamente), a criação de um sistema de dados local, ficha adequada para atendimento a população dessa faixa etária, assim como pactuação interna para criação de grupo responsável pelo acompanhamento desses dados, é fundamental para estimarmos a eficácia das ações assim como evidenciar melhor os problemas.

O atendimento pré-natal é realizado por enfermeiros e médicos em turnos específicos. Há um grupo de gestantes em funcionamento, com pelo menos 04 reuniões mensais. São realizadas consultas puerperais e acolhimento de urgências. O atendimento pré-natal apresenta situação semelhante as demais ações programáticas. Não há registro específico, banco de dados local, nem núcleo de profissionais encarregados da análise, planejamento e ações pautadas em indicadores de cobertura e qualidade locais. O indicador de cobertura (60%) e alguns indicadores qualidade (57% de consultas em dia e exames ginecológicos realizados durante o período gestacional, 29% das gestantes com avaliação de saúde bucal, 37% com consulta realizada no primeiro trimestre), grosseiramente estimados através de dados dos livros de consultas da enfermagem e prontuário médico, encontram-se com níveis baixos.

Em contrapartida, uma vez que a gestante entra em contato com a ESF, a equipe tem desempenho satisfatório em relação a vários indicadores de qualidade, como as orientações sobre aleitamento (100%), solicitação de exames na primeira consulta (100%), orientação sobre aleitamento materno exclusivo (100%), imunizações e suplementação de ferro conforme protocolo (100%). Apesar disso o acompanhamento tem início tardio, uma vez que apenas 37% das gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, 29% realizam avaliação odontológica durante a gravidez, 57% realizam exame ginecológico.

O grupo de gestantes é uma excelente ferramenta para ressaltarmos a importância da saúde bucal na gestação, assim como a necessidade de avaliação ginecológica, uma vez que falsas crenças podem estar interferindo na aceitação desses procedimentos ou, ainda, as gestantes não tiveram acesso a informação sobre a importância dos mesmos.

Para diagnóstico precoce de gravidez e início oportuno do pré-natal, medidas simples como o questionamento sobre atraso menstrual nas visitas dos agentes, assim como no preparo, sala de vacinas, enfim, em qualquer contato com mulheres em idade fértil nas dependências da USF, seria de extrema valia, uma vez que é simples, barato, e pode desdobrar-se em outras ações, como o oferecimento de estratégia de planejamento familiar.

Para consolidação desta ação programática, é de fundamental importância a adequada compilação dos dados, possível apenas se houver disponibilidade de documentos com qualidade de registro e profissionais engajados no planejamento de ações através da interpretação de tais dados, de forma contínua.

Quanto a prevenção dos cânceres de colo do útero e mama, os procedimentos relativos a isso são executados da seguinte forma: as profissionais de enfermagem fazem a coleta e, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, encaminham as citologias alteradas para a avaliação médica. Há turnos para demanda livre em todos os dias da semana, e essa população e as consultas gerais são utilizadas como oportunidade para rastreamento da população com faixa etária alvo.

Em relação à prevenção do câncer de mama, os médicos e enfermeiras realizam exame clínico das mamas em mulheres a partir dos 40 anos, assim como solicitam mamografia de rastreamento. As mamografias diagnósticas são solicitadas pelos profissionais médicos. A semelhança do que ocorre nas outras áreas, a estratégia de rastreamento local não caracteriza uma ação programática. A maioria dos dados obtidos para preenchimento do caderno de ações programáticas se baseou na amostragem de citologias do ano anterior, sendo alguns valores arbitrários, verdadeiras extrapolações, uma vez que não há registros locais específicos que nos forneçam indicadores de qualidade.

A maioria dos impressos disponíveis serve para quantificar as ações e não são utilizados no dia a dia da equipe. Não foi possível estimar dados relativos à adequabilidade das amostras. A falta de registro de qualidade e equipe local com competências relativas ao planejamento guiado por indicadores, se traduz em um indicador de cobertura de apenas 43% para rastreamento de câncer de colo uterino. A situação do rastreamento de câncer de mama é ainda mais difícil, pois os dados estão todos no prontuário clínico, de forma que a maioria das informações geradas podem não condizer com a realidade do serviço.

De qualquer forma, a própria falta de informações e registro eficazes já são um importantes marcadores da fragilidade local em relação ao programa de rastreamento. Uma das prerrogativas de um programa eficiente é a longitudinalidade. Se não há seguimento e registro adequados, o programa não é eficaz para o que se propõe. Os

pontos positivos são o alto índice de ações de prevenção primária, assim como a percepção por parte dos profissionais, de que a visita de uma mulher ao serviço, independente do motivo, é oportunidade de oferecer ações de rastreamento. No entanto, tais benefícios só são concedidos caso a paciente procure a unidade.

Acredito que a forma de registro é o ponto de partida para que as ações possam ser planejadas, nas duas frentes de rastreamento. É necessário gerar um banco de dados local, de fácil acesso, o qual pode ser alimentado diariamente a partir do contato da paciente com a unidade. Assim, dados como a data de coleta do material, exames alterados e todos os dados relevantes, poderiam ser organizados de forma a nortear a busca ativa de pacientes que ainda não estão no programa de rastreamento, assim como não perder o contato com mulheres que possuam exames alterados. Dessa forma, a equipe visualizaria melhor a cobertura e qualidade da assistência.

Aspectos relativos à educação em saúde também devem ser trabalhados. Será que as mulheres que compõem a população de risco sabem da importância do exame no sentido de promover um tratamento precoce e eficaz de doença que responde por um expressiva parcela de morbidade na população feminina? Quais são os medos e anseios dessas mulheres em relação a esse tipo de serviço? No dia-a-dia, muitas mulheres dizem que não gostam de fazer o exame na USF porque os resultados demoram. Considerando tudo isso, seria interessante realizar ações educativas com as mulheres no sentido de promover a educação em saúde.

As ações de prevenção primária devem ser enfatizadas na escola. Observ-se que muitas jovens com menos de 25 anos realizam citologia oncológica (C.O.) em frequência considerável, pois há uma certa confusão entre exame clínico ginecológico e rastreamento de câncer de colo uterino.

Outra estratégia interessante para envolver as mulheres no autocuidado seria a confecção de um "cartão de rastreamento", no qual, à semelhança do cartão de vacinação, seria registrada tanto a data do último exame e resultado, como o ano e época em que o exame deveria ser repetido (ou intervalo menor, caso fosse necessário- dependendo da condição clínica de cada usuária).

O cuidado aos indivíduos portadores de diabetes e hipertensão também não funciona como ação programática na ESF. Enfermeiros e médicos atendem os

pacientes tanto nos dias de demanda livre como em turnos específicos para Hipertensão. Os dados relativos ao controle de doença não são compilados em registros específicos, não há banco de dados local para isso, e todas as informações ficam restritas ao prontuário clínico.

Há falta de alguns instrumentos, como diapasão e monofilamento, o que dificulta o rastreamento de neuropatia nos pacientes diabéticos. Tal panorama resulta em indicadores de cobertura (40% para hipertensos e 49% para diabéticos) e qualidade aquém do esperado (estratificação de risco, orientação sobre prática regular de exercício físico e orientação nutricional, exames periódicos em dia, estimados em 67% para diabéticos e 54% para os hipertensos. Para os últimos, foi estimado que apenas 38% têm exames periódicos em dia).

A hipertensão está associada com alta mortalidade e morbidade e o diagnóstico precoce e tratamento sistemático e individualizado é fundamental. Como se trata de doença cujas manifestações clínicas ocorrem, na maioria das vezes, através de suas complicações agudas/crônicas (insuficiência cardíaca, complicações cerebrovasculares, edema agudo de pulmão hipertensivo, insuficiência renal crônica), é fundamental o diagnóstico precoce. Assim, com o marcador de cobertura em 40%, há muitos hipertensos sem acompanhamento, evoluindo insidiosamente com complicações da doença. A situação dos pacientes diabéticos é semelhante, com indicador de cobertura de 49%.

Os pontos estratégicos do processo de trabalho fundamentais para melhoria da realidade da atenção ao paciente hipertenso em nosso contexto, são a educação em saúde, melhoria da forma de registro (com dados prioritariamente relacionados a qualidade da atenção, que ofereçam acompanhamento longitudinal) e estratégias mais efetivas de busca ativa.

O marcador de cobertura é preocupante, apenas 40% das pessoas hipertensas são acompanhadas na ESF. Como se trata de doença que tem curso assintomático com complicações graves é interessante que a estratégia de busca ativa desses usuários seja prioritária e flexível. Pontos estratégicos de busca ativa poderiam ser expandidos através de ações intersetoriais, como por exemplo, abordagem das pessoas em seu ambiente de trabalho (há muitos estabelecimentos ao redor da UBS:

oficinas, bares, comércios que seriam pontos estratégicos para captação desses pacientes).

Na prática clínica observa-se os problemas supracitados, além de uma baixa adesão a estratégias de manejo não farmacológico, assim como exigência dos pacientes que a consulta seja rápida e se resuma a renovação da receita médica. Assim, a educação em saúde, como reuniões em grupo de hipertensos e diabéticos seria fundamental para sensibilizar os usuários em relação aos próprios problemas, contribuindo para o empoderamento dos mesmos em relação ao seu estado de saúde.

A semelhança do que ocorre com as demais áreas de atuação, a saúde do idoso na ESF Km 06 não funciona como ação programática. O atendimento aos idosos é oferecido junto com o Hiperdia, mas também são disponíveis horários de atendimento nos turnos de demanda livre. O atendimento é realizado pelos profissionais médicos e de enfermagem. Há um grupo de idosos, o qual tem reuniões semanais.

A maior parte das informações preenchidas no caderno de ações programáticas foi obtida de estimativas e dados oriundos do prontuário médico. Não foi possível obter dados referentes ao acompanhamento em dia, realização de avaliação multidimensional rápida, número de idosos que portam a caderneta de saúde, avaliação de risco de morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice.

Muitos desses dados não fazem parte da rotina habitual da equipe de saúde da família em nossas UBS. Em conversa com outros médicos e com as enfermeiras, nota-se que não os especializandos do PROVAB não estão capacitados para realizar as avaliações. Os registros dos outros profissionais que estavam em ano anterior (2013) também demonstravam que não era prática dos mesmos fazerem esse tipo de avaliação. Como vários dos indicadores de qualidade não puderam ser estimados é possível dizer que a qualidade da atenção ao idoso é uma incógnita em nosso serviço.

Baseando-se nos indicadores de qualidade sugeridos pelo caderno, pode-se afirmar com base na realidade vivenciada, que não é da prática dos profissionais a adoção de protocolos de avaliação global dos idosos. Não há registro específico para isso. Devido à ênfase na produtividade dos profissionais, muitos destes sentem-se incapazes de realizar uma boa avaliação da pessoa idosa em um tempo de atendimento tão restrito (20 minutos, em caso de consulta ambulatorial e 30 minutos em

visita domiciliar), e numa realidade em que a comunidade ainda tem uma considerável demanda reprimida, constituída por uma população de faixa etária diversa.

A atenção a pessoa idosa necessita acima de tudo do reconhecimento das vulnerabilidades específicas dessa população, de uma postura pró-ativa de toda a equipe e do manejo adequado do tempo dedicado a esses pacientes, o que muitas vezes entra em conflito com a demanda de outras ações programáticas. Acredito que para trabalharmos esse ponto, é necessária capacitação profissional da equipe, para adequado uso dos instrumentos presentes no caderno de atenção básica, de modo que os diferentes profissionais se envolvam na avaliação dos idosos, otimizando o tempo dedicado a esses pacientes, oferecendo uma atenção de maior qualidade aos mesmos.

O grupo de idosos é estratégico para iniciar o processo de avaliação individual em pequenos grupos, para que possamos estabelecer o perfil de morbidade, funcionalidade, e suporte social do idoso em nossa comunidade. Os médicos da USF concordam que é necessário um treinamento específico para melhorar o atendimento a pessoa idosa. Será solicitada prática específica sobre o tema com a tutora local do PROVAB, que se mostrou muito solícita.

Após essa prática, é necessário elaborar uma estratégia conjunta de capacitação dos demais profissionais para sensibilização dos mesmos e pactuação das atribuições de cada membro da equipe. É necessário, ainda, melhorar a qualidade do registro, com a criação de uma ficha específica, para acompanhamento dos problemas mais comuns no estilo "check-list", de modo a garantir que em toda consulta, o idoso seja estimulado a falar sobre problemas como incontinência, quedas, insuficiência cognitiva, etc. Acredita-se que painéis expostos nas mesas, com as escalas mais utilizadas na geriatria, sejam ferramentas interessantes para qualificar o atendimento a essas pessoas.

De forma geral, as diferentes frentes de atuação da equipe de saúde da família compartilham problemas semelhantes. É imprescindível organizar os dados relativos a cada ação programática e estabelecer profissionais específicos para se responsabilizarem pela alimentação dos registros e, acima de tudo, para o devido uso desses registros.

Nesse sentido, a presença da estagiária de Gestão em Políticas Públicas é um grande recurso para a elaboração desses registros, tanto para que o estágio da mesma seja proveitoso, como para a equipe, que deverá engajar-se no sentido de utilizar o recurso de banco de dados para analisar melhor as suas prioridades. A educação em saúde é uma área que deve ser sempre priorizada quando pensamos em melhorar ou estabelecer uma ação programática: os usuários devem ser informados sobre a importância das ações, sendo dessa forma empoderados das informações sobre o seu papel no autocuidado. Os grupos existentes na ESF são de extrema importância para que as intervenções alcancem os usuários, e tenha-se uma participação satisfatória dos mesmos.

Durante a aplicação dos questionários e preenchimento do caderno de ações programáticas, foi possível constatar que por mais que alguns aspectos do processo de trabalho, quando vistos superficialmente, sejam positivos, a efetividade real de uma estratégia saúde da família só é adequadamente aferida quando debruça-se sobre dados.

Enquanto a visão de saúde for restrita a assistência, as dependências da unidade, ao atendimento individual, pouco será feito em busca de uma atenção primária que se imponha diante do panorama do processo saúde-doença da população brasileira. Durante a aplicação dos questionários estruturou-se o processo de acolhimento na unidade, o que foi um grande desafio para todos, mas obtiveram-se resultados satisfatórios já na primeira semana.

Alguns problemas estruturais foram levados a gestão municipal, de forma que o suprimento de alguns medicamentos básicos foi feito. Após a leitura da portaria de atenção básica, foi procurada ajuda do NASF para resolver problemas de ordem social de algumas famílias. A síntese do processo de análise situacional em termos pessoais, é que grande parte da informação produzida pelo Ministério da Saúde é subaproveitada na prática e isso resulta em uma atenção primária de baixa qualidade.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Em relação as questões apontadas no texto da segunda semana de ambientação, acredita-se que o texto atual aprofundou muito a análise. No primeiro texto já apontava-se alguns aspectos de baixa qualidade do quesito estrutura. No entanto, ao tomar conhecimento do marco legal, a percepção de problemáticas quanto a ambiência puderam ser contempladas. As falhas de acessibilidade passaram totalmente despercebidas na primeira análise. Apesar de apontar a coesão e competência profissional de cada um dos membros da equipe no primeiro texto, ao longo da aplicação do questionário foi possível observar que apesar de nossa competência técnica seja adequada, não sabe-se manejar corretamente os problemas dos idosos, nem preocupa-se em avaliar e planejar as ações baseadas em nossos dados. Na maioria das vezes os membros da equipe são meros expectantes de suas próprias falhas (sendo avaliados pela gestão local apenas em termos de produtividade, na maioria das vezes), tentando resolver os problemas que poderiam ter sido detectados em nosso dia a dia, após "feedback" negativo dos gestores, que muitas vezes não conhecem a nossa realidade de trabalho porque não se dá a percepção da mesma com dados confiáveis e convincentes, pois nem o próprios membro da equipe sabem das informações mais relevantes do estado de saúde da população adscrita, já que a qualidade do registro não permite o planejamento.

Através de todos os longos questionários, foi possível perceber que há muito que fazer. Chega a ser desesperador e frustrante em alguns momentos, pois fica-se perdido sem saber por onde começar. Mas ao dividirem-se os problemas, multiplicam-se soluções. Pode-se deixar as marcas no serviço a partir de ações simples, mas que se forem continuadas e alimentadas, surtirão efeitos em longo prazo.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. Além disto, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

Ainda considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

A Unidade de Saúde da Família KM 06 é responsável pela atenção à saúde de uma população de 7.782 usuários. Há 03 equipes em funcionamento no local, sendo que duas estão completas (possuem um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário), mas uma das equipes tem apenas um ACS. A estrutura da unidade é deficiente, quando comparada ao que está no marco legal: há acessibilidade restrita aos usuários com deficiência física, não há sala de espera, há apenas uma sala com maca ginecológica e não temos banheiros nos consultórios.

O fornecimento de insumos para realização de citologia oncológica é adequado, mas o fluxo das amostras até os laboratórios é deficiente, o que gera um atraso nos resultados - no entanto, não há relatório local sobre a quantidade de exames com resultado em atraso, o percentual dos mesmos em relação ao total, dentre outros

dados. Acredita-se que o gestor desconhece o verdadeiro impacto do fluxo deficiente no programa de rastreamento.

Estima-se que a população da área adscrita, na faixa etária e sexo enquadrados no foco da intervenção, seja de 1598 mulheres para o rastreamento de câncer de colo uterino e 585 mulheres para o de mama. No entanto, os indicadores de cobertura são insatisfatórios, 43% e 51%, respectivamente. Além disso, somente 47% das usuárias acompanhadas têm seu exame citopatológico em dia, enquanto 36% tem resultado com atraso de mais de 06 meses. Não há registro do número de citologias alteradas, nem da adequabilidade das amostras. Apenas 67% das usuárias acompanhadas na unidade tinham mamografia em dia, enquanto 23% tinham resultado do exame com atraso superior a 06 meses.

Não há registro local específico para essas ações, assim como não existe um núcleo responsável por avaliar periodicamente a qualidade das mesmas. Não são realizadas atividades de promoção à saúde, específicas e periódicas, para este grupo. Existem campanhas como o Outubro Rosa na cidade, no entanto, os baixos índices de cobertura e qualidade evidenciam o caráter transitório de tais medidas.

Considerando esses dados é possível que o rastreamento dos cânceres ginecológicos mais prevalentes na população feminina não funcionem como uma ação programática na UBS. Da forma em que se encontra no contexto da USF KM 06, há baixa probabilidade de resultar em um impacto significativo sobre a saúde dessas pessoas.

É necessário envolver essa população com os membros da equipe sendo as ações de vinculação, promovidas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, fundamentais nesse processo. Outra prioridade é capacitar todos os membros das equipes para prover as orientações necessárias sobre fatores de risco, assim como a atribuição de cada um, pautando-se no protocolo do Ministério da Saúde. Outras limitações existentes são o número insuficiente de agentes comunitários de saúde em uma das equipes, a dificuldade no fluxo das lâminas dentro da rede local e a existência de apenas uma sala com maca apropriada para a coleta do exame citopatológico cervical. Acredita-se que em relação ao rastreamento do câncer de mama, a implementação das ações seja mais factível em todos os aspectos, por se tratar de uma

população menor. Além disso, a mamografia demora, em média, 15 dias para ser marcada e cerca de um mês para recebimento do resultado, melhor que a do exame citopatológico.

2.2 Objetivos e Metas

Implementar o rastreamento de câncer de colo uterino e mama como ação programática na USF km 06.

Os objetivos específicos são:

- a) **Objetivo de cobertura:** Ampliar a cobertura de detecção precoce de câncer de colo uterino e do câncer de mama;
- b) **Objetivo de qualidade:** Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde;
- c) **Objetivo de adesão:** Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia;
- d) **Objetivo de registro:** Melhorar o registro das informações;
- e) **Objetivo de avaliação de risco:** Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama;
- f) **Objetivo de promoção da saúde:** Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Tendo em vista estes objetivos específicos, as metas da intervenção e seus aspectos relacionados são:

- a) **Metas do objetivo de Cobertura:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 48% e a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%;
- b) **Metas do objetivo de qualidade:** obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero;
- c) **Metas do objetivo de Adesão:** identificar 100% das mulheres com exame citopatológico ou mamografia alterados sem acompanhamento pela unidade de saúde; realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico ou mamografia alterados sem acompanhamento pela unidade de saúde;
- d) **Metas do objetivo de Registro:** manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas; manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas;
- e) **Metas do objetivo de Avaliação de Risco:** pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo); realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos;
- f) **Metas do objetivo de Promoção da Saúde:** orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero; orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

2.3 Metodologia

A intervenção ocorrerá nas dependências das ESF km 06, localizada no bairro de Felipe Camarão, na zona oeste do município de Natal-RN, nos meses de agosto a outubro de 2014. Os dados relativos aos atendimentos das usuárias serão consolidados em fichas espelho, fornecidas pelo Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Os indicadores a ser acompanhados foram previamente fornecidos na planilha eletrônica, também disponibilizada pela especialização e serão calculados a partir da inserção dos dados das fichas espelho na referida planilha. Outros detalhes metodológicos serão melhor detalhados no tópico ações.

2.3.1 Ações (e detalhamento)

As ações serão divididas em quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Quanto às **ações de Monitoramento e avaliação** é necessário ressaltar que todas as atividades de monitoramento estarão sob a responsabilidade do núcleo de saúde coletiva da USF e os dados e avaliações utilizarão como fonte uma planilha de dados eletrônica, sendo seu monitoramento apresentado e discutido durante reuniões mensais deste núcleo. Serão monitorados, especificamente, a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade; detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade; adequabilidade das amostras dos exames coletados; o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde; a qualidade e completitude dos registros, tanto do banco de dados eletrônico quanto da ficha espelho; a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas e número de mulheres que receberam orientações preconizadas.

O núcleo ainda será responsável por atividades que visem compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados, utilizando como espaços de informação: o grupo de mulheres, atividades de sala de espera, informações em painéis específicos, a ser utilizados pelos agentes

comunitários de saúde, técnicos e estudantes para expor tais informações e explicá-las à comunidade.

Quanto às **ações de Organização e gestão do serviço**, o acolhimento de todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea), será realizado através de fluxograma específico a ser pactuado na unidade, de forma que cada profissional médico e de enfermagem possa realizar o exame no mesmo dia, ou em, no máximo, 01 semana (a depender da demanda do dia).

As mulheres não cadastradas para rastreamento de câncer de mama e colo de útero serão buscadas pelos agentes comunitários de saúde e por qualquer membro da equipe, que ao ter contato com qualquer mulher com indicação de rastreamento a encaminhará para efetuação do cadastro nas dependências da unidade.

As pacientes que entrarem em contato com a USF e com os agentes e técnicos, que estarão capacitados para avaliar a periodicidade do rastreamento, assim como os sinais de alarme, serão redirecionadas para agenda de rastreamento. As mulheres que estiverem com o rastreamento em atraso, ou que nunca foram submetidas a ele, realizarão consulta com médico ou enfermeiro no mesmo dia ou em, no máximo, uma semana.

Será organizado arquivo para acomodar os resultados dos exames e definido um responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Atualmente não temos governabilidade em relação ao acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e a demora é considerável para o recebimento dos resultados. O problema já foi discutido com a gestão, mas ainda não tivemos uma resposta satisfatória. Espera-se corrigir tal deficiência e, se isto não for possível, tentar-se-á sensibilizar o gestor por meio de relatório com os dados da intervenção.

Todas as mulheres que procuram a USF para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero ou mamografia serão acolhidas pela equipe para receber seu exame. Será definido um responsável para a leitura dos resultados dos exames

para detecção precoce de câncer de colo de útero. Tal ação será compartilhada entre os membros do núcleo de saúde coletiva.

As visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas será organizada. As visitas serão realizadas inicialmente pelos agentes comunitários de saúde e, durante as visitas domiciliares de rotina dos demais membros da equipe, poder-se-á incluir visitas as mulheres que apresentarem alguma resistência em relação ao comparecimento, após a visita dos ACS.

A agenda será organizada de modo a acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas. As mulheres que apresentarem rastreamento em atraso ou no caso de nunca terem sido submetidas ao exame, ou apresentem resultados de exames alterados deverão ser atendidas no mesmo dia. Caso a demanda do dia não permita, o agendamento não deve exceder sete dias. Os atendimentos a essa população serão sempre além do que é previsto para o dia, de modo que os outros atendimentos habituais não serão prejudicados em função da intervenção. As mulheres terão também acesso ao sistema de marcações habituais.

Será pactuado com a equipe o registro das informações. Todos os membros das equipes serão orientados a inserir os dados no banco de dados eletrônico e manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas e da ficha própria. Também será utilizada ficha espelho para alimentação da planilha de dados. Essas fichas terão arquivo específico na unidade, um para cada equipe. Será definido um responsável pelo monitoramento do registro e seu monitoramento será pactuado entre os diferentes membros núcleo de saúde coletiva.

A identificação das mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama será feita através dos atendimentos médicos e de enfermagem de rotina, questionamento sobre os fatores de risco durante suas atividades habituais. O acompanhamento será diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama, se apresentarem sinais de alarme serão atendidas no mesmo dia em que procurarem a unidade ou forem identificadas por qualquer um dos profissionais, independente da demanda.

O fornecimento regular de preservativos já acontece nas unidades. Os mesmos estão disponíveis em local acessível, na recepção. Será reforçado, junto ao gestor municipal, a garantia de preservativos na quantidade necessária.

Em relação as **ações de Engajamento público**, será criado um grupo de mulheres com o objetivo de ampliar o acesso as informações relativas à saúde da mulher de saúde da mulher esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico, da mamografia e a importância de realização do auto exame de mamas e a periodicidade preconizada para a realização destes exames.

Além disso, em atividades de sala de espera coordenadas pelos agentes comunitários de saúde e estudantes em estágio nas dependências da unidade, painéis com tais informações, comunicação escrita/visual, serão outra estratégia de ampliar o acesso a estas orientações, no ambiente de preparo para a consulta e nas informações dadas pelos agentes comunitários de saúde durante suas visitas.

Ademais, serão compartilhados com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados e as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. Também será ouvida a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas).

A oportunidade de ouvir a comunidade será oferecida de maneira individual e coletiva. A equipe tentará oferecer a melhor estratégia para cada usuária individualmente, considerando sugestões recorrentes para aplicação a todo o grupo. Os membros da equipe responsáveis pelo acolhimento do dia questionarão as mulheres sobre as estratégias para reduzir a evasão, uma delas informando as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia. Além disso, esclarecer as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Em relação aos fatores de risco, além de esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, buscar estabelecer medidas de combate a esses fatores passíveis de modificação, como

tabagismo, por exemplo, e sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

As ações de promoção serão incentivadas na comunidade como o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis. Tais ações serão desenvolvidas na rotina de cada profissional de saúde individualmente. Serão oferecidas atividades coletivas como sala de espera, reunião do grupo, reunião em escola, voltada às adolescentes, etc.

No que concerne às ações de qualificação da prática clínica, pode-se dizer que a qualificação das ações serão implementadas por meio de capacitação da equipe da unidade de saúde no acolhimento, cadastramento das mulheres, periodicidade de realização dos exames citopatológico de colo do útero e mamografia.

As diferentes modalidades de capacitação serão realizadas em reuniões de equipe onde tais habilidades serão treinadas e onde serão expostas as ações de cada profissional dentro da intervenção, com ênfase na qualificação dos mesmos para desenvolvê-las, sendo todas as condutas baseadas no manual técnico do Ministério da Saúde.

O protocolo técnico atualizado será disponibilizado para o manejo dos resultados dos exames. Serão solicitados cadernos de atenção básica impressos, assim como os pôsteres que os acompanham. Serão expostos em pelo menos 03 consultórios. Nos demais, serão disponibilizadas versões impressas em menores dimensões para uso individual, nas escrivaninhas.

Os ACS serão capacitados para orientar a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas e a equipe da unidade de saúde será capacitada para o acolhimento da demanda por resultado de exames de mama e colo uterino. As diferentes modalidades de capacitação serão realizadas durante reuniões específicas para este fim.

Para melhorar a adesão ao programa de rastreamento, as mulheres receberão um cartão de rastreamento, onde o profissional de saúde responsável por seu atendimento registrará a data máxima para retorno e realização do exame.

Toda a equipe será treinada para o registro adequado das informações. Toda a equipe será capacitada realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama e sobre as medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, como controle do tabagismo, álcool e drogas, a prática de atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis.

2.3.2 Indicadores

Para expressar o impacto das ações que a ser realizadas e das metas que objetiva-se atingir, serão utilizados indicadores de cobertura e qualidade, e os valores dos mesmos serão comparados com os expostos na análise situacional da estratégia de rastreamento de câncer de colo uterino e de mama, adotadas anteriormente pelas equipes da USF KM 06. Dessa forma, cada grupo de ações terá seus respectivos indicadores.

a) **Objetivo 1:** Para monitorar a **meta 1.1** de ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 48% e a **meta 1.2** de ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%, serão utilizados os seguintes indicadores: **Indicador 1.1** - Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero dividido pelo **denominador** que é o número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde vezes 100; **Indicador 1.2:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do

câncer de mama e o **denominador** é número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

b) **Objetivo 2:** Para monitorar a **meta 2.1** de 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero, será o utilizado o seguinte indicador: **Indicador 2.1** - Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados e o **denominador** é o número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

c) **Objetivo 3:** Para monitorar as **metas 3.1 e 3.3** de realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde e as **metas 3.2 e 3.4** de realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde, serão utilizados os seguintes indicadores: **Indicadores 3.1 e 3.3** - Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento e o **denominador** é o número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde; **Indicador 3.2 e 3.4:** Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento e o **denominador** é o número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

d) **Objetivo 4:** Para monitorar a **meta 4.1** de manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas e a **meta 4.2** de manter o registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas, serão utilizados os seguintes indicadores: **Indicador 4.1** - Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero e o **denominador** é número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa; **Indicador 4.2** - Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o Número de registros adequados da mamografia e o **denominador** é o número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

e) **Objetivo 5:** Para monitorar a **meta 5.1** de pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo) e a **meta 5.2** de realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos, serão utilizados os seguintes indicadores: **Indicador 5.1** - Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero e o **denominador** é o número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa; **Indicador 5.2:** Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama e o **denominador** é o número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

f) **Objetivo 6:** Para monitorar a **meta 6.1** de orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e a **meta 6.2** de orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis

(DST) e fatores de risco para câncer de mama, serão utilizados os seguintes indicadores: **Indicador 6.1** - Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e o **denominador** é o número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de cancer de colo de útero; **Indicador 6.2** - Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama. Para o cálculo deste indicador, o **numerador** é o número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama e o **denominador** é o número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

2.3.3 Logística

Para realização da intervenção de melhoria no programa de rastreamento dos cânceres será adotado o manual técnico de controle dos cânceres de colo de útero e mama do Ministério da Saúde, 2013. Será utilizada ficha espelho na qual serão registradas as informações pertinentes à ação, com todas as informações necessárias a alimentação da planilha eletrônica a ser utilizada para monitorar os indicadores das metas.

Através desses instrumentos, objetiva-se garantir o registro das informações sobre fatores de risco para os cânceres, para DST, pesquisa de sinais de alarme, dentre outros. Será criado um arquivo próprio para a ação programática por equipes. Para o monitoramento da ação, será utilizada planilha eletrônica de coleta de dados. Estimamos um incremento de 104 usuárias para melhoria do indicador de cobertura relativo ao câncer de colo uterino e 60, para o câncer de mama. Serão necessárias 954 fichas espelho para a população sobre a qual se pretende fazer o rastreamento de câncer de colo uterino e 360 para a população-alvo para rastreamento do câncer de mama. Será solicitada a impressão das fichas à gestão local.

Aparentemente, é um número grande e difícil de ser atingido em apenas 03 meses, já que a ação não visa somente a agregação de usuárias às que já são acompanhadas de maneira irregular, mas a recuperação dos dados de todas elas. No entanto, considerando 60 dias úteis de intervenção e enfermeiras e médicos prestando o atendimento, haveria um incremento de 03 atendimentos diários por profissional, para esta população (deve-se considerar também que muitas das mulheres dessa faixa já entram no contexto da demanda habitual).

Além disso, nem todas as usuárias necessitarão de atendimento médico ou de enfermagem, já que os técnicos de enfermagem serão capacitados para avaliar a necessidade de atendimento médico ou de enfermagem, registrar os dados na planilha eletrônica, orientar as usuárias sobre fatores de risco para os cânceres e DST, periodicidade dos exames, encaminhando as pacientes que nunca se submeteram ao rastreamento, aquelas com exames em atraso, resultados alterados ou sinais de alarme para atendimento médico e de enfermagem o mais breve possível (no máximo em 01 semana).

Todos os profissionais das equipes serão capacitados (com base no Protocolo do Ministério da Saúde) em acolhimento – incluindo demanda de resultados de exames, cadastramento, protocolos e rotinas de acompanhamento do rastreamento dos cânceres uterino e de mama, coleta de CO, monitoramento de resultados, registro adequado, avaliação e manejo de fatores de risco. Os ACS serão capacitados também para busca ativa. Para isso serão realizadas reuniões específicas para este fim,

A intervenção terá seu início através da capacitação dos profissionais. As reuniões da UFS acontecem semanalmente ao final do expediente das sextas-feiras. Será reservado um horário de 13 às 15 horas para apresentação do manual técnico do ministério da saúde através de projeção de slides, confeccionada pela médica responsável pela intervenção, na qual serão apresentados o impacto dos cânceres de colo de útero e mama na população brasileira, o objetivo do programa de rastreamento, a situação da unidade em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a essência de cada atribuição profissional no contexto na intervenção e todos os aspectos técnicos necessários ao adequado manejo dessa patologia pelos diferentes profissionais.

Para a realização das reuniões nesse formato, será necessário entrar em contato com a escola do bairro para disponibilizar o projetor de slides. Serão necessárias 02 reuniões prévias a intervenção propriamente dita. No primeiro momento será feita uma atualização técnica dos profissionais, para que num segundo momento sejam discutidas as modificações do processo de trabalho necessárias a intervenção e apresentação dos instrumentos de coleta de dados.

Duas reuniões subsequentes estarão inseridas no calendário da intervenção para avaliar possíveis dificuldades dos profissionais em relação à adesão ao protocolo. Para facilitar a adesão ao protocolo, serão solicitados cadernos de atenção básica impressos, assim como pôsteres que os acompanham, de modo que em pelo menos 03 consultórios os mesmos fiquem expostos para facilitar o manejo dessas patologias. Nos demais consultórios, as informações ficarão expostas nas escrivatinhas, em tamanho reduzido.

Para melhoria do registro das informações, será adotada ficha espelho e planilha eletrônica disponibilizadas pela especialização da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Os médicos e enfermeiros adotarão essa ficha para atendimento individual das mulheres que estão em atraso, apresentam sinais de alarme (médico preferencialmente), exames alterados (médico) ou que nunca foram submetidas ao rastreamento. As usuárias que se encontram com rastreamento em dia (e que já foram avaliadas previamente por médicos e/ou enfermeiros) serão abordadas pelos técnicos de enfermagem, que registrarão a oferta de orientações às mesmas sobre fatores de risco para os cânceres, DST, etc. Caso algum desses profissionais tenha dúvida sobre um determinado caso, deverão entrar em contato com a enfermeira da equipe, para que a mesma a solucione. As fichas serão armazenadas em pasta específica, com organização por ordem alfabética. Cada equipe terá a sua pasta para armazenamento das fichas.

A planilha auxiliará no mapeamento das mulheres de risco, planejamento posterior programado para garantir a longitudinalidade do cuidado, organizando a demanda para não interferir nas outras atividades da unidade; monitoramento periódico de todos os dados necessários para o adequado acompanhamento das mulheres e

melhoria da capacidade de coordenação do cuidado pelas equipes. Haverá uma planilha de registro para cada equipe.

Cada membro da equipe ficará responsável pelo adequado preenchimento da planilha e fichas de dados individuais, na medida em que sua competência profissional seja suficiente para prover o cuidado necessário. Por exemplo: se o médico atende uma mulher com exame alterado, este deve inserir os dados da mesma na planilha e ficha individual.

Já no caso de um técnico de enfermagem realizar atendimento a uma usuária com 02 exames citopatológicos normais, avaliada por médico ou enfermeira previamente, em dia com o programa de rastreamento, sem sinais de alarme e que recebeu todas as orientações necessárias, este ficará responsável por registrar a usuária na planilha e preencherá sua ficha individual, arquivando-a na pasta específica da equipe. Os estudantes em regime de estágio nas dependências da unidade, também serão responsáveis por alimentar os registros, desde que sob supervisão adequada.

O núcleo de saúde coletiva ficará responsável pelo monitoramento regular dos indicadores, orientando as equipes conforme o resultado dos mesmos. Durante a intervenção esse monitoramento será semanal. Objetivamos que o mesmo seja quinzenal após a intervenção.

A intervenção, obviamente, necessitará de mudanças no processo de trabalho. Para atingir a meta de cobertura proposta, é necessário que cada profissional médico e enfermeiro disponha de 03 vagas diárias para atendimento de mulheres provenientes da estratégia de busca ativa (sendo 02 para as usuárias que devem ser submetidas a exame citopatológico e 1 para as usuárias que tem indicação rastreamento de câncer de mama), que será realizada principalmente pelos agentes comunitários de saúde.

Os médicos e enfermeiros devem incorporar em sua rotina de visitas domiciliares a captação de mulheres, com auxílio dos agentes comunitários de saúde, para preenchimento das fichas individuais das mulheres da população-alvo que residem na mesma casa em que o usuários que necessitam de atendimento domiciliar. A estratégia de busca ativa deve ocorrer dentro das dependências da unidade, de modo que qualquer mulher que tenha idade compatível com a da população-alvo seja indagada a respeito da estratégia de rastreamento.

As mulheres que nunca fizeram exames de rastreamento ou que estejam em atraso, devem ter agendamento de consulta para, no máximo, 07 dias, sendo preferível que tal agendamento seja no mesmo dia. As usuárias que apresentarem exames alterados ou sinais de alarme devem ser atendidas no mesmo dia, independente da demanda, pelo profissional médico. O profissional responsável pelos agendamentos será o técnico de enfermagem de cada equipe.

O acolhimento das usuárias será feito pela equipe de acolhimento do dia. Os agentes identificarão as pacientes da faixa etária alvo. A técnica de enfermagem será responsável pela avaliação de risco da usuária, classificando-a nos seguintes grupos: necessita de atendimento médico obrigatório, necessita de atendimento médico ou de enfermagem ou paciente em dia com agendamento e sem sinais de alarme, com avaliação prévia do médico ou enfermeira do resultado de seus exames, que deve ser orientada, deve ter suas informações cadastradas na ficha individual e na planilha de registro.

Os profissionais médicos e de enfermagem de cada equipe serão responsáveis pela leitura dos resultados dos exames das pacientes que necessitarem de atendimento individual. Aquelas que preencham critérios para o terceiro grupo citado no parágrafo anterior, devem ter a leitura de seus exames realizada pelos técnicos de enfermagem e cadastramento das informações nos instrumentos de coleta. O núcleo de saúde coletiva será responsável por nortear o cuidado das pacientes que têm exames alterados, cobrando das equipes o devido seguimento.

Semanalmente, cada equipe fará um levantamento das mulheres faltosas, e serão elaboradas estratégias de busca ativa pelos agentes de saúde, priorizando as mulheres que apresentam exames alterados ou sinais de alarme.

Todos os profissionais de saúde serão capacitados a orientar todas as mulheres com as quais tenham contato dentro das dependências da unidade básica ou território de atuação. Os agentes comunitários de saúde e estudantes de enfermagem serão treinados para fazer atividades de sala de espera, abordando os principais fatores de risco para o câncer, a periodicidade da realização do exame, os horários em que a unidade oferece atendimento via marcação, ao mesmo tempo em que podem identificar usuárias de maior risco.

Esses momentos serão também uma oportunidade de ouvir a comunidade a respeito das sugestões para melhoria do acesso, reduzindo a evasão das faltosas. Será criado um grupo de mulheres, com periodicidade de reunião quinzenal. Essa atividade será inserida no calendário mensal de atividades educativas, o qual já se encontra vigente na unidade (cada equipe é responsável por 04 atividades educativas coletivas mensais).

Serão confeccionados painéis educativos, nos quais estarão expostas as principais informações sobre o rastreamento. Os agentes, estudantes e demais profissionais podem utilizar tais ferramentas para orientar as usuárias. Um importante instrumento para empoderamento das pacientes, é o cartão de rastreamento, o qual será confeccionado com o intuito de envolver as usuárias em seu autocuidado, objetivando o aumento da adesão em relação às datas limite para atualização do rastreamento.

O documento terá estrutura semelhante a um cartão de vacinação. Todas as pacientes atendidas na unidade receberão o cartão de rastreamento, que será entregue pelos agentes comunitários de saúde, e o seu preenchimento será realizado pelo profissional competente para o atendimento, o que será definido pela realização da triagem do técnico de enfermagem.

Atualmente, a equipe não tem governabilidade a respeito dos resultados dos citopatológicos bem como resultados de mamografias. Isso é competência da gestão municipal em nossa realidade. Há muitas queixas em relação a demora dos resultados dos exames, e a equipe já entrou em contato com o distrito sanitário para cobrar respostas. No entanto, ainda que esse objetivo não seja alcançado com a intervenção, acreditamos que o empenho da equipe, resultando na elaboração de dados robustos, funcionará como ferramenta de sensibilização dos gestores.

2.3.4 Cronograma

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção ocorreu no período de agosto a outubro de 2014. Esta seção dedica-se ao detalhamento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no referido período, bem como a comparação destas com aquelas previstas na análise estratégica. Serão enfatizadas as facilidades e dificuldades encontradas durante o processo. Serão abordadas, ainda, propostas para a introdução na rotina da USF daquelas ações que não puderam ser implementadas durante a intervenção.

3.1 Eixo monitoramento e avaliação: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação

As ações voltadas ao eixo monitoramento e avaliação ocorreram praticamente de forma sincrônica ao cronograma pré-estabelecido. Um dos pontos de divergência foi a frequência das reuniões. O núcleo de saúde coletiva é composto por 01 profissional médico, 2 odontólogos, 1 técnico de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde.

Durante a intervenção, vários processos ocorreram de forma concomitante na unidade: reforma, implementação da estratégia de acolhimento à demanda espontânea, férias de alguns dos membros do núcleo, saída de uma das administradoras da unidade. Tudo isso, aliado ao fato de que há mais 02 projetos de intervenção ocorrendo de maneira concomitante, e que os mesmos também precisam de horários e discussões com o núcleo, o número de reuniões que estava previsto para um total de 06, acabou reduzido para 4 reuniões.

No entanto, as reuniões foram satisfatórias e geraram uma discussão importante em relação aos dados coletados, e a má qualidade das estimativas iniciais. Durante as reuniões pôde-se acompanhar e monitorar os indicadores de cobertura, adequabilidade das amostras, qualidade do registro, monitoração dos resultados de exames, avaliação de risco e atividades de promoção à saúde.

Durante o projeto, a médica responsável pela intervenção foi a única responsável por alimentar a planilha. Um dos motivos para isso é que os computadores da unidade ficam na sala da direção e constantemente são utilizados pela direção e administração para variadas pendências da unidade, e como vários profissionais fizeram os atendimentos, não havia como cada um inserir seus dados na planilha diariamente. Para que ficasse mais fácil consolidar as informações, a médica ficou responsável por tal atividade.

Como o objetivo da intervenção é incorporar o uso dos instrumentos de trabalho na rotina da unidade, sugere-se a criação de uma planilha on-line, a qual pode ser acessada pelos diferentes membros das equipes, a fim de que a inserção dos dados fique mais fácil. Em alguns drives virtuais, há possibilidade de gerar planilhas, caso seja necessário arquivar os dados no disco rígido do computador.

Outro aspecto a ser ressaltado, é a necessidade de apropriação dos dados pelas equipes. Houve um grande empenho dos profissionais no sentido de qualificação da prática clínica, porém os mesmos não se apropriaram completamente do diagnóstico da área. Sugere-se a criação de planilhas individuais para cada área, a fim de que o diagnóstico seja mais preciso. A planilha geral tem muitas informações e não há espaço para identificação de qual área da unidade a usuária pertence. Isso dificultou um pouco a melhor interpretação e o mapeamento das áreas menos assistidas. Caso sejam utilizadas planilhas individuais, a comparação dos indicadores seria um fator importante para motivar os profissionais a melhorarem seus índices.

Não foram selecionados responsáveis específicos para leitura de exames, monitoramento da adequabilidade das amostras, pois os diferentes membros do núcleo de saúde coletiva compartilharam estas funções, o que se mostrou mais factível em nossa realidade.

3.2 Eixo organização do serviço: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação

Em relação ao eixo temático organização do serviço, foi realizada busca ativa intensa, tanto nas dependências da unidade como nas microáreas. As mulheres foram adequadamente acolhidas e tiveram fácil acesso a realização dos citopatológicos. Esperávamos uma maior inserção dos profissionais médicos na coleta dos exames. Mas em função de a demanda reprimida da unidade ser grande e só dispormos de uma sala com maca apropriada, a participação destes foi menos expressiva que a das profissionais de enfermagem.

As enfermeiras, por terem a possibilidade de ofertar turnos específicos de coleta dos exames, fizeram o maior número de coletas. As mamografias foram solicitadas prontamente pelos profissionais médico, de forma que toda a equipe envolveu-se na implementação da atividade programática. É válido salientar que a possibilidade do técnico de enfermagem acolher as pacientes e preencherem suas fichas individuais, quando as mesmas já portavam exames em dia e adequadamente avaliados por profissionais de nível superior, foi de extrema importância para que o número de pacientes assistidas em apenas 03 meses fosse expressivo.

Organizamos um arquivo específico por área, com suas respectivas fichas espelho. Apesar de facilitarmos o contato com os profissionais de saúde, em algumas ocasiões houve problemas em relação ao fornecimento de insumos, o qual é irregular. Contatamos o distrito sanitário através da direção da USF e o mesmo enviou o material que estava inviabilizando as coletas: frascos estéreis para acondicionamento das lâminas. O acesso a mamografia foi fácil, com média de 15 dias entre solicitação e recebimento dos resultados.

Foram realizadas visitas domiciliares a todas as pacientes com exames alterados que não retornaram a unidade. A agenda dos profissionais foi ajustada para receber as pacientes provenientes da busca, sem comprometer o funcionamento dos

turnos de atendimento pré-existent. No entanto, como a demanda dos médicos é alta, os profissionais de enfermagem atenderam a maior parte das usuárias que necessitavam colher citopatológicos. Não foram fechados turnos para esta demanda em especial. Muitos dos atendimentos dos profissionais médicos foram feitos durante a sua rotina habitual de trabalho, em usuárias que procuravam a unidade por outro motivo. As equipes aderiram adequadamente ao uso do instrumento de registro e os arquivos permaneceram atualizados.

As mulheres com exames alterados tiveram acompanhamento diferenciado, com maior flexibilização de horários e encaminhamento com responsabilização para unidades de atenção secundária, quando necessário. Houve garantia de distribuição de preservativos na unidade durante todo o período transcorrido até o momento. Os Agentes Comunitários de Saúde também os distribuíram na área.

Alguns aspectos responsáveis pela demora para emissão de laudos dos exames citopatológicos foram reconhecidos e, na medida do possível, corrigimos a parte de responsabilidade da USF. Inicialmente, detectamos que havia uma inserção irregular das fichas no SISCAN, o que permitia a geração do protocolo necessário ao encaminhamento das lâminas para o laboratório. As enfermeiras e médicos passaram a acessar o sistema diretamente, quando colhiam os exames citopatológicos. Uma estagiária era contratada para desempenhar esta função, porém a mesma foi deslocada para outra USF e este era um dos motivos pelos quais as lâminas ficavam mais tempo que o usual na unidade. A outra dificuldade é em relação a demora pelo próprio laboratório.

Foram enviados diversos memorandos ao distrito sanitário, e nos foi informado que o problema era geral na rede. Assim, não tivemos avanços importantes em termos de governabilidade frente a este problema. Sugere-se a coleta de assinaturas e envio de documento à Secretaria Municipal de Saúde solicitando reunião com a coordenação municipal dos programas de rastreamento para explicitar os motivos pelos quais os exames demoram. Seria importante que esta atitude fosse compartilhada por diferentes USF do distrito sanitário.

O acolhimento à demanda por resultados de citopatológicos foi de responsabilidade da enfermagem. O acolhimento às usuárias da faixa etária para

rastreamento de câncer de mama que traziam exames foi realizado pelos profissionais médicos. Não ocorreram problemas em relação à realização de mamografias. O tempo médio de espera até o recebimento foi de 01 mês. Apesar de não termos acesso direto aos resultados, já que os exames são realizados em sua maioria em clínicas particulares, este fato não prejudicou o andamento da intervenção.

As fichas individuais foram alocadas em arquivos individuais por equipe, foram adequadamente preenchidas e atualizadas. Um aspecto importante a ser melhorado nesta ação é o treinamento dos ACS para preencherem o cabeçalho e informações básicas como orientações sobre DST e fatores de risco quando fossem realizadas as buscas ativas. Isso facilitaria o trabalho dos demais profissionais, já que a ficha estaria disponível e adequadamente preenchida no momento da avaliação por profissional de nível superior, otimizando o tempo de consulta. A planilha foi adequadamente atualizada pela médica responsável pela intervenção.

Os ACS, principalmente, foram os grandes responsáveis pelas buscas ativas, tanto nas dependências da USF, quanto em sua rotina na área da USF. Convocaram adequadamente as mulheres da faixa etária indicada e foi possível observar que muitas delas chegavam às consultas com muitas dúvidas e informações relevantes, uma vez que eram informadas previamente sobre periodicidade, importância dos exames, fatores de risco durante a visita domiciliar ou contato com os agentes de saúde na própria unidade. No entanto, os ACS não deram muita ênfase nos sinais de alarme para câncer.

A maioria dessas mulheres levaram demandas específicas às consultas, como história de parentes acometidos por câncer, suspeita de nódulo ao auto-exame, sangramento pós-coito, dentre outros sinais. A maioria dessas pacientes não foi questionada sobre sinais de alerta. Este fato faz necessário uma maior ênfase no treinamento técnico dos agentes a respeito deste tema.

3.3 Eixo engajamento público: ações previstas desenvolvidas, não desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação

No que diz respeito às ações relativas ao engajamento público, as mesmas ocorreram durante os encontros com a comunidade. Nas ações coletivas foi enfatizada a importância da realização dos testes de rastreamento, periodicidade e condutas esperadas para realização de pleno controle social (principalmente em relação aos resultados de citopatológicos).

Houve uma reunião com a gerência do distrito sanitário oeste com os profissionais de saúde e a comunidade. Esta cobrou da gestão o fornecimento periódico e suficiente de material. A resposta foi que tudo depende de um processo licitatório, e que deve ser feito uso adequado dos materiais pelos profissionais para que não haja desperdício (foi muito interessante notar que a população nos defendeu em relação a este ponto, ressaltando que os materiais são insuficientes: insumos odontológicos, materiais para curativos, insumos para coleta de citopatológicos).

Infelizmente não conseguiu-se ter governabilidade a respeito do tempo de espera dos resultados de citopatológicos. Um dos problemas era o retardo na inserção de dados no SISCAN, mas isto foi corrigido com a estagiária responsável e quando esta foi mobilizada para outra unidade, os profissionais passaram a acessar diretamente o sistema. O problema atual é a morosidade para leitura das lâminas no laboratório. Foi interessante observar que em algumas das falas dentro do consultório, assim como nas reuniões em grupo, observamos alguns erros do passado desta USF que estigmatizaram o cuidado a estas mulheres.

Algumas falas apontavam para falta de privacidade nas salas por frequente fluxo de funcionários ao mesmo tempo em que o exame citopatológico era colhido, assim como a falta de confiança na equipe por morosidade para receber resultados.

Detectou-se que muitas mulheres preferem pagar para realizar o exame ou "dão um jeito" de ser atendidas em unidades secundárias. Assim, descobrimos um grande desafio a ser enfrentado a medida que o projeto for implementado na rotina da

UBS: recuperar a credibilidade diante das usuárias. Todos os profissionais foram orientados a explicar as usuárias que este tipo de conduta não existe e não faz sentido, e que temos o interesse em fazer o melhor pela saúde das mesmas.

Não divulgou-se os dados referentes a intervenção em formato de reunião. Expôs-se os indicadores em um mural, porém é necessário elaborar uma estratégia mais impactante para que esses dados tenham um sentido para estas pessoas. Observou-se que a desinformação a respeito da prevenção de câncer de colo de útero e mama, bem como os baixos indicadores de cobertura são uma prioridade no momento, e investiu-se, portanto, os esforços das equipes neste sentido.

Outro ponto interessante em relação às atividades com a comunidade, foi o intenso engajamento das três equipes na condução das mesmas. Houve reuniões em que nem todos os médicos estiveram presentes, mas os médicos que compareceram se responsabilizaram e contribuíram assim para que esta intervenção continue a beneficiar a comunidade.

Foi ressaltada a importância da ficha espelho, como instrumento novo e eficaz para adequado acompanhamento da usuária em relação a prevenção dos cânceres. Durante as reuniões foram esclarecidos ainda os fatores de risco para câncer, bem como as medidas de combate aos fatores de risco e sinais de alerta. Foram estabelecidas medidas de promoção à saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Em relação à resistência que algumas mulheres têm relação à coleta na unidade de saúde, os processos de controle social a respeito da emissão dos laudos, bem como um mapeamento adequado de quantas mulheres fazem exames em outros estabelecimentos, porque escolhem esses estabelecimentos e como estes satisfazem suas demandas individuais são pontos de extrema importância. Sugere-se a elaboração de um questionário a ser aplicado pelos agentes de saúde, com posterior análise de tais dados pelo núcleo de saúde coletiva. Tais dados serão igualmente importantes para melhor planejamento da quantidade de insumos necessária.

Como os indicadores de cobertura são baixos, sugere-se criação de cronogramas anuais de atividades relacionadas ao rastreamento dos cânceres de colo uterino e mama, bem como de mutirões, os quais poderiam ocorrer nos fins de semana, sendo negociadas folgas semanais quando isto ocorresse, já que é uma queixa

frequente dos profissionais a falta folgas em horários comerciais para resolverem suas pendências domésticas e financeiras. Além disso, muitas mulheres trabalham em horário comercial e não podem frequentar a unidade durante a semana.

3.4 Eixo qualificação da prática clínica: ações previstas desenvolvidas, coleta e sistematização dos dados e viabilidade de manutenção da ação

Em relação às atividades voltadas a qualificação da prática clínica, foram realizadas 02 reuniões iniciais para familiarização dos profissionais com as novas rotinas da USF em relação a estruturação da intervenção, e outra de caráter mais técnicos, dividida em duas turmas sendo uma composta de ACS e outra com profissionais de nível técnico e superior. Todas as competências técnicas necessárias à ação programática foram discutidas nestes momentos. Foi disponibilizado manual técnico e fluxogramas de condutas nas salas.

A ideia inicial de criar um cartão de rastreamento foi abandonada, uma vez que os próprios ACS observam que a população tem certa resistência em utilizar esses documentos. Enfrentamos dificuldade até mesmo para que os pacientes carreguem consigo o cartão SUS. Então, como não ter-se-ia coparticipação da gestão para a confecção dos mesmos, e esperava-se uma baixa adesão ao uso, decidiu-se desconsiderar.

Diante do exposto, considera-se o rendimento das equipes da USF KM 06, tendo em vista suas limitações (principalmente em termos de infraestrutura) adequado. Não foram alcançados os índices almejados para os indicadores de cobertura, uma vez que as estimativas iniciais não eram de qualidade. No entanto, tais indicadores foram crescente ao longo das semanas. Os indicadores de qualidade mantiveram-se em patamares adequados e correspondem a meta estipulada.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Nesta seção serão abordados os diferentes resultados obtidos durante a intervenção. Serão apresentados os objetivos e as metas propostas, bem como os indicadores referentes a cada meta. Estes indicadores serão comparados àqueles propostos na seção análise estratégica. Durante os meses de agosto a outubro de 2014, 529 mulheres participaram da intervenção como população alvo de rastreamento do câncer de colo uterino, e 186 mulheres foi o total de usuárias participantes da intervenção como população para rastreamento do câncer de mama.

Sobre os **Resultados relacionados ao objetivo de cobertura**, é necessário ressaltar que durante o primeiro mês de intervenção 10,1% das mulheres (n=210) na faixa etária entre 25 e 64 anos estavam em dia com o rastreamento para câncer de colo uterino. No segundo mês de intervenção houve incremento do percentual para 19,8%, o que corresponde a um aumento absoluto de 204 mulheres. No terceiro mês de intervenção o indicador atingiu 25,3%, o que exprime um incremento absoluto de 115 mulheres (Figura 1).

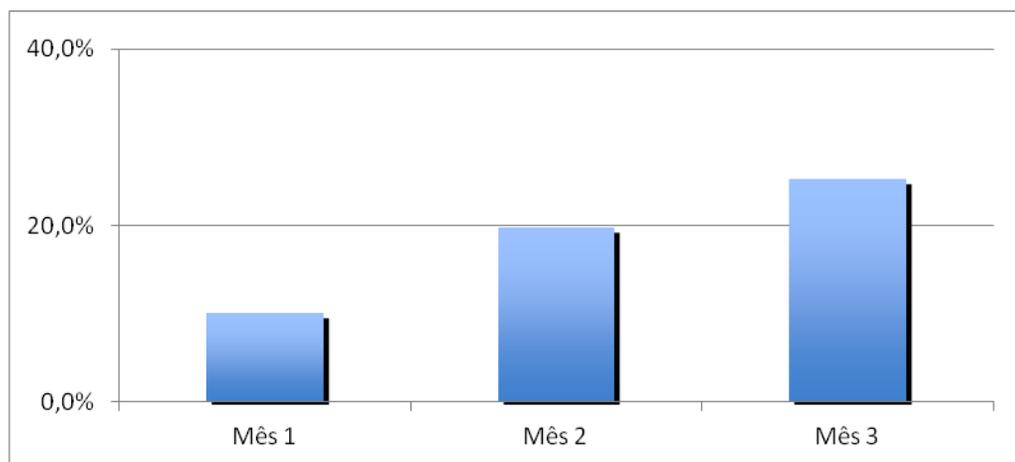


Figura 1 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Em relação à cobertura do rastreamento para câncer de mama, obtiveram-se a proporção de 10,7%, 21,5% e 27,6%, o que correspondeu a um total de 72 mulheres no primeiro mês, 73 no segundo mês e 41 no terceiro mês (Figura 2).

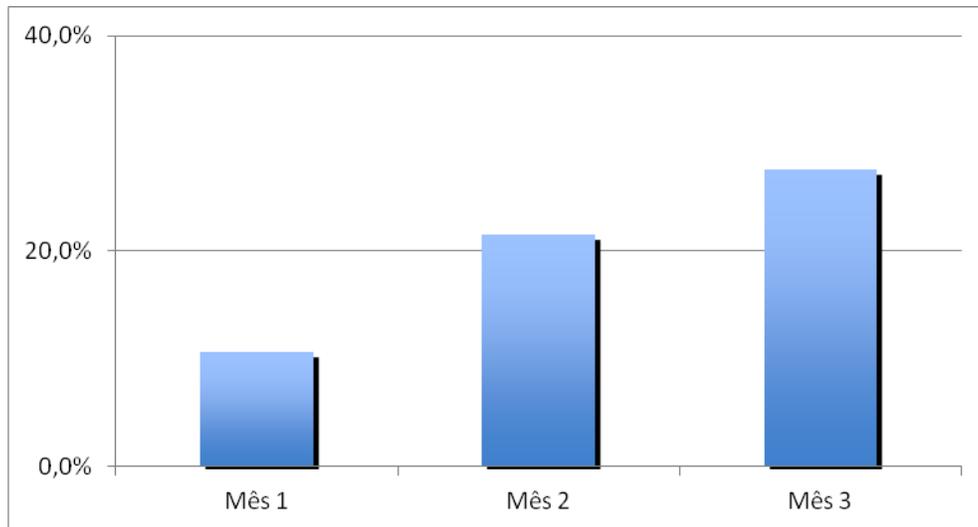


Figura 2 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

O indicadores de cobertura estimados inicialmente (43% para câncer de colo uterino e 51% para câncer de mama) foram calculados com base no número médio de citologias mensais e o número estimado de pacientes que faziam o exame em outros locais (dado que não era confiável). O indicador referente ao rastreamento de câncer de mama foi estimado a partir do número de consultas mensais à mulheres da faixa etária. Assim, o fato dos indicadores resultantes da intervenção ser inferior àqueles estimados inicialmente resulta da baixa confiabilidade da estimativa dos dados iniciais.

Das metas propostas, as menos expressivas foram as relativas à cobertura. Um dos grandes achados durante a intervenção foi o fato de várias usuárias não realizarem os citopatológicos na USF. É necessário, portanto, fazer um levantamento do número de mulheres que fazem exames em outros serviços, intensificar as estratégias de busca ativa, principalmente na área de abrangência, através das visitas realizadas pelos ACS.

É necessário, ainda, entender quais são os fatores que contribuem para a população não procurar a USF como principal porta de entrada do sistema no que diz respeito à saúde da mulher. Alguns aspectos puderam ser observados durante a intervenção, tanto durante as ações em nível individual quanto coletivo: alguns sinais de má prática e falta de organização e garantia de privacidade durante a coleta de preventivos em época passada, estigmatizaram as ações de prevenção ao câncer de colo uterino na USF km 06.

Além disso, a demora para liberação dos laudos dos citopatológicos é outro motivo de grande resistência para a procura da USF. Algumas mulheres pagam o exame enquanto outras procuram unidades de atenção secundária, sem a devida regulação e coordenação do cuidado pela atenção básica. A intervenção mostrou-se como uma oportunidade de resgatar, em parte, a credibilidade da instituição frente às crenças das usuárias em relação à competência do serviço. No entanto, é importante manter e fortalecer o vínculo com as mesmas, principalmente nas atividades em grupo.

Os mecanismos de controle social precisam ser estimulados de uma maneira mais incisiva, e será necessário trocar experiências com outras unidades próximas, a fim de que os problemas compartilhados (pelos profissionais e comunidades) sejam uma força motriz para exigir atitudes pelos órgãos gestores. Ocorreram momentos com a comunidade e gestão local e já abriu-se o espaço de uma reunião mensal aberta a comunidade, com profissionais de saúde e gestão local (direção da unidade e distrito sanitário).

A aquisição de macas que sejam adequadas para exame ginecológico para as salas de atendimento pode ser uma ferramenta valiosa para aumento do número de citologias colhidas, além de proporcionarem maior participação dos médicos na coleta de citopatológicos, a fim de que seja possível a condução de um atendimento completo às mulheres da faixa etária para rastreamento de câncer de colo uterino na unidade.

A respeito dos **Resultados relacionados ao objetivo de qualidade da amostra**, é necessário destacar que durante a intervenção verificou-se apenas uma citologia com amostra insatisfatória. Na figura 3 observamos a evolução do indicador de qualidade, que atingiu 99,5% no primeiro mês e 99,8% no segundo e terceiro mês.

Considerando que foram avaliados 529 exames, observa-se que já havia uma qualidade técnica satisfatória dos exames, visto que a maioria dessas citologias foram coletadas previamente as reuniões de qualificação de prática clínica. No entanto, não podemos atribuir tal mérito somente aos profissionais de saúde da ESF km 06, uma vez que várias pacientes fazem exames em outros serviços. Mais uma vez, ressalta-se a importância de fazer um levantamento de quantas mulheres fazem exames em outros serviços.

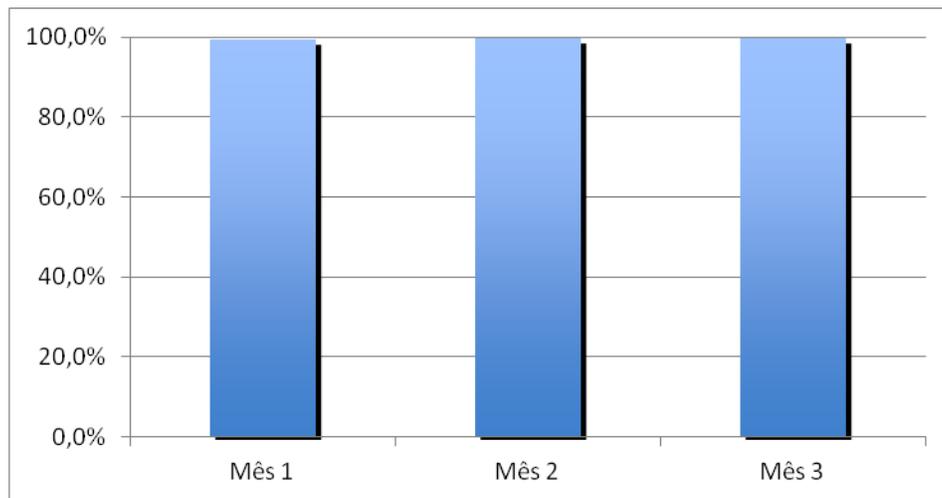


Figura 3 Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

A reunião de qualificação da prática clínica não acrescentou muito conhecimento a respeito da técnica de coleta, mas foi de suma importância para situar a enfermagem diante de resultados de exames, uma vez que havia excesso de encaminhamentos ao médico assistente na presença de quaisquer alterações, mesmo aquelas benignas e que não demandam nenhuma intervenção específica.

Em relação aos **Resultados relacionados ao objetivo de adesão**, na figura 4 observa-se a situação relacionada ao rastreamento de câncer de colo uterino, no qual nota-se que no primeiro mês de intervenção foi identificado apenas um exame alterado, e esta usuária não deixou de comparecer a unidade, portanto o indicador foi zero. No segundo mês de intervenção uma usuária deixou de comparecer a unidade para dar continuidade ao tratamento, assim de 02 usuárias que tiveram exames alterados (a

usuária do primeiro mês e esta), 01 não retornou a unidade, o que gerou um indicador de 50%. No terceiro mês não foram identificados novos exames alterados, o que fez com que o indicador permanecesse em 50%.

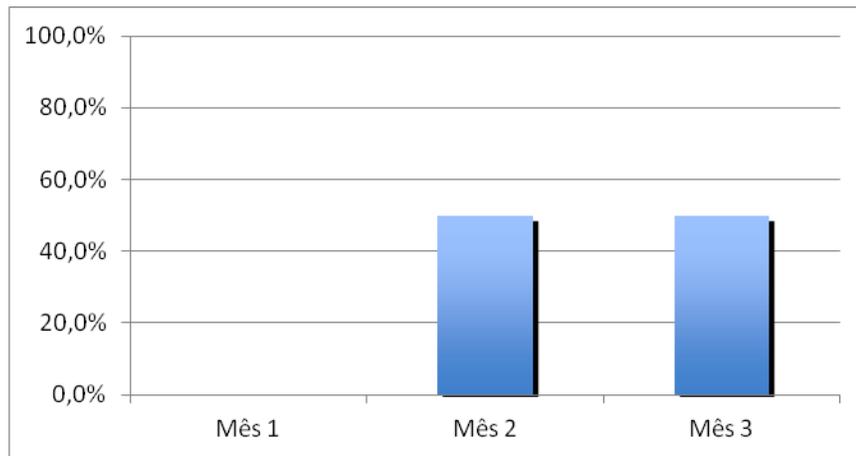


Figura 4 Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Foram identificadas apenas 02 mamografias alteradas no primeiro mês de intervenção, e as duas usuárias não retornaram a unidade para dar continuidade ao tratamento. A adesão ao rastreamento se manteve na meta ao longo dos 03 meses, uma vez que nos meses 2 e 3 não foram identificados exames alterados (Figura 5).

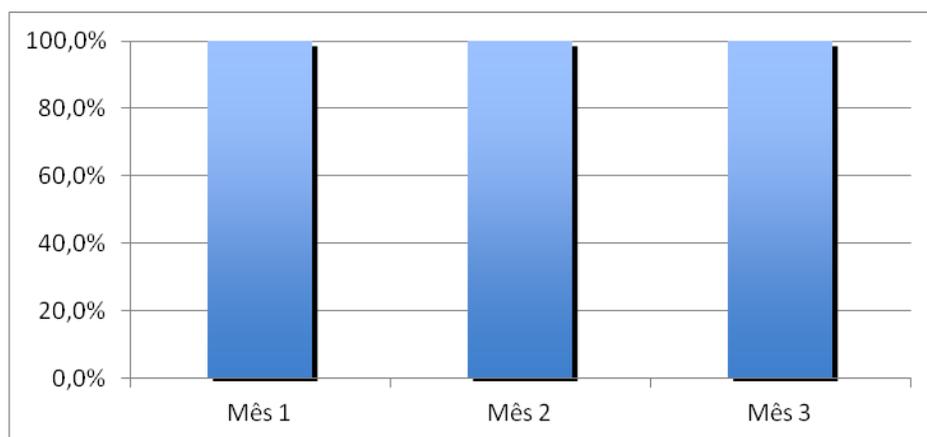


Figura 5 Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Foram realizadas buscas ativas de todas as mulheres que não retornaram à unidade para dar continuidade ao rastreamento de cancer de colo uterino e de mama (Figuras 6 e 7, respectivamente). A estratégia de busca ativa através de visitas domiciliares, bem como as buscas ativas realizadas dentro das dependências da USF, foram ações que contribuíram de maneira significativa para que este resultado fosse possível.

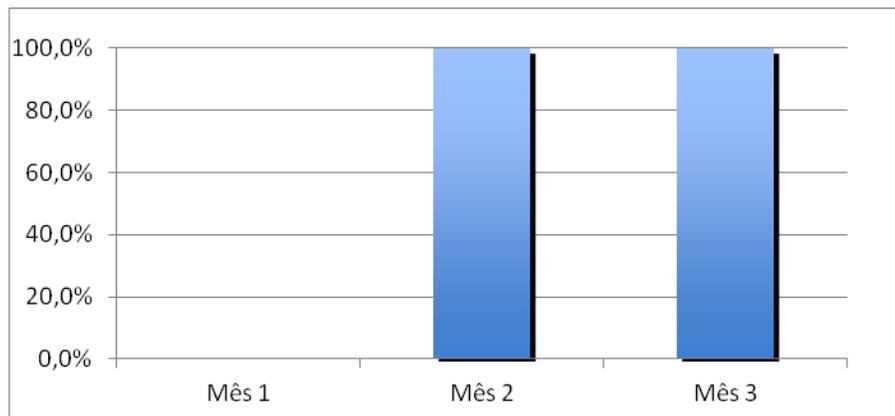


Figura 6 Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Na figura a seguir observa-se a quantidade de mulheres que não retornaram para receber resultado de mamografia e foi feita busca ativa.

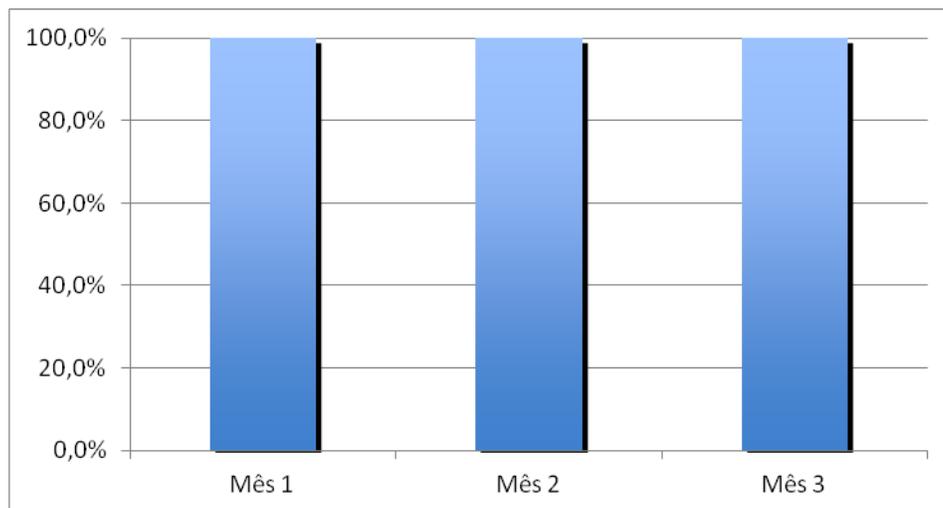


Figura 7 Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Quanto aos **Resultados relacionados ao objetivo de registro**, os números absolutos dos denominadores superam àqueles relativos aos indicadores de cobertura. Havia a opção de preenchimento de campos como o registro adequado das informações das usuárias, ainda que estas não estivessem com exames em dia. Assim, o número absoluto de usuárias é maior para este indicador quando comparamos com os indicadores de cobertura.

Na figura 8 observa-se a evolução do indicador. No primeiro mês, 279 mulheres tiveram registro correto das informações, enquanto no segundo e terceiro mês o total foi de 516 e 652, respectivamente. O indicador permaneceu em 100% ao longo de toda a intervenção.

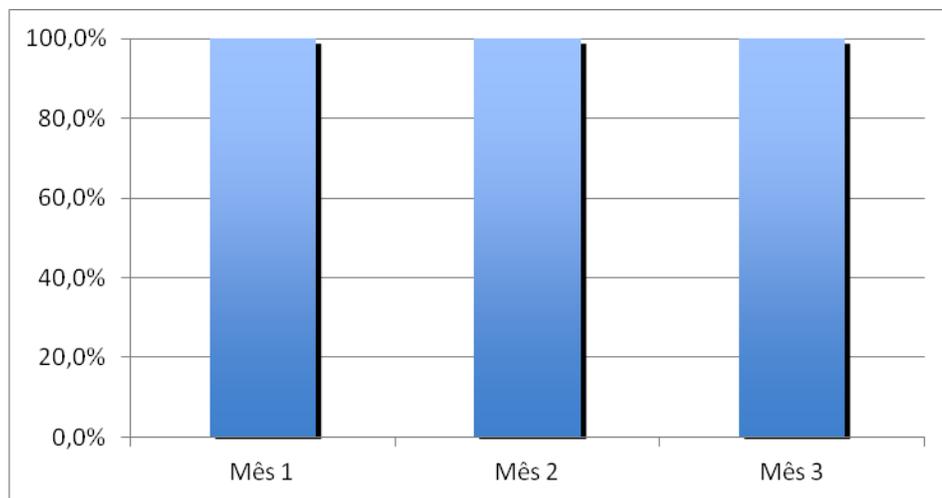


Figura 8 Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo uterino, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Na figura 9 são apresentados os resultados relacionados ao rastreamento do câncer de mama. No primeiro mês de intervenção 76 mulheres tiveram seus registros preenchidos de forma adequada, enquanto no segundo e terceiro mês, o total foi de 155 e 197, respectivamente. As diferenças em relação aos indicadores de cobertura são explicadas pelos mesmos motivos citados acima. Muitas mulheres aguardam, ainda, resultados de exames, ou preferem fazer o exame por conta própria. Ainda assim, há aquelas em que foi possível preencher a planilha nos campos de registro adequado e situação da última mamografia. O indicador permaneceu em 100% ao

longo de toda a intervenção e as ações que possibilitaram este resultado foram as mesmas que tornaram possível atingir esta meta para o rastreamento de câncer de colo uterino.

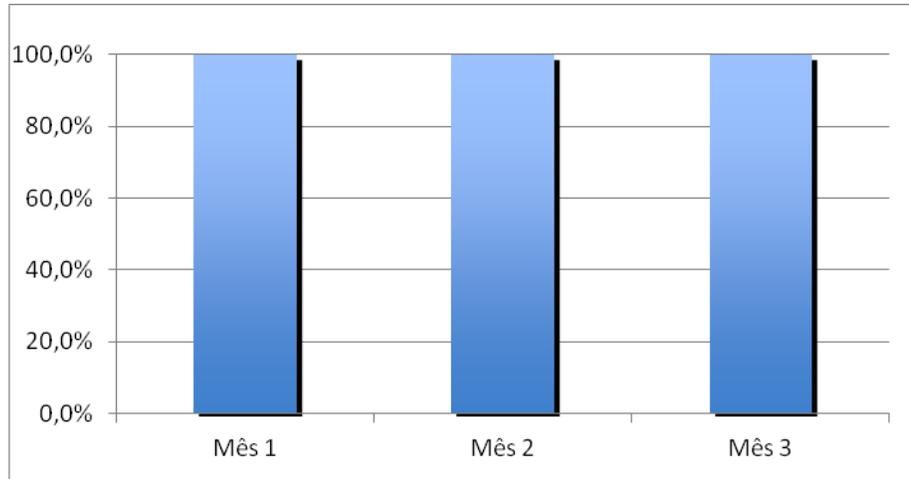


Figura 9 Proporção de mulheres com registro adequado de mamografia, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Em relação aos **Resultados relacionados ao objetivo avaliação de risco**, a meta de avaliação de risco para o câncer de colo uterino foi alcançada em todos os meses da intervenção, o indicador mantendo-se em 100%. Há discrepância entre os números absolutos deste indicador e o indicador de cobertura pelos mesmos motivos explicitados em relação aos indicadores de registro.

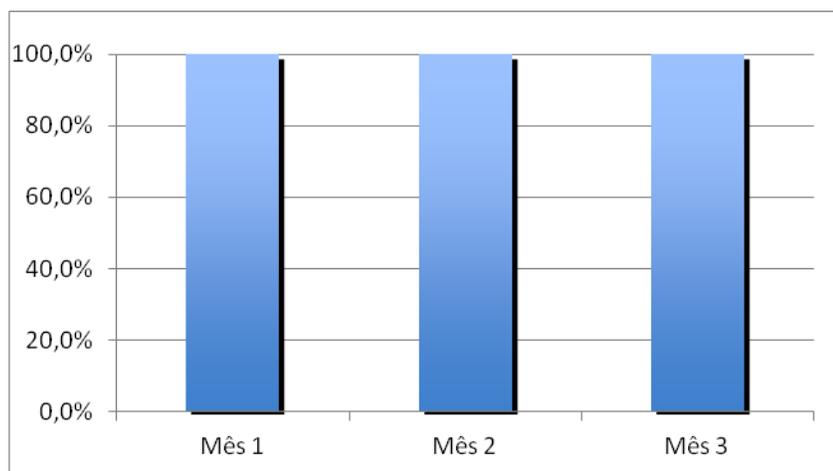


Figura 10 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

Na figura 11, observa-se que o indicador de avaliação de risco para câncer de mama também manteve-se em 100% ao longo de toda a intervenção. O treinamento dos profissionais e uso das fichas espelho foram de fundamental importância para que tais resultados fossem possíveis, bem como a discussão dos sinais de alarme durante as atividades de grupo e capacitação dos agentes de saúde. No entanto, identificou-se que poucas mulheres com sinais de alerta procuravam a unidade de saúde após visitas dos ACS. Assim, é necessário enfatizar junto a estes, a oferta sistemática de informações a respeito dos sinais de alerta para câncer em suas visitas aos domicílios.

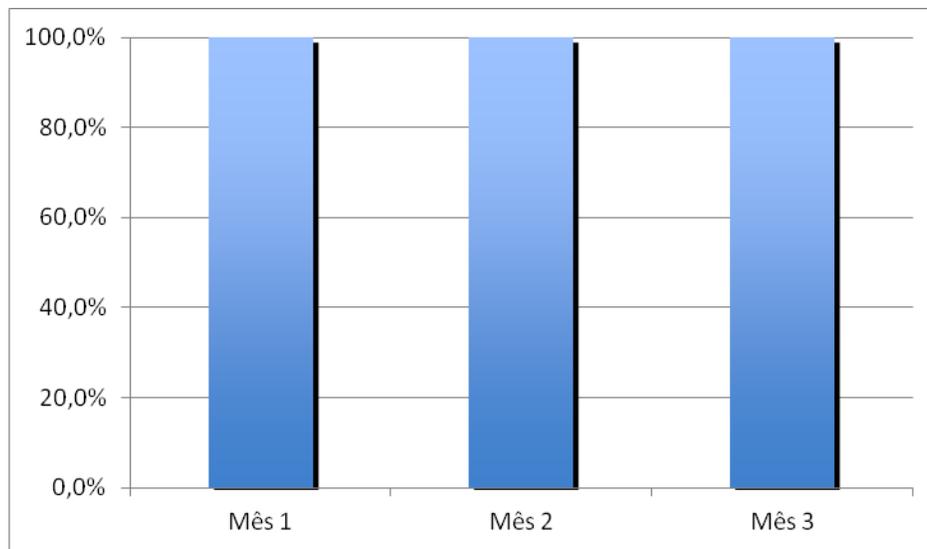


Figura 11 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

No que concerne aos **Resultados relacionados ao objetivo de promoção à saúde**, as metas relativas a promoção à saúde foram atingidas nos 03 meses de intervenção (Figura 12), sendo as mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e para câncer de mama (Figura 13).

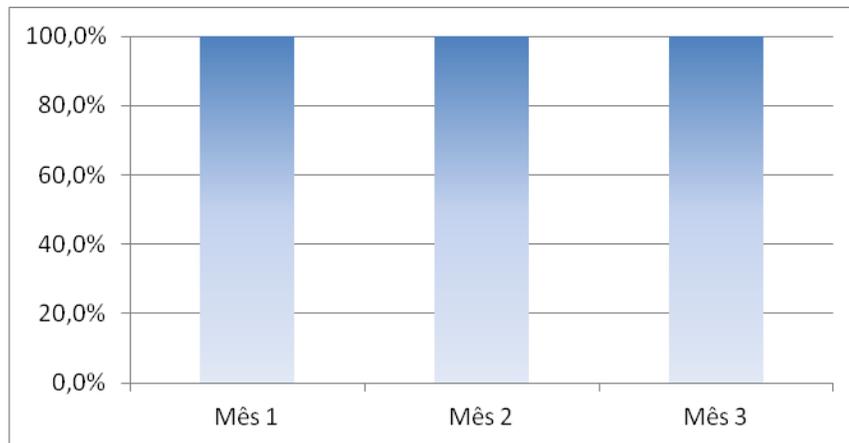


Figura 12 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero, UBS KM 06, Natal/RN, 2014

As ações que contribuíram para este resultado foram as reuniões em grupo, onde foram discutidos todos os aspectos de educação em saúde relativos aos cânceres, confecção de painel educativo, atividades de sala de espera e oferta de orientações individuais pelos profissionais de saúde, os quais foram devidamente capacitados.

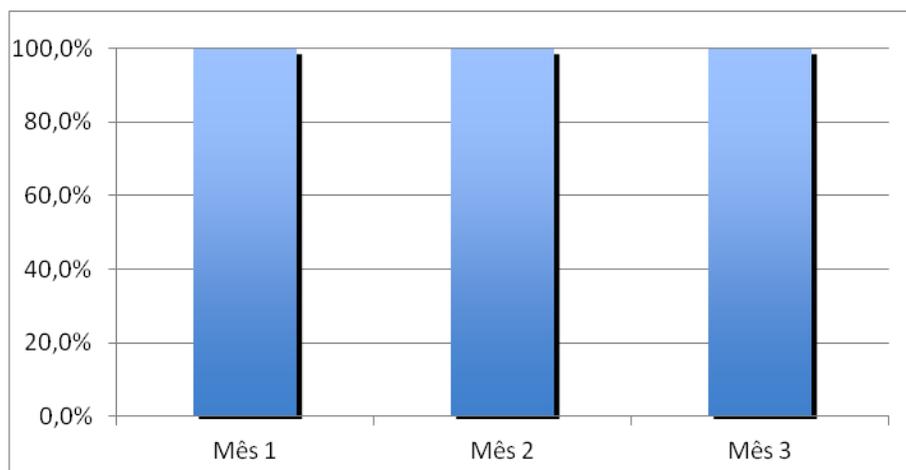


Figura 13 Proporção de mulheres entre 50 e 69 que receberam orientação sobre DSTs fatores de risco para câncer de mama

4.2 Discussão

O projeto de intervenção em rastreamento dos cânceres de colo uterino e mama possibilitou, durante os três meses iniciais de implementação, um expressivo avanço no que diz respeito as práticas anteriores vigentes no serviço. Através das ações implementadas, foi possível estimar com precisão os indicadores de cobertura e manter os indicadores de qualidade em níveis adequados para uma ação programática verdadeiramente eficaz (não era possível sequer estimar alguns indicadores de qualidade antes da intervenção).

Para os profissionais de saúde, a presente intervenção resultou em maior competência técnica, normatização de práticas baseadas no manual técnico do ministério da saúde, aquisição de habilidades para lidar melhor com as demandas dos usuários. Consistiu, ainda, em um verdadeiro desafio, o qual exigiu flexibilidade de todos e uma mudança de paradigma em relação a posturas e condutas adotadas durante anos. É possível destacar ainda, uma maior vinculação entre os membros das equipes, propiciando uma verdadeira interdisciplinaridade entre os diferentes profissionais.

A comunidade foi beneficiada pelo projeto na medida em que este possibilitou a oferta de espaços para discussão e informação sobre saúde da mulher, ampliação da oferta de horários para consultas de rastreamento e melhoria da qualidade do atendimento na atenção à saúde da mulher.

Os gestores beneficiam-se por uma intervenção deste formato, uma vez que o rastreamento encerra gastos em saúde pública expressivos, que precisam ser convertidos em desfechos populacionais positivos. Isto só é possível se houver um atendimento qualificado, sistemático e organizado. Serviços que procuram melhorar são locais estratégicos para investimento em saúde pública e certeza de benefícios em termos de impacto na morbimortalidade. Considerando que os repasses financeiros da saúde dependem de indicadores e, principalmente, da melhoria dos mesmos, estratégias como esta intervenção produzem dados que podem ser utilizados para

criação de projetos em nível municipal e estadual, facilitando os trâmites burocráticos para a liberação de recursos, com dados fidedignos.

O serviço prestado na Estratégia Saúde da Família do KM 06 na atenção à saúde da mulher foi profundamente modificado. Foi possível estabelecer um maior vínculo com as usuárias, houve forte atuação do núcleo de saúde coletiva no acompanhamento dos indicadores de saúde, maior engajamento público da comunidade e maior satisfação tanto das usuárias como dos profissionais. Foi a primeira mudança juntamente com a qualificação da atenção às gestantes e puérperas e às crianças. A próxima ação programática a ser desenvolvida e consolidada na unidade deve ser a atenção ao idoso. As equipes têm poucas habilidades técnicas para abordar esta população e já existe um grupo de idosos, o que é de suma importância para captar estes usuários.

A ação foi incorporada de maneira adequada ao serviço, com todos os profissionais engajados para que isto fosse possível. O mais importante é que não comprometeu-se as outras demandas da comunidade.

Dentre os pontos que seriam modificados caso a intervenção fosse iniciada neste momento, a adição do campo "Agente Comunitário de Saúde" e "área" nas planilhas seriam importantes para que as buscas ativas fossem mais efetivas, bem como a convocação das mulheres para a atualização dos exames. Isto será incorporado nos próximos meses. Além disso, o mapeamento das mulheres que realizam o citopatológico em serviços privados é de suma importância, uma vez que este dado é importante na sensibilização da gestão, para que esta melhore a oferta do serviço na própria unidade.

4.3 Relatório de intervenção para gestores

Este relatório visa informar a gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde), representada pelo distrito Sanitário Oeste, sobre os avanços alcançados pela Estratégia de Saúde da Família KM 06 através de um projeto de intervenção que faz parte da

especialização em saúde da família, ofertada pela Universidade Federal de Pelotas, denominado "Implementação da estratégia de rastreamento de câncer de colo do útero e mama como ação programática na Unidade de Saúde da Família KM 06". A intervenção ocorreu durante os meses de agosto a outubro de 2014. O aspecto fundamental da intervenção proposta é a incorporação das práticas adotadas durante o projeto na rotina da unidade de saúde.

O projeto teve como 06 objetivos principais: (1) ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama, (2) melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, (3) melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia, (4) melhorar o registro das informações, (5) mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama e (6) promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Para que esses objetivos fossem mais concretos, foram estipuladas as seguintes metas, respectivas a cada objetivo citado anteriormente: determinar o percentual de mulheres com exame citopatológico em dia, obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero, Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde, realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela USF, identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde, realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela USF, manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas, manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas, pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo), realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos, orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e

orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Para que tais resultados almejados fossem factíveis, as equipes propuseram diversas ações, dentre as quais destacam-se: capacitação profissional com base no manual técnico específico do ministério da saúde, aumento de oferta de atendimento para este público alvo, sem prejuízo das demandas habituais da unidade, busca ativa das mulheres pelos agentes comunitários de saúde, atividades de sala de espera e reuniões em grupo de mulheres, criação de um registro específico para acompanhamento do programa de rastreamento e confecção de mural informativo. Essas atividades não comprometeram a oferta habitual de serviços da unidade, não gerou custos adicionais e nitidamente qualificou os profissionais de saúde para que pudessem dar uma melhor atenção a estas pessoas.

A gestão determinou a realização de uma reforma da sala de realização preventivos, o que foi fundamental para que esta ação fosse possível. A sala estava com múltiplas infiltrações, o que prejudicava bastante a rotina dos profissionais e fazia com que o serviço cessasse por semanas quando chovia. Com as novas instalações, foi possível levar mais conforto às usuárias e profissionais.

Para medir o impacto desta intervenção sobre a qualidade do serviço, foram designados diferentes indicadores de cobertura e qualidade. Para o objetivo de ampliação de cobertura, foi utilizada a proporção de mulheres com exames em dia em relação àquelas residentes na área de responsabilidade da unidade.

Inicialmente estipulou-se uma meta de atingir 48% de cobertura para o rastreamento do câncer de colo uterino e 60% de cobertura para o rastreamento do câncer de mama. Durante os 03 meses de intervenção detectou-se que tais dados não eram de boa qualidade, e que a cobertura real era de 25,3% para o câncer de colo do útero e de 27,6% para o câncer de mama. Apesar de ter-se uma baixa cobertura em relação ao que é preconizado pela literatura internacional, uma vez que a cobertura está diretamente relacionada com o impacto de um programa de rastreamento (e a garantia de que os recursos públicos que são empregados trazem real benefício a saúde da população), a intervenção foi fundamental para delinear-se quais aspectos do serviço precisam melhorar para que o acesso a esta população alvo seja universal.

Durante a intervenção, onde tinha-se contato direto com a comunidade, pôde-se identificar falhas que podem explicar em parte os baixos indicadores de cobertura. Algumas delas eram inerentes ao serviço sobre as quais tinha-se governabilidade: ampliação e facilitação do acesso, agilidade na marcação e geração de protocolos no sistema de informações do câncer (SISCAN), busca ativa das mulheres, capacitação profissional com base nos manuais técnicos, criação de espaços para discussão com a comunidade, favorecendo o controle social.

Identificou-se também alguns problemas que demandam atitudes da gestão para serem contornados. O fato de haver apenas uma maca ginecológica disponível para exame citopatológico limita a oferta de mais exames. O fornecimento de mais macas apropriadas contribuiria sensivelmente para a realização de um maior número de exames, sem comprometer a demanda usual da unidade.

Outro fato curioso, observado durante a intervenção, é que muitas mulheres pagam para realização do exame, uma vez que os laudos dos exames citopatológicos chegam a demorar mais de 06 meses para serem emitidos. Por este motivo, muitas mulheres não acreditam que o serviço seja capaz de lidar com a demanda de exames citopatológicos, uma vez que as mesmas são submetidas a um exame muitas vezes desconfortável, que gera uma ansiedade natural pelo fato de ser um exame para diagnóstico precoce de câncer, e isso prejudica de maneira substancial o vínculo dessas usuárias com a unidade de saúde.

As equipes continuarão a executar as ações já implementadas, no sentido de ampliar ainda mais a cobertura e conta com a colaboração da gestão para universalizar o acesso ao exame citopatológico. Em relação ao rastreamento do câncer de mama, a equipe precisa imprimir mais esforços, intensificar a busca ativa, uma vez que o exame é acessível e marcado com agilidade.

A gestão cumpre adequadamente o seu papel ao tornar fácil o acesso a esta propedêutica. Em apenas 03 meses, pôde-se resgatar os dados de 519 mulheres em faixa etária de risco para câncer de colo uterino e 186 em faixa etária de risco para câncer de mama. Acredita-se que o esforço das equipes, suporte adequado da gestão e controle social da comunidade são fundamentais para a mudança de tal realidade.

Apesar dos baixos indicadores de cobertura, os indicadores de qualidade exprimem a qualidade do serviço oferecido às usuárias que participaram da fase de intervenção: o marcador relativo ao objetivo de qualidade (proporção amostras satisfatórias entre aquelas colhidas) foi de 99,8%, com apenas um exame citopatológico com amostra insatisfatória. A usuária foi convocada prontamente a repetir o exame.

Em relação aos outros objetivos, 100% das mulheres com exames alterados que não voltaram a USF, foram visitadas e encaminhadas para nível correto de assistência (meta relativa ao objetivo de adesão), 100% das usuárias tiveram seus dados adequadamente registrados em fichas específicas (meta relativa ao objetivo de registro), foram pesquisados sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo) e foi realizada avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos (meta relativa ao objetivo de avaliação de risco) e, por fim, 100% das mulheres cadastradas foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e 100% das mulheres cadastradas foram DST e fatores de risco para câncer de mama. A gestão forneceu preservativos em quantidade suficiente durante toda a intervenção.

Assim, a presente intervenção demonstrou importante impacto em indicadores, e, portanto melhora da atenção à saúde das mulheres. A Estratégia Saúde da Família km 06 demonstrou que é digna de investimentos e subsídios para que possa ampliar suas ações enquanto instituição.

4.4 Relatório de intervenção para comunidade

Este documento descreve as ações de uma intervenção, realizadas USF do km 06 para melhoria da saúde das mulheres, através de uma melhor organização para tornar a comunidade e equipes mais próximas, ao mesmo tempo em que foi possível oferecer o exame preventivo do colo do útero e a mamografia a um maior número de

mulheres. Este projeto foi necessário porque os cânceres de colo de útero e mama ainda matam e adoecem muitas mulheres em nosso país. Diante desta realidade, é necessário que as mulheres façam os exames preventivos (mamografia e preventivo) no período preconizado.

A situação do USF em relação ao que é pedido pelo Ministério da Saúde não estava adequada. No início do ano, nos meses de março a junho, realizou-se um levantamento dos dados da USF. Neste estudo observou-se que poucas mulheres faziam os exames, e muitas das que faziam não repetiam no tempo adequado. Desta forma não seria possível proteger as mulheres do KM 06 do câncer de mama e câncer de colo uterino. Por este motivo a médica da equipe azul, juntamente com todos os outros profissionais (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, estagiários) mudaram alguns aspectos na USF que não estavam funcionando bem. Tudo isso foi feito para que mais mulheres pudessem fazer seus exames e assim pudessem se proteger dessas doenças que adoecem e matam tantas mulheres todos os anos.

Este projeto tinha seis pontos considerados importantes: aumentar o número de mulheres com exames em dia, melhorar a qualidade dos exames preventivos do colo do útero, identificar as mulheres com exames alterados que não eram acompanhadas pela unidade e realizar visitas domiciliares a elas, melhorar o registro das informações de cada mulher, para que todos os dados dos exames ficassem em uma mesma ficha, organizada em um registro da unidade, com todos os dados das mulheres, avaliar as mulheres com maior risco de ter câncer de mama ou de colo de útero, através da pesquisa de sinais de câncer e orientação às mulheres durante a consulta e, por último, oferecer a todas as mulheres atendidas informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e distribuição de camisinhas, para que elas pudessem se proteger do vírus causador do câncer de colo de útero. Todos esses seis pontos foram transformados em números.

Dentro de um período de 03 meses, foi possível definir que 25,3% das mulheres do KM 06 tivessem seus exames do colo de útero em dia. Este número corresponde a 519 mulheres, entre 25 e 64 anos. Este resultado foi possível graças a ações como

aumento do número de consultas médicas, de enfermagem e de técnicos de enfermagem para as mulheres dessa idade, busca de mulheres dentro da USF, convidando as mesmas para fazer o exame, em muitos casos no mesmo dia. Atividades com a comunidade (palestras) tanto dentro como fora da unidade, também foram importantes para obter este resultado. Foram igualmente importantes as visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde às mulheres. Todos os profissionais passaram por uma capacitação, para que tivessem ainda mais conhecimento sobre os cânceres.

Nesse mesmo período foi possível definir que 27,6% das mulheres de 50 a 69 anos tinham mamografia em dia. Esses números são pequenos quando comparados ao que desejamos: 100% das mulheres com exames em dia. Será que isso é possível? A resposta é sim. Isto será possível se todos os envolvidos, equipes, comunidade e órgãos responsáveis se unirem para que este objetivo seja alcançado.

Na unidade há apenas uma maca para preventivos. Caso houvessem mais macas seria possível fazer mais exames, então solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde que este material seja enviado. Outro problema que observou-se durante esses meses, foi que muitas mulheres não realizam o exame na USF, e muitas reclamam que o resultado demora muito, portanto preferem pagar. O exame é direito de todas as mulheres que necessitam fazer, e cabe a comunidade se envolver na luta pelo direito de ter o exame e que este saia com rapidez.

É muito importante que a comunidade participe das reuniões com a direção da USF e do distrito, para que cobrem essas melhorias, e assim possam oferecer exames a 100% das mulheres. Se as pessoas participarem e falarem sobre os problemas para os órgãos responsáveis, acredita-se que todos os problemas da ESF podem ser solucionados rapidamente. Isto se aplica a qualquer problema que a comunidade observar, não apenas aos exames preventivos.

As equipes se comprometeram a continuar com as visitas domiciliares e facilitação para realização do preventivo. Como é feito o cadastro individual das mulheres, temos uma ficha própria onde anota-se a data para renovação do exame.

Perto dessa data, o ACS da mulher irá até a residência da mesma avisar que é necessário repetir o exame e ofertará uma data para que isso seja possível.

Outros números alcançados durante esses 03 meses foram: 99,8% dos exames de colo do útero adequados - isso quer dizer que foram colhidos de maneira correta e seu resultado é confiável - apenas um exame não estava adequado e a paciente foi convocada para repetir. Muitos exames não foram coletados na própria USF, mas como apenas um estava inadequado, pode-se dizer que a coleta da nossa unidade é de ótima qualidade. Todas as mulheres com exames alterados foram identificadas e foram realizadas visitas domiciliares a todas elas, para que pudessem dar continuidade ao tratamento, sendo adequadamente encaminhadas.

Todas as mulheres tiveram seus dados de exames registrados em uma ficha específica, onde foram colocados todos os dados de exames e orientações dadas. Além disso, como a data do último exame fica registrada, é possível convocar a mulher para fazer o exame na época correta, evitando que passe vários anos sem acompanhamento. Foram pesquisados sinais de câncer em todas as mulheres avaliadas. Além disso, todas receberam orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para câncer de mama e de colo uterino.

Assim, foi possível atingir todos os números que desejava-se alcançar. Espera-se aumentar ainda mais o número de mulheres que poderão ter este serviço de qualidade, que agora está disponível a qualquer mulher que tenha entre 25 e 69 anos de idade. Para isso é fundamental que as pacientes acreditem na capacidade dos profissionais de km 06 e os ajudem a cobrar dos órgãos responsáveis tudo o que for necessário para melhorar ainda mais a unidade.

A USF é do povo e deve servir ao povo. Mas como tudo que é nosso, precisamos cuidar e defender. As mulheres precisam participar das reuniões do grupo de mulheres, onde podem tirar todas as dúvidas sobre os exames. Se cada mulher chamar duas amigas para fazer o exame, logo mais teremos 100% das mulheres realizando o exame. Assim, será reduzido o adoecimento por esses cânceres.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas foi de suma importância para a minha vida profissional e acadêmica. As expectativas iniciais para "o ano do PROVAB" eram trabalhar no serviço que me foi oferecido e me dedicar aos estudos para a prova de residência. O curso era tido por mim como uma formalidade e condicionalidade para a concessão da bolsa e da pontuação na prova de residência. No entanto, pouco a pouco, o curso foi cativando-me pela forma de exposição de conteúdos de saúde pública de uma maneira clara e focada em objetivos igualmente específicos, de forma a mudar a minha percepção sobre esses temas. A especialização da UFPel convida a todos a responsabilizarem-se, de fato, pela qualidade da saúde pública do nosso país. O curso nos apresenta estratégias de enfrentamento aos problemas mais comuns da atenção básica sem nos dedicar a discursos, especulações e discussão improdutivas. Estimula, ao contrário, a uma seleção de pontos fortes que estão sob nosso domínio e nos levam a atuar de maneira focada e objetiva, de forma a obter resultados de curto prazo, o que leva ao empoderamento dos profissionais diante de situações tão adversas. Dessa forma, passei a encarar o curso sob uma nova perspectiva, e aproveitei o máximo que pude para me aperfeiçoar sobre temas os quais a minha realidade foi provando serem necessários para exercer uma medicina mais resolutiva dentro desse contexto.

A intervenção sobre a comunidade e os profissionais de saúde era vista por mim como um verdadeiro desafio. Apesar de não ter alcançado todas as metas, foi muito bom sentir a sensação de estar fazendo algo para melhorar aquele serviço, que tanto me chocou pelas suas condições no primeiro encontro. Observar o nível de satisfação das pessoas, a aproximação das mesmas com a USF foi extremamente gratificante. Como pessoa, o projeto me ensinou que apesar das dificuldades e de nem tudo sair conforme planejado devemos valorizar o que foi possível fazer.

Os principais aprendizados oriundos dessa experiência foram: que todo médico no Brasil deve conhecer a respeito da gestão e se informar sobre a legislação e

protocolos formulados para as políticas de saúde pública. Sem esses conhecimentos é impossível tentar melhorar as práticas de saúde e caso uma padronização mínima das condutas dos profissionais não for possível, jamais poderemos avaliar a efetividade das estratégias, bem como a conversão dessas práticas em resultados reais e palpáveis em termos de desfechos em saúde pública. Outro grande aprendizado tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal foi que uma vez que alguém toma a frente de qualquer projeto em equipe, e incorpora um ritmo de trabalho, leva consigo outras pessoas a contribuir de maneira efetiva. Não devemos nos apegar a modelos ideais, pois a realidade não é ideal. Devemos sempre caminhar e fazer ajustes necessários, celebrar o que foi alcançado e aperfeiçoar estratégias.

Um terceiro aprendizado que gostaria de destacar é que nunca deveremos subestimar a capacidade da população, por mais carente que seja ou pela dificuldade de acesso ao ensino formal que tenha, pois esta sabe diferenciar um serviço de qualidade, daquele que não gera resultados. A população ainda tem muita dificuldade de entender o que o SUS é ou como deveria ser, mas nós, enquanto profissionais, com o discurso correto, no momento certo, somos capazes de empoderá-los, a exigir o que é direito deles, e fazê-los conscientes de todo o potencial de mudança que há quando todos nos unimos em prol de um mesmo objetivo.

6 BIBLIOGRAFIA

ADAB P, MCGHEE SM, YANOVA J, WONG CM, HEDLEY AJ. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. **Med Care**. 42:600-9, 2004.

ALBUQUERQUE, ZB et al. Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol.34, n.6, p. 248-253, 2012.

AMARAL, RG al. Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.30, n.11, p. 556-560, 2008.

BARRETO, Alana Soares Brandão; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros and THULER, Luiz Claudio Santos. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.34, n.2, p. 86-91, 2012.

BARRETO, ASB; MENDES, MFM and THULER, LCS. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.34, n.2, p. 86-91, 2012.

BRISCHILIARI, SCR et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cadastro de Saúde Pública**, vol.28, n.10, p. 1976-1984, 2012.

CESAR, JA et al. Citopatológico de colo uterino entre gestantes no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.34, n.11, pp. 518-523, 2012.

FERRAT E, LE BRETON J, DJASSIBEL M, VEERABUDUN K, BRIXI Z, ATTALI C, RENARD V. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. **Fam Pract**, 30(4):445-51, 2013.

FERREIRA, TXAM; TAVARES, SBN; REZENDE, IR; MANRIQUE, EJC; GUIMARÃES, JV; ZEFERINO, LC; AMARAL, RG. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

visando reorganização do rastreamento do câncer do colo do útero. **Revista APS**; 16(1), 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011.

LAGES, RB al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Revista brasileira de epidemiologia**, vol.15, n.4, p. 737-747, 2012.

LOURENCO, TS; MAUAD, EC and VIEIRA, RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista brasileira de Enfermagem**, vol.66, n.4, p. 585-591, 2013.

MADLENSKY L, GOEL V, POLZER J, ASHBURY FD. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. **Eur J Câncer**. 39:1648-53, 2003.

MARCHI, AA and GURGEL, MSC. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.32, n.4, p. 191-197, 2010.

MARTINS, LFL; VALENTE, JG and THULER, LCS. Fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical em duas capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, vol.43, n.2, p. 318-325, 2009.

MCCARTHY BD, YOOD MU, BOLTON MB, BOOHAKER EA, MACWILLIAM CH, YOUNG MJ. Redesigning primary care processes to improve the offering of mammography. The use of clinic protocols by nonphysicians. **J Gen Intern Med**;12(6):357-63, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 13. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

QUINN M, BABB P, JONES J, ALLEN E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **BMJ**; 318:904-8, 1999.

VALE, DBAP; MORAIS, SS; PIMENTA, AL and ZEFERINO, LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, n.2, pp. 383-390, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: Globocan 2008. In: **World Cancer Report**. Lyon: WHO. p. 11-104, 2008.

ZEFERINO LC, DERCHAIN SF. Cervical cancer in the developing world. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**; 20:339-54, 2006.

ZEFERINO LC, PINOTTI JA, JORGE JP, WESTIN MCA, TAMBASCIA JK, MONTEMOR EBL. Organization of cervicalcancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**; 22:1909-14, 2006.

ZEFERINO LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; 30:213-5, 2008.

ZUBEN, MARCUS VINICIUS VON ET al. Impacto de uma intervenção comunitária na melhoria da cobertura de um programa de rastreamento para câncer do colo do útero na região amazônica brasileira. **Sao Paulo Med. J.** vol.125, n.1, pp. 42-45, 2007.

Planilha de coleta de dados

Indicadores de le Colo de Útero - Mês 3							
	Idade da mulher	O resultado do CP estava alterado?	A mulher deixou de retornar na UBS para receber o resultado do CP?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou continuar o tratamento?	O resultado do último CP foi registrado na ficha espelho ou no prontuário?	Foi perguntado sobre sinais de alerta para câncer do colo de útero?	A mulher recebeu orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo
	Em anos completos	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim
	39	0	0		1	1	1
	46	0	0		1	1	1
SÁ	25	0	0		1	1	1
D	51	0	0		1	1	1
UTOS	36	0	0		1	1	1
OS	48	0	0		1	1	1
A	38				1	1	1
	54				1	1	1
	50	0	0		1	1	1
DE	25	0	0		1	1	1
UHA	29	0	0		1	1	1
	56	0	0		1	1	1
	26	0	0		1	1	1
DA	28	0	0		1	1	1
OS							
	45	0	0		1	1	1
IA	27	0	0		1	1	1
ZA	26	0	0		1	1	1
IS SÁ	30	0	0		1	1	1
EIRA							
	66						

Indicadores de Prevenção do Câncer de Mama - Mês 1							
A mulher está com a mamografia em dia?	O resultado da última mamografia estava alterado?	A mulher deixou de retornar na UES para receber o resultado da mamografia?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou continuar o tratamento?	O resultado da última mamografia foi registrado na ficha espelho ou no prontuário?	Foi realizada avaliação de risco para câncer de mama?	A mulher recebeu orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de	
0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	
	1	0	0		1	1	1
	1	0	0		1	1	1
	1	0	0		1	1	1
	1	0	0		1	1	1
	1	0	0		1	1	1

Comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

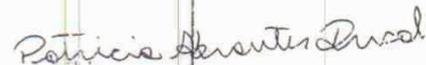
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPPEL

