

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA**



MELHORIA DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDREIRA, SANTA CRUZ DO SUL/RS

Débora Mânica Rockenbach

Pelotas, 2015

DÉBORA MÂNICA ROCKENBACH

**Melhoria da Prevenção e do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama
na Estratégia de Saúde da Família Pedreira, Santa Cruz Do Sul/RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UNASUS/UFPEL como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Helen Pereira Rocha

Pelotas, 2015

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

R682m Rockenbach, Débora Mânica

Melhoria da Prevenção e do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama na Estratégia de Saúde da Família Pedreira, Santa Cruz Do Sul/RS / Débora Mânica Rockenbach; Helen Pereira Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Rocha, Helen Pereira, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Ao meu esposo, por ser o maior incentivador para a concretização deste projeto, e nunca me deixou desistir.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares pelo incentivo, em especial aos meus pais, pelos conselhos e pelas palavras nos momentos de dificuldades.

Ao meu esposo Fernando, pela paciência e carinho.

À professora orientadora, Helen Pereira Rocha, pelo encorajamento e sabedoria transmitida durante toda a realização deste projeto.

À Universidade Federal de Pelotas, por permitir a possibilidade da execução de um curso de Pós-Graduação à distância, o auxílio e orientações semanais para que este trabalho fosse concluído.

"A lei é a razão livre da paixão."

(Aristóteles)

Lista de figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	55
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	56
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com amostras satisfatórias de exame citopatológico de colo de útero. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	57
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	59
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	59

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DM	Diabetes Melitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 ANÁLISE SITUACIONAL	12
1.1 Situação inicial da ESF/APS	12
1.2 Relatório de Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional.....	28
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – Projeto de Intervenção	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento)	33
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	48
3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO	51
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	51
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidade e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	52
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	53
3.4 Análise de viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isso ocorra	53
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	55
4.1 Resultados	55

4.2 Discussão.....	61
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	63
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	65
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE MEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	67
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	70
Anexo A – Ficha Espelho do Programa	71
Anexo B – Ficha de Coleta de Dados	72
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética.....	73

Resumo

ROCKENBACH, Débora Mânica. **Melhoria da Prevenção e do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama na Estratégia de Saúde da Família Pedreira, Santa Cruz Do Sul/RS**. 2015. 75f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) da Universidade Federal de Pelotas, 2014.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas para o controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País. Para tanto, esta intervenção possuiu o objetivo de melhorar a atenção na prevenção do câncer de colo de útero e de mama na Estratégia de Saúde da Família Pedreira, em Santa Cruz do Sul/RS. Para que a intervenção se realizasse, a busca ativa de usuários, o cadastramento de usuárias da unidade e orientação e engajamento da comunidade e da equipe de saúde são pontos de destaque. Para isso, foi necessária a orientação da comunidade por meio de reuniões e durante os atendimentos na unidade, além da preparação e treinamento da equipe através do protocolo do Ministério da Saúde para o rastreamento de Câncer de Colo de Útero e de Mama. Utilizou-se instrumentos de acompanhamento fornecidos pelo Curso de Especialização, como ficha-espelho e planilhas de coleta de dados que viabilizaram um controle da intervenção. A intervenção ocorreu no período de agosto a outubro de 2014. A ESF encontrava-se com cobertura em números absolutos adequada, entretanto com grandes deficiências na sua qualidade, registros e organização. Como resultado, obteve-se uma cobertura de 46% relativos ao rastreamento do câncer de mama, ou seja, 43 novas mamografias realizadas, com orientação sobre fatores de risco e avaliação do risco da mesma. Para o câncer de colo de útero, houve uma cobertura de 42,3%, ou seja, foram realizados 117 novos rastreamentos para este tipo de câncer, com orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco, bem como foi realizada a avaliação de risco para estas usuárias. A intervenção alcançou grande incremento na qualidade do serviço oferecido, melhorando de forma importante os registros nessa ação, a avaliação dos riscos das usuárias, a orientação e acompanhamento das mesmas, além de fornecer atualização constante à equipe. Para alcançar um maior número de usuárias faz-se necessária a continuação da intervenção e engajamento tanto da comunidade adscrita e manutenção da pró-atividade da equipe de saúde.

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 volume consiste no Trabalho de Conclusão do curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Realizou-se uma intervenção direcionada ao rastreamento e prevenção de câncer de Colo de Útero e de Mama em mulheres, no município de Santa Cruz do Sul, ESF Pedreira, intitulada “Melhoria da Prevenção e do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama na ESF Pedreira, Santa Cruz do Sul, RS” devido ao grande número de mulheres nesta comunidade e pelo diagnóstico de falhas importantes, principalmente em registros desta área de atenção em saúde e de avaliações e orientações de riscos e prevenções para estas mulheres.

A primeira seção do trabalho fala sobre a análise situacional do serviço, composta pelo texto inicial sobre a situação do ESF/APS na unidade, seguida do relatório da análise situacional e depois faz uma comparação entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

A segunda seção apresenta a análise estratégica através do projeto de intervenção com a sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. A terceira seção descreve o relatório da intervenção, discutindo a sua importância para a equipe, para o serviço e para a comunidade. A quarta seção traz a avaliação da intervenção com os resultados, discussões e relatório para os gestores e comunidade. A quinta seção trata da reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem e a sexta e última seção traz as referências bibliográficas, e os instrumentos utilizados e disponibilizados pelo curso para a intervenção como a ficha-espelho e planilha de coleta de dados e documento do comitê de ética.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Situação inicial da ESF/APS

Estou desenvolvendo meu trabalho na Estratégia em Saúde da Família (ESF) Pedreira, no município de Santa Cruz do Sul, região central do Rio Grande do Sul. Uma população adstrita de três mil e seiscentas e treze pessoas, essencialmente urbana. A unidade fica próxima de hospitais, pronto-atendimentos e centros secundários de atenção em saúde.

Em decorrência desta distância, e também pelo baixo poder aquisitivo desta população o Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal forma de procura para atendimentos em saúde. Entretanto, muitas vezes os usuários não utilizam a ESF como “porta de entrada”. Mesmo assim, ao longo dos últimos anos, a demanda desta unidade aumentou de forma considerável, porém, a estrutura do posto não acompanhou tal incremento.

A estrutura física da unidade é bastante pequena e carente de boa infraestrutura pertinente à demanda que a mesma possui. Falta espaço para o acolhimento, e o ambulatório pequeno e não compatível com os atendimentos de urgência de que se necessite realizar no mesmo. Porém, não faltam materiais básicos para as atividades de atenção primária e, também, não falta material humano para o desenvolvimento das atividades, porém há faltas de alguns medicamentos e acesso a exames mais onerosos.

A equipe é composta por duas médicas, uma do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e outra cubana, do Programa Mais Médicos. Além de uma enfermeira, de duas técnicas em enfermagem, seis agentes comunitárias, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório. É uma equipe engajada em promover a saúde na sua totalidade, fazendo a prevenção, a cura e a reabilitação. Há engajamento importante também em relação a causas sociais, ambiente e educação. Há nesta população, um forte engajamento da própria comunidade, participando de forma ativa no fluxo de atendimentos e decisões nas prioridades em saúde, ocorrendo reuniões de comunidade juntamente aos trabalhadores da unidade para isto. Ainda não foi realizada nenhuma reunião durante as minhas atividades,

mas já há uma agendada com a comunidade, onde todos participam, para o mês de abril. Há, em certos momentos, nas tomadas de decisões referentes aos atendimentos, forte apelo político, que é devidamente contornado pela equipe de saúde.

A dinâmica de trabalho é composta por agendamentos, acolhimentos, grupos, busca ativa e visitas domiciliares. Os agendamentos são realizados todos os dias da semana, em agenda aberta. O acolhimento é realizado durante todo o horário de funcionamento do posto. Ele é realizado pela médica, enfermeira e também pelas técnicas em enfermagem, cada uma na sua área de abrangência. Porém, na minha observação até o momento, acaba sobrecarregando a equipe pela forma que está sendo realizado.

Há grupos de gestantes, grupos de hipertensos e diabéticos. As visitas domiciliares possuem datas específicas e realizadas por todos os membros da equipe, porém, na maioria das vezes é realizado com o carro próprio, por dificuldades de agendamento e atrasos nos carros fornecidos pela prefeitura. As casas a serem visitadas são muito próximas umas das outras, por a unidade estar situada em uma região urbana e de periferia, o que acaba facilitando a uma maior cobertura dos usuários com dificuldade de acesso ao posto de saúde nas visitas.

Há dificuldade para acesso ao tratamento adequado, devido à falta constante de medicações e dificuldade de acesso a tecnologias apropriadas para diagnósticos e alguns tratamentos. Porém, o usuário também deve ser lembrado de sua responsabilidade para que o tratamento aconteça de forma adequada. É muito comum o não seguimento das instruções, mesmo quando exaustivamente orientados.

Há ainda, certa relutância em relação ao acolhimento quando o mesmo não é realizado pelo médico. Acredito ser cultural e dependente também da educação em saúde permanente para a comunidade, instrumento este imprescindível para um fluxo exemplar e coerente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para isto ser possível, também se faz necessário um treinamento continuado dos profissionais atuantes, e acredito que esta especialização seja uma ferramenta para tal. Ainda há muitos ajustes para serem feitos, mas acredito que estamos no caminho certo. Assim como sabemos dos nossos direitos e deveres como profissionais da saúde, também devemos saber cobrar e orientar a

comunidade e os gestores dos seus. Um engajamento de gestores, profissionais da saúde e usuários em defesa de um SUS melhor.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A unidade básica de saúde, onde fui designada a atuar, localiza-se no município de Santa Cruz do Sul, região central do Rio Grande do Sul. Município de imigração majoritariamente alemã, composta por 118.374 habitantes em uma área de 733.409 km². Santa Cruz do Sul é considerada gestora plena das atividades municipais, possuindo a atenção primária (10 ESF, 12 UBS), dois hospitais de alta complexidade, e dois pronto-atendimentos, além de complementar suas atividades com consórcios municipais e serviços privados.

Estou desenvolvendo meu trabalho na Estratégia de Saúde da Família do Bairro Pedreira, com uma população adstrita de três mil seiscentas e treze pessoas, essencialmente urbana, e composta por grande parte de adultos-jovens. A unidade fica na periferia da cidade. Bastante perto de outros serviços de saúde, entre eles hospitais e pronto-atendimentos. Em decorrência desta distância, a Estratégia em Saúde da Família nesta localidade não é, efetivamente sempre, a “porta de entrada” do serviço de saúde, sendo muitas vezes uma das opções de serviço para atendimento da população desta área. Ao longo dos últimos anos, a demanda desta unidade aumentou de forma considerável, porém, a estrutura do posto de saúde não acompanhou tal incremento.

A Atenção Básica por ser a porta de entrada do sistema de saúde deve ser encarada como base e ser resolutiva. Por ser então local de grande demanda, o grande desafio atual se dá em relação ao acesso e ao acolhimento, ferramentas imprescindíveis para o fortalecimento da atenção básica. Apesar de a Constituição de 1988 garantir a saúde como direito de todos e dever do estado, este deve ser organizado de forma com que a atenção básica consiga absorver a grande maioria das demandas em saúde da população. Para tanto, faz-se necessário um melhor financiamento da saúde e a promoção contínua da educação em saúde tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores em saúde.

A estrutura física da unidade é bastante pequena e carente de boa infraestrutura pertinente à demanda que a mesma possui. Falta espaço para o acolhimento, e o ambulatório é pequeno e não compatível com os atendimentos de

urgência de que se necessite realizar no mesmo. Porém, não faltam materiais para as atividades de atenção primária. A estrutura física da UBS é um facilitador da mudança das práticas em saúde. É muito difícil manter um ambiente acolhedor compatível com a pró-atividade da equipe de saúde e acolher as demandas espontâneas da maneira em que a unidade está estruturada. A ESF está localizada perto dos usuários, pois como a mesma está em um ambiente urbano, a grande maioria acessa sem a utilização de um carro. Partindo-se da acessibilidade, é notável a total falta de preparo da mesma para receber os idosos e portadores de deficiência (visual e de locomoção). Há rampa para acesso de cadeirantes, onde a mesma pode adentrar a unidade devido às larguras das portas, mas possui dificuldade para entrar nos consultórios e ambulatórios. Não há corrimão para o acesso dos mesmos. É impossível entrar com maca no ambiente da unidade. Não há sinalização visível para todos de entradas e saídas, nem mesmo de sanitário. Há dois sanitários na unidade, um deles é utilizado por usuários do serviço e o outro pelos profissionais de saúde. Não é um sanitário adaptado, é extremamente pequeno (máximo 3 m²), sendo que o mesmo ainda serve para o armazenamento dos materiais de limpeza. As pias são de manuseios com as mãos, inclusive as dos consultórios e do ambiente de procedimentos.

O local foi adaptado para ser um posto de saúde, inicialmente, e, após transformou-se em ESF, porém, sem grandes reformas. Mesmo com o aumento da demanda, persiste a mesma estrutura há mais de 16 anos. Há uma pequena sala de espera com capacidade para mal acomodar oito usuários, sem espaço para cadeirantes. A recepção é diminuta, e não possuímos recepcionista. Os prontuários são armazenados na recepção juntamente onde fica a farmácia, local onde há pouca ventilação e não há farmacêutico. A farmácia não possui entrada independente, então tudo está muito apertado. Não há almoxarifado, ou sala das agentes em saúde.

A sala de vacinas não está de acordo com o tamanho indicado pela ABNT. A mesma fica no meio da unidade, e, portanto, os usuários sadios, que irão apenas fazer a vacinação, necessitam também de passar por toda a unidade para realizar a mesma. Ao lado da sala de vacinas, há o consultório médico, onde há pouca ventilação e a privacidade é pouco respeitada, pois faz divisa com a mesma, e utiliza-se de divisórias de madeiras compensadas que, apesar de alcançar o teto, não isolam as conversas nos consultórios. Há infiltração em algumas paredes, e

estas são de maioria de material lavável. Há uma diminuta cozinha ao lado da sala de reuniões. A higiene geral da unidade é boa. Há uma auxiliar de serviços gerais que vai duas vezes por semana para higienização de toda a unidade, e o resto é realizado pelas técnicas em enfermagem. Há apenas uma sala de procedimentos que também não possui o tamanho exigido. O consultório dentário é mais distante das outras salas, porém muito bem equipado e de bom tamanho.

Apesar de a lei orgânica da saúde, artigo 23, garantir atendimento a pessoas portadoras de deficiências, o mesmo não está sendo respeitado. Considerando o incremento da população idosa e das doenças crônico-degenerativas é imperiosa a construção de uma unidade específica para atender as necessidades dos usuários e também melhorar o ambiente dos trabalhadores da saúde.

A equipe é composta por duas médicas, uma médica do PROVAB inicialmente, e, posteriormente, mais uma médica cubana do programa “Mais Médicos”, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis agentes comunitárias, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório. É uma equipe engajada em promover a saúde na sua totalidade, fazendo a prevenção, a cura e a reabilitação. Há engajamento importante também em relação a causas sociais, ao ambiente e à educação. Há nesta população, um forte engajamento da própria comunidade, participando de forma ativa no fluxo de atendimentos e decisões nas prioridades em saúde, ocorrendo reuniões de comunidade juntamente aos trabalhadores da unidade para isto. Há, em certos momentos, nas tomadas de decisões referentes aos atendimentos, forte apelo político, que é devidamente contornado pela equipe de saúde. Tanto a comunidade quanto a equipe de saúde possuem um objetivo em comum: melhorar a saúde da sociedade de uma forma geral, seja da parte do ambiente em que se vive, seja pela educação ou saúde orgânica e mental. Entretanto, é perceptível que a população a solicita de forma mais imediatista, enquanto que a equipe tenta, de forma continuada, a educação em saúde, objetivando melhorar o fluxo de atendimento, o melhor acolhimento, e, conseqüentemente, um melhor ambiente de trabalho. A equipe sabe que isso é construído aos poucos, enquanto que a população clama por mudanças imediatas apesar de não compreender que eles também fazem parte delas. A relação entre usuários e profissionais é estreita, com ampla discussão para melhorias da unidade. Entretanto, devido a um longo período de medicina curativa, a população ainda não está totalmente engajada no aspecto preventivo da saúde, o que resulta em grande

quantidade de acolhimentos pela equipe de saúde, sobrecarregando os trabalhadores de saúde e faltando espaço e tempo para as medidas preventivas.

A dinâmica de trabalho é composta por agendamentos, acolhimentos, grupos, busca ativa e visitas domiciliares. Os agendamentos são realizados todos os dias da semana, com horário livre e agenda do tipo “aberta”. Isto enfatiza o princípio de acesso ordenado e organizado ao sistema. O acolhimento é realizado durante todo o horário de funcionamento do posto. Ele é realizado pela médica, eventualmente pela enfermeira, e, também, pelas técnicas em enfermagem, cada uma na sua área de abrangência. Porém, na avaliação até o momento, acaba sobrecarregando a equipe pela forma que está sendo realizado, pois há dificuldade de aceitação da comunidade em não ser atendido pela médica sempre e também, por esta razão, quase todos os atendimentos serem encaminhados a mesma, sem a estratificação de prioridades. Acredito ser cultural e dependente também da educação em saúde permanente para a comunidade, instrumento este imprescindível para um fluxo exemplar e coerente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para isto ser possível, também se faz necessário um treinamento continuado dos profissionais atuantes, e esta especialização é uma ferramenta para tal.

O acolhimento deve ser qualificado, respeitando fluxogramas, pois nesta unidade em especial, está sendo sempre fundamentado na medicalização da saúde, promovendo uma dependência importante tanto dos usuários, como dos próprios profissionais de saúde que atuam no local. Isso acaba acarretando grande sobrecarga de trabalho para o médico e atrapalhando de certa maneira a demanda agendada. É lógico que demandas espontâneas irão sempre ocorrer, mas as mesmas devem ser estratificadas por riscos e vulnerabilidades, pois nem tudo precisa ser prioritário, para não se correr o risco de se reduzir a um pronto-atendimento. O princípio da equidade deve ser respeitado. É imprescindível que se deva ter uma qualificação do acolhimento, pois não há como tratar o sofrimento alheio de forma burocrática. Deve-se, também, levar em conta a situação em que o usuário vive, a sua realidade local e sua dinâmica. Entretanto, deve-se ter o cuidado, pois pode acarretar uma ampliação da medicalização via ampliação do acesso. É imprescindível, diminuir a dependência dos usuários e reconstruir suas autonomias.

Há grupos de gestantes, grupos de hipertensos e de diabéticos e grupos de caminhadas. As visitas domiciliares possuem datas específicas e realizadas por

todos os membros da equipe, porém, e não é dependente do fornecimento do meio de condução pela prefeitura em dias específicos, muitas vezes, por esta razão, acaba-se realizando as visitas com os carros próprios dos funcionários. As casas a serem visitadas não são muito longes umas das outras, por a unidade estar situada em uma região urbana, o que acaba facilitando uma maior cobertura dos usuários com dificuldade de acesso ao posto de saúde nas visitas. Isto ratifica o princípio de acesso universal e também o de atendimento acolhedor e livre de discriminação. Há dificuldade para acesso ao tratamento adequado, devido à falta constante de medicações e dificuldade de acesso a tecnologias apropriadas para diagnósticos e alguns tratamentos. Porém, o usuário também deve ser lembrado de sua responsabilidade para que o tratamento aconteça de forma adequada. É muito comum o não seguimento das instruções, mesmo quando exaustivamente orientados.

A farmácia municipal é repleta de boas medicações, porém, devido a grande demanda, eventualmente há faltas, mas um problema contornável. O melhor abastecimento das medicações na unidade é de difícil enfrentamento, pois não depende apenas do governo municipal, que pode ser melhorado com a logística de distribuição das medicações, o que fica de certa forma longe de nossa governabilidade, é a falta generalizada de alguns medicamentos em específico, dependente de processos longos e burocráticos. Os usuários são orientados a procurarem as farmácias que possuem convênio com o governo (farmácias populares) para os mesmos não fiquem sem medicação e manterem o tratamento sem interrupções. E, ainda, são orientados sobre seus direitos para solicitação de dispensa de medicamentos mediante solicitação pelo Estado, e, com isso, também desenvolver na comunidade a orientação, educação e engajamento.

Não há demora em relação aos pedidos de exames (sangue e radiografias). Os usuários conseguem realizá-los de imediato. Porém, devido ao alto custo, exames de imagem do tipo ressonâncias, tomografias, o acesso é mais limitado. O acesso às especialidades é bem organizado no município. Cada unidade possui uma cota mensal para determinados especialistas, portanto a demora não é superior a sessenta dias na grande maioria delas. Entretanto, há grande dificuldade, devido à alta demanda, para a especialidade de oftalmologia, este, o período de espera é bem maior. Quando se necessita de um especialista com maior urgência, dentro da governabilidade da unidade, entra-se em contato com o serviço de marcação de

consultas, e conversa-se sobre a sua necessidade de brevidade. Até o momento, está dando certo.

No Brasil a mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda são um problema de saúde pública. A captação precoce das gestantes no pré-natal, a melhoria da qualidade desta ação programática e a realização de consultas de puerpério são fundamentais para a redução destas taxas.

A cobertura do pré-natal na área de abrangência é grande – cobertura de 80% - se levarmos em consideração o esperado de acordo com a epidemiologia. Entretanto, algumas usuárias realizam o pré-natal fora da unidade, mas mesmo assim temos o controle das mesmas através das agentes de saúde e boa relação com o hospital, que encaminha e orienta após o parto a avaliação puerperal e da puericultura. As gestantes estão muito bem assistidas: ótima qualidade do pré-natal com todas as usuárias realizando exames no primeiro trimestre de gestação, realizando as consultas de acordo com o calendário do Ministério da Saúde (MS), e todas com as vacinas do tétano e da hepatite B em dia e devidamente orientadas sobre suplementação do sulfato ferroso, e todas com avaliação as saúde bucal durante o pré-natal. A cobertura do puerpério também é grande (90% de cobertura).

Apesar de a cobertura não ser total, os indicadores de qualidade são ótimos. Todas são orientadas em relação ao aleitamento materno, são realizados os exames de mamas e ginecológico. Todas as usuárias consultaram antes dos quarenta e dois dias após o parto e todas as consultas foram registradas, foram orientadas sobre aleitamento materno, anticoncepção, assim como a avaliação psicológica da mesma. Portanto, há uma grande qualidade de serviço. Houve queda nos últimos anos no número de gestantes, porém, ainda é comum adolescentes grávidas na área adstrita ou gestação não programada.

Há uma forte rede de referência aos ambulatórios com ginecologistas e obstetras e hospital de referência para intercorrências. Não há dificuldades em solicitar avaliações ou acompanhamento no pré-natal de alto risco e também não há demora. Há sempre também a disponibilidade de avaliação no centro obstétrico e por esta razão a gestante tem a certeza e a segurança de que será sempre assistida inclusive fora de nossa unidade. Todas são orientadas sobre onde, e quando procurar auxílio e também já possuem a visita ao hospital onde irão realizar o parto programado. Todas possuem consultas agendadas conforme o decorrer do pré-natal

e, se necessário, também são acolhidas para consultas de eventos agudos na gestação.

Logo após a alta hospitalar, já possuem agendamento antes de completar sete dias de pós-parto. A consulta de puerpério – onde normalmente o marido também acompanha – e a primeira consulta do recém-nascido são agendadas em conjunto. A unidade é considerada um exemplo de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher e o cumprimento do Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Auxiliando o Brasil a cumprir a quinta meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que é a redução da razão da mortalidade materna para menos de 35 até 2015.

A Puericultura ponto importante da Atenção Primária à Saúde auxilia na forte redução da mortalidade infantil no país. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária. Assim como o pré-natal e o puerpério, a cobertura é boa (85%) conforme comparado à estimativa realizada pelo MS. Os poucos indicadores de qualidade da atenção à Puericultura estão avaliados de forma positiva, com ótimo percentual relativo à qualidade. A ESF possui tanto grupos de gestantes, quanto de puericultura, portanto, todos os usuários nesta faixa etária estão constantemente sendo avaliados.

Há atendimento multidisciplinar (de todos os membros da equipe), há grupos de puericultura divididos por faixa etária para orientações e acompanhamento mensal (número maior de consultas do que é preconizado pelo Ministério da Saúde). Em todos os atendimentos há grande ênfase na orientação sobre vacinas, cuidados de higiene e alimentação e prevenção de acidentes. Há sempre a aferição de estatura, peso, perímetro cefálico e exame físico completo. Há a suplementação de ferro conforme orientação do MS e busca ativa de eventuais crianças faltosas (o que não é muito raro). As agentes de saúde são bastante atuantes na busca ativa das crianças para a participação dos grupos e também na detecção de situações de risco para as mesmas, o que auxilia e muito o desenvolvimento do trabalho na unidade. Há grande preocupação em relação não só ao desenvolvimento físico (ganho de peso e estatura) como também em relação ao desenvolvimento neuro-psicomotor. Há um pediatra que atende no mínimo duas vezes por semana, o que é de grande auxílio para eventual avaliação com especialista. Porém, caso necessário, não há dificuldades nos encaminhamentos das crianças, pois possuímos centro de

referência também para crianças com funcionamento 24h no município. Entretanto, é realizado o acolhimento desta criança em todos os turnos e dias da semana pelo clínico em eventual demanda aguda desta, e, dificilmente, há necessidade de encaminhamento dos mesmos para avaliação em outro local.

A Saúde Bucal das crianças é principalmente desempenhada no Programa Saúde na Escola, onde todas as crianças que estão em idade escolar são avaliadas e orientadas, e, se necessário, encaminhadas à unidade para procedimento. As crianças da puericultura que não estão em idade escolar também são avaliadas na unidade.

Outro ponto importante na Atenção Básica, a prevenção e a avaliação do Câncer de Colo de Útero, demonstra uma cobertura de 68%, semelhante a países europeus, como citado no Manual do MS de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama de 2013, que associam o rastreamento organizado (com busca ativa das usuárias) e também oportunístico. Neste quesito, é sabido de que muitas destas mulheres também fazem acompanhamento em rede privada, pois não há ginecologista na unidade, apesar de que, conforme preconizado pelo mesmo manual, as evidências não demonstrem benefício estatisticamente significativo de acompanhamento com o especialista em detrimento da avaliação do médico generalista ou enfermeira.

Há uma importante falha no acompanhamento destas mulheres e também dos registros. Não há anotações específicas, do tipo protocolo de avaliação do risco. Não se tem dados que comprovem que todas as coletas possuem amostras satisfatórias - dado importante, sendo que o aceitável de amostras insatisfatórias é de 5%.

Apesar de saber dos esforços da unidade para uma ampla cobertura de rastreamento, seguimento e orientações sobre o Câncer de Colo de Útero, a informatização dos dados poderia ser a alternativa para o sucesso. Há um grande número de mulheres a serem acompanhadas e por esta razão, um sistema mais organizado seria de grande valia. As agentes de saúde auxiliam muito na busca ativa e orientação das mulheres faltantes e com exames atrasados, porém, pela grande quantidade de mulheres, se informatizados, auxiliaria tanto para melhor organização do fluxo das usuárias na unidade, quanto ao acompanhamento quando referenciadas a outros setores. Outro ponto importante seria em relação a um maior número de exames autorizados - do tipo ecografia transvaginal - exame

complementar com difícil execução pelo SUS. Além do horário usual de atendimento no posto de saúde, ainda foram criados horários alternativos para possibilitar que mulheres que não desejam faltar ao trabalho, não deixem de realizar o rastreamento (atendimentos agendados eventualmente no turno da noite ou sábados).

Há sempre a busca ativa destas usuárias, realizando visitas domiciliares para as faltosas, solicitando avaliação da situação através das agentes de saúde e também através da contra referência das unidades secundárias e terciárias do município. É muito raro perder o seguimento da usuária nestas situações, a não ser que a mesma escolha realizar o acompanhamento na rede privada.

Considerando que muitas usuárias também realizam o acompanhamento ginecológico em rede privada por não se possuir ginecologista na unidade, a cobertura para o câncer de mama é boa (86%). Considerando os dados do Manual de Rastreamento para Câncer de Colo de Útero e de Mama de 2013 do MS, pode-se constatar que a cobertura acima de 70 % cria a possibilidade de reduzir a mortalidade de câncer de mama em torno de 15 a 23%, um excelente índice pela unidade alcançada.

Também devido às dificuldades de registros pode-se avaliar que 86% das usuárias acompanhadas na unidade na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Em relação às orientações para a realização do mesmo, estas chegam a totalidade, sendo que, para o controle do Câncer de Mama, destaca-se a importância das ações intersetoriais – orientação da usuária por campanhas nacionais, o acolhimento da mesma na unidade de saúde, e o oferecimento e garantia de rastreio através de mamografia pelo governo municipal - que promovam acesso à informação e ampliem a oportunidade de controle do peso corporal e o incentivo da atividade física (fatores de risco modificáveis).

Há grande necessidade de reivindicar uma maior agilidade na autorização dos exames complementares – principalmente, ecografia mamária – algo que atrasa de maneira importante o diagnóstico e acompanhamento das mesmas. Das poucas usuárias com exames alterados, em torno da metade destas estão aguardando a ecografia mamária e estão realizando seus acompanhamentos tanto na unidade como na referência. Mais uma vez, não há problemas no encaminhamento para referência secundária e terciária respeitando a hierarquização do sistema. Há uma ótima relação com o serviço secundário e terciário e a contra referência funciona muito bem, portanto, não possuímos usuárias que perderam o seguimento.

A usuária com exame alterado já possui consulta agendada de retorno sempre que sai da unidade. Quando referenciada para outro centro de especialidades, após a consulta, a mesma já possui retorno na unidade para efetivar a coordenação do cuidado. Se por algum motivo houver usuária faltosa, a mesma é contatada pela agente de saúde ou algum outro trabalhador da unidade para o retorno da mesma para acompanhamento e orientações.

Outro ponto de destaque são as doenças crônico-degenerativas, que com o maior envelhecimento da população brasileira vem assumindo papel importante. Encontrou-se uma cobertura da unidade em relação ao percentual de hipertensos (70%), devido a população ser predominantemente adulto-jovens, a cobertura é considerada boa. Além das estratégias de grupos de hipertensos ser bastante frequentado e requerido pela comunidade.

Examinando-se os indicadores de qualidade, verifica-se que apesar de a cobertura não ser total, os usuários que são acompanhados possuem um atendimento de qualidade. A estratificação de risco (Framingham) é realizada em todos os usuários com diagnóstico de hipertensão, há pouco atraso nos retornos às consultas devido a facilidade dos agendamentos. Noventa por cento estão com seus exames em dia. Todos os usuários são orientados tanto em consultas como nos grupos de hipertensos sobre atividade física e dieta saudável. A nutricionista do NASF auxilia muito em palestras em grupos, e, em casos selecionados, no atendimento individual. A saúde bucal, entretanto, ainda carece uma maior cobertura nestes usuários (50%).

Percebe-se a importância do tema Hipertensão Arterial, a sua grande prevalência e ser esta grande fator de risco para eventos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, ou seja, contribui para diversos efeitos adversos à saúde e grandes encargos ao Sistema Único de Saúde. Pode-se perceber a pouca relevância que se faz quando o paciente é jovem e não possui fatores de risco. Deve-se modificar esta mentalidade. Ainda é notável que não se esteja preparado para realizar um rastreamento efetivo da pressão arterial devido a não se ter esfigmomanômetros de diferentes larguras e comprimentos adequados para tamanhos diferentes de braços, já que não há comprovação de que os ajustes realizados após a aferição de acordo com a largura e comprimento do braço são efetivas. Portanto, ainda há superestimação e subestimação de algumas aferições.

Faz-se necessário frisar, também, que não é realizada a aferição da pressão arterial em crianças, pois não se possui aparelhos compatíveis para tal, deixando de rastrear e acompanhar grande parcela da população. Verifica-se, diante disto que se faz necessária a aquisição destes aparelhos para um diagnóstico precoce desta patologia, já que é de fácil acompanhamento na atenção primária e não necessita de alto custo para tanto. As ações coletivas na unidade (grupo de hipertensos e consultas para a renovação das receitas) são de grande valor para um bom acompanhamento dos usuários. Os grupos já possuem datas pré-agendadas, porém, os usuários hipertensos que são atendidos para renovação das receitas não saem com a próxima consulta já agendada, isto firmaria um maior vínculo com o paciente e uma maior garantia de acompanhamento do mesmo, fato que precisa ser melhorado.

Apesar de ter-se um grande arsenal de medições anti-hipertensivas na farmácia básica, ainda há grande falta dos mesmos, o que acarreta em muitos momentos a não adesão do paciente por falta de condições para comprar o item faltante, mesmo ele sendo orientado sobre o cadastramento das redes de farmácias populares. O incentivo à atividade física, apesar de ser muito orientado, possui grande dificuldade de execução, apesar da grande importância para a modificação do estilo de vida, e o mesmo ser de fácil acesso a todos.

Verifica-se, no momento, a importância da busca ativa de usuários que não procuram o posto de saúde para realizar a triagem e orientações sobre saúde, pois a cobertura baixa não é devido a falta de registro. Todo ano, há uma feira de saúde na comunidade que faz este rastreamento que, apesar de ser dispendiosa, ela deve ocorrer mais vezes ao ano, pois irá auxiliar a atingir uma parcela maior da população e assim aumentar ainda mais a cobertura.

Como o aumento da obesidade e sobrepeso são considerados uma pandemia, o *diabetes mellitus* também aumentou de forma importante em todas as comunidades. A cobertura da doença na unidade é moderada (65%), demonstrando uma necessidade importante de uma maior busca ativa destes usuários. O que é digno de nota é que apesar de não realizar muitos diagnósticos de diabetes até o momento, há muitos diagnósticos de glicemia alterada ou até uma intolerância à glicose, detalhes que apresentam um prognóstico sombrio para os mesmos, se nada for realizado. Por isto, a estratégia de educação alimentar e física é imprescindível.

Há poucos usuários com consultas atrasadas em mais de sete dias, os exames de controle estão sendo realizados em sua maioria, os usuários possuem informações sobre dieta e atividade física. Tanto nos grupos, quanto em consultas individuais as orientações sobre prevenção, tratamento e acompanhamento são dadas, porém, assim como os hipertensos, os diabéticos também não saem com consulta agendada após a revisão, fato que deve ser revisto, pois isto aumentaria o vínculo e a melhora do acompanhamento desta parcela de usuários.

Ponto que deve ser melhorado, é que muitos dos usuários que participam dos grupos, acabam não realizando a consulta individual, e, portanto, não possuem uma avaliação adequada em relação à sensibilidade e aos pulsos, detalhe muito importante, que deve ser reavaliado e organizado para que esta avaliação ocorra, até porque é um indicador da qualidade do serviço. Todos os pacientes que possuem o diagnóstico de diabetes são estratificados (escores de Framingham), porém metade têm seus pulsos avaliados, pés examinados e testagem da sensibilidade dos pés feita. Para se melhorar a cobertura em relação à DM, deve-se realizar a busca ativa na área delimitada. Deve-se sair da unidade e realizar atividades em estabelecimentos do tipo indústrias, escolas, e áreas comunitárias, pois se acaba diagnosticando apenas os pacientes que buscam o serviço de saúde, deixando de atingir uma grande parcela da população que não faz o rastreamento conforme indicado pelo MS. Outro ponto importante é a dificuldade da realização do fundo de olho anual nos pacientes com diabetes, devido a grande demanda para oftalmologista. Outro dado é a dificuldade em se iniciar insulina, pois todos os pacientes com indicação para tal devem ser encaminhados para endocrinologista, conforme protocolo em nosso município, o que acaba em alguns momentos, retardando a melhora no tratamento destes pacientes e descentralizando o acompanhamento do mesmo, e por esta razão, diminuindo a adesão do mesmo.

Outra população que dever ser encarada como prioridade na atenção básica é o grupo de idosos. O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos, conforme dado retirado do Caderno de Atenção Básica do MS da Saúde da Pessoa Idosa.

Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa demonstram a necessidade de um olhar mais cuidadoso a esta população que está em crescimento importante em nossa sociedade. Não há idosos acompanhados na unidade de saúde que utilizem a caderneta do idoso, referência importante, tanto

para informações para os idosos, quanto a familiares e profissionais da saúde que os acompanham. Porém uma grande parcela destes possui caderneta do grupo de hipertensos ou diabéticos, demonstrando que a atenção maior na unidade é dada às comorbidades do que o próprio processo de envelhecimento. Ponto falho também no atendimento é que a avaliação do mini exame do estado mental é pouco realizado, não chegando aos 10%. A grande maioria dos idosos, que utilizam a unidade, está com seu acompanhamento em dia, inclusive os idosos com difícil acesso por limitações funcionais, através de visitas domiciliares garantindo seu acompanhamento sem maiores atrasos. Oitenta e cinco por cento apresentam hipertensão arterial sistêmica e trinta por cento possuem *diabetes melitus*. Todos os pacientes que são acompanhados em nossa unidade, possuem orientações nutricionais e também sobre atividades físicas, entretanto, esta população, apesar de muitos ainda executarem alguma atividade, são considerados, por definição, sedentários.

Até o momento, esta é uma das áreas que se precisa melhorar na qualidade de atenção. É contraditório ter-se uma alta cobertura e não se estar assistindo de forma adequada os pacientes acima de 60 anos, pois está deixando-se de realizar determinadas intervenções ao se diagnosticar idosos já com a síndrome de fragilidade instalada, e não apenas suas comorbidades, que também podem auxiliar na fragilidade, mas não são o eixo central do problema. Faz-se necessária a utilização da caderneta do idoso, para uma maior comunicação entre familiares e trabalhadores de saúde e para uma maior coordenação do cuidado, evitando o risco maior de iatrogenias, ou polifarmácias, ainda mais comum nesta faixa etária. Outro ponto importante, apesar de não constar nos indicadores, é a avaliação do tipo de suporte que este idoso possui no âmbito familiar, pois isto também influencia na sua funcionalidade. A avaliação da família, dos tipos de dependências interfamiliares também é imprescindível, e neste quesito, o papel das agentes comunitárias é muito importante, pois elas estão mensalmente visitando estas famílias em seu meio.

Mudar a mentalidade de que toda alteração do idoso se deve ao próprio processo de envelhecimento, e que a perda de suas funções também é fato inevitável deve ser repensado: devem-se montar estratégias para tentar prolongar a funcionalidade e independência deste idoso. Fazendo-se necessária uma maior promoção de atividade física para esta população (projeto iniciado em abril com o educador físico), uma maior inserção desta parcela da população na sociedade,

promovendo feiras, encontros, palestras específicas para os mesmos. O objetivo é uma melhora na autonomia, funcionalidade tornando-os menos vulneráveis às doenças e incluídos socialmente.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no grupo de ações programáticas da ação básica em consequência da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. É imprescindível este cuidado com a paciente, as muitas orientações e informações, a manutenção de um bom vínculo, a busca ativa, se necessária, e os agendamentos para não se perder o seguimento.

A grande variabilidade de situações que a unidade atende demanda um aprimoramento no fluxo dos usuários e a capacidade técnica da equipe e também sua sensibilidade. É prioritária, a educação permanente dos profissionais, para poder-se praticar o acolhimento de forma mais efetiva e diminuindo a demanda espontânea (grande sobrecarga de trabalho atual). É imprescindível a implantação de prontuários eletrônicos para integral acompanhamento dos pacientes e melhoramento da referência e contra referência no município. Também se faz importante a instituição de protocolos para o atendimento e também de encaminhamentos para as unidades para um tratamento mais uniforme em nossa região.

É importante mudar a mentalidade dos gestores para que os profissionais não apenas realizem as atividades na unidade, mas também a atualização e educação dos mesmos, para colher frutos não de modo momentâneo, mas sim para a posteridade. Problema importante é a questão do vínculo e longitudinalidade dos pacientes, pois a maioria dos médicos que atuam no SUS, acabam trabalhando por no máximo dois anos nas unidades (PROVAB, Mais Médicos), o que perde um grande e importante princípio do Sistema Único de Saúde, queixa comum dos usuários. Entretanto, é uma problemática difícil de ser enfrentada devido à falta de incentivo financeiro e também a falta de plano de carreira para os mesmos.

Já não é de hoje que se conhece que uma boa orientação e educação fazem a diferença em relação à prevenção e aos cuidados em saúde. Tanto, que o surgimento do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na década de 50 ocorreram após o desmembramento do Ministério da Saúde e da Educação. Inicialmente objetivando a medicalização, e, após o surgimento em 2006 do PNPS,

(Política Nacional de Promoção à Saúde) retoma o debate com os cuidados em saúde relativos a uma vida mais saudável, com uma abordagem mais preventiva.

Ainda há muitos ajustes para serem feitos, mas acredito que se está no caminho certo. Assim como se sabe os nossos direitos e deveres como profissionais da saúde, também se deve saber cobrar e orientar a comunidade e os gestores dos seus. Um engajamento de gestores, profissionais da saúde e usuários em defesa de um SUS melhor. É notável a vontade de melhorias, há necessidade de mais orientações e medidas preventivas. Para tanto, faz-se necessário permanecer orientando e educando a população, e cobrando participação ativa da mesma assim como nosso e dos gestores. Pode-se verificar que apesar da pouca infraestrutura, há profissionais que gostam do que fazem e desejam a melhoria na saúde da população onde se trabalha. Isto demonstra que é possível sim, apesar das carências e adversidades, realizar um bom acolhimento à população, e proporcionar melhorias significativas à mesma.

1.3 Comentário Comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Realizando a análise comparativa entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional pode-se perceber que o primeiro demonstra as primeiras impressões relativas à ambientação do local de trabalho, onde foi avaliada principalmente a estrutura física, ou seja, a primeira impressão do local onde fui inserida, que como enaltecido carece de melhorias estruturais e foi avaliada superficialmente a dinâmica de trabalho da unidade.

Entretanto, após algumas semanas de trabalho na unidade e conhecendo o material humano que lá desempenha as atividades percebe-se que apesar das poucas condições estruturais, há grande empenho e engajamento da equipe para exercer um bom trabalho e atendimento dos usuários. Foi avaliado, portanto na análise situacional, não somente a estrutura que já se constatou em texto anterior necessitar de melhorias, mas se demonstrou a relação da estrutura com o trabalho desempenhado e o grande potencial que a equipe possui para melhorar a atenção à saúde desta comunidade. Demonstrou que apesar de estrutura precária há intenso cuidado com os usuários em todas as áreas da atenção básica, sendo um exemplo

de que muito se pode realizar se existir engajamento tanto da equipe de saúde assim como da comunidade adscrita apesar das adversidades.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2013, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 580 mil casos novos de câncer do colo do útero. No Brasil, para o ano de 2014, são estimados 57.000 casos novos de câncer de mama feminino e 18.500 casos novos de câncer do colo do útero, conforme cita o Instituto Nacional do Câncer de 2013 e OMS.

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. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Pedreira é uma unidade localizada na periferia da cidade, com uma população adscrita de 3.613 habitantes. A equipe é completa (uma médica, uma enfermeira e duas técnicas em enfermagem e seis agentes de saúde). Há uma médica cubana, do programa “Mais Médicos”, e o objetivo dos gestores para o próximo ano é aumentar a área de abrangência, e tornar esta ESF única em duas unidades. A população adscrita é de maioria adultos-jovens com um poder aquisitivo baixo. Há uma grande população de mulheres em

idade reprodutiva (58% da população feminina se encontra na faixa etária dos 15 aos 50 anos) e crianças com uma população de idosos pequena.

Nota-se que há um super-rastreamento de algumas pacientes e muitas com exames em atraso para os rastreamentos de câncer de colo de útero e de mama, demonstrando a ausência de um fluxograma e orientação das pacientes, e de um protocolo no atendimento. Há muitas pacientes fora da faixa etária orientada, tanto pelo MS de 2013, que orienta o rastreamento a partir dos 25 anos, quanto por Fernando Freitas (2011), que realiza o rastreamento a partir dos 21 anos ou 3 anos após a sexarca. Apesar de muitas usuárias não possuírem indicação para o rastreio, a sua execução acarreta custos ao sistema desnecessários.

Portanto, a população alvo da intervenção caracteriza-se por mulheres dos 25 aos 69 anos da área que abrange a unidade, totalizando em torno de 810 mulheres para serem analisadas. Destas, a cobertura para o Câncer de Colo de Útero fica 68% e para o Câncer de Mama, 86%. Demonstra-se a necessidade de uma intervenção eficiente no rastreamento do Câncer de Colo de Útero para evitar um prognóstico sombrio no futuro reprodutivo das mesmas e também as consequências psicológicas e custos elevados ao sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessária a busca ativa das mesmas com o objetivo de elevar a cobertura e também garantir a adesão e seguimento das mesmas.

Não há ainda na unidade grupos relacionados à saúde da mulher, e juntamente a esta busca tem-se por objetivo a educação em saúde das mesmas também com o intuito de melhorar orientações relativas a doenças sexualmente transmissíveis, muito comuns também nesta comunidade. Até o momento, há apenas a orientação das pacientes para realização dos exames durante a visita da agente de saúde e em consultas médicas e de enfermagem, há a coleta de citopatológicos de colo de útero e solicitação de mamografias, e exame físico das mesmas, porém não há protocolos de estratificação de riscos das pacientes e nem mesmo um protocolo definitivo de seguimento das pacientes e nem mesmo um formulário de dados específico para acompanhamentos e dados completos.

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. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer.

Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto as ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. Espera-se que se possa contribuir no processo de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica, ampliando a sua capacidade para atuar sobre essa frequente condição de saúde da população feminina de forma efetiva e racional.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à prevenção do câncer de colo de útero e de mama na Estratégia de Saúde da Família Pedreira, em Santa Cruz do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.

Objetivo 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.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

2.2.3 Metas

- 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 80%.
- Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 90%.
- 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.
- Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 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 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

2.3.1 Ações (incluindo detalhamento)

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.

Meta 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce de câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade de 68% para 80% e a cobertura de rastreamento de câncer de mama da faixa etária de 50 aos 69 anos de idade de 86% para 90%.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).
- Monitorar a cobertura de rastreamento do câncer de mama da faixa etária dos 50 aos 69 anos periodicamente (trimestralmente).

Detalhamento: através de controle do registro das pacientes, haverá a organização das próximas datas de realização dos exames das usuárias desta faixa etária, distribuídas em microáreas da unidade adscrita. Este controle estará aos cuidados da enfermagem, onde serão repassados às respectivas agentes de saúde para busca ativa das mesmas. O registro deve estar sempre atualizado para tanto, e a revisão se dará nos períodos de reunião de equipe. Através da ficha-espelho e controle em planilha de coleta de dados no computador a enfermeira da equipe ficou designada para realizar este controle.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Acolher 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).

Detalhamento: Por meio do acolhimento e também de consultas agendadas todas as pacientes serão avaliadas com uma escuta qualificada e orientadas conforme a necessidade e de acordo com o fluxograma criado para a unidade para o acompanhamento destas pacientes.

- Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos para o rastreamento de câncer de mama.

Detalhamento: Por meio do acolhimento e também de consultas agendadas todas as pacientes serão avaliadas com uma escuta qualificada e orientadas conforme a necessidade e de acordo com o fluxograma criado para a unidade para o acompanhamento destas pacientes e realização dos exames.

- Cadastrar todas as mulheres de 25 e 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Com o auxílio das agentes comunitárias e também por pesquisa dos prontuários, todas as mulheres serão cadastradas desta faixa etária.

- Cadastrar todas as mulheres de 50 e 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Com o auxílio das agentes comunitárias e também por pesquisa dos prontuários, todas as mulheres serão cadastradas desta faixa etária.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Detalhamento: Por meio de cartazes na comunidade e no posto de saúde, e aproveitando os grupos já formados de pré-natal, puerpério, hipertensão e diabéticos dentro dos mesmos, realizar orientações breves sobre o período de realização dos exames, a sua importância e como realizá-los e como agendar sua avaliação. Por meio das agentes de saúde, que também terão o papel de orientadoras para a realização dos exames e sua periodicidade, assim como as orientações em consultas por outras causas por qualquer membro da unidade.

- Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino. Assim como esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento: Por meio de cartazes na comunidade e no posto de saúde, e aproveitando os grupos já formados de pré-natal, puerpério, hipertensão e diabéticos dentro dos mesmos, realizar orientações breves sobre o período de realização dos exames, a sua importância e como realizá-los e como agendar sua avaliação. Por meio das agentes de saúde, que também terão o papel de orientadoras para a

realização dos exames e sua periodicidade, assim como as orientações em consultas por outras causas por qualquer membro da unidade.

- Esclarecer sobre a importância de realização do auto-exame de mamas e a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama e como realizá-lo.

Detalhamento: Por meio de cartazes na comunidade e no posto de saúde, e aproveitando os grupos já formados de pré-natal, puerpério, hipertensão e diabéticos dentro dos mesmos, realizar orientações breves sobre o período de realização dos exames, a sua importância e como realizá-los e como agendar sua avaliação. Por meio das agentes de saúde, que também terão o papel de orientadoras para a realização dos exames e sua periodicidade, assim como as orientações em consultas por outras causas por qualquer membro da unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Detalhamento: A capacitação sobre o acolhimento das mulheres se dará em reuniões de equipe, onde cada membro da equipe, dentro de sua governabilidade, auxiliará na escuta qualificada e orientação desta paciente.

- Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade.
- Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos.

Detalhamento: A capacitação das agentes de saúde será em reunião de equipe específica para as mesmas onde será apresentado o protocolo e a faixa etária que as mesmas devem realizar a busca ativa e cadastramento.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero.

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero e também da mamografia e o

exame clínico das mamas conforme protocolo do MS. Esta capacitação deverá ser realizada durante as reuniões de equipe.

Objetivo 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.

Meta 2: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

Detalhamento: assim como no controle do registro sobre pacientes com os exames de rastreamento em dia, a cada recebimento dos exames, os mesmos serão registrados em protocolo da unidade específico, e todos serão contabilizados mensalmente sobre as amostras insatisfatórias, fazendo-se então a análise da qualidade de execução do rastreamento na unidade. Através de registro e monitoramento no ato do recebimento dos laudos dos exames serão verificadas a sua adequabilidade e a mesma contabilizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames.

Detalhamento: através de livro registro e a ficha-espelho os resultados dos exames serão arquivados. Será realizado protocolo de preenchimento de formulário específico para o controle do rastreamento do câncer de colo de útero e câncer de mama. Melhorando assim o registro na unidade relativo a este tema.

- Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Detalhamento: A enfermeira da unidade fará o monitoramento da adequabilidade das amostras.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados.

Detalhamento: em reuniões de equipe e em reuniões de grupos já formados na unidade, os usuários serão orientados sobre a qualidade e a cobertura e a importância sobre os temas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: em reunião de equipe a atualização será realizada mediante protocolo do MS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia.

Metas 3:

- Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Ações :

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Através de controle do registro das pacientes, haverá a organização das próximas datas de realização dos exames das pacientes desta faixa etária, distribuídas em micro áreas da unidade adscrita. Este controle estará aos cuidados da enfermagem, onde serão repassados às respectivas agentes de saúde para busca ativa das mesmas. O registro deve estar sempre atualizado para tanto, e a revisão se dará nos períodos de reunião de equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero.

Detalhamento: Através do acolhimento e escuta e orientação qualificada a paciente pode ser orientada sobre o resultado de seu exame.

- Acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero.

Detalhamento: Através do acolhimento e escuta e orientação qualificada ou em consulta programada a paciente pode ser orientada sobre o resultado de seu exame.

- Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Detalhamento: Através do monitoramento e cadastramento das pacientes, as pacientes faltosas vão sendo detectadas e através das agentes de saúde serão resgatadas e convidadas ao retorno a unidade para seguimento.

- Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

Detalhamento: Tanto a agenda médica quanto da enfermagem há dois horários por turno para suprir a demanda das mulheres provenientes das buscas.

- Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Detalhamento: A enfermeira da unidade é a responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero.

- Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia.

Detalhamento: Através do acolhimento e escuta e orientação qualificada a paciente pode ser orientada sobre o resultado de seu exame.

- Acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde entregar mamografia.

Detalhamento: Através do acolhimento e escuta e orientação qualificada ou em consulta programada a paciente pode ser orientada sobre o resultado de seu exame e a entrega do mesmo.

- Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama.

Detalhamento: A enfermeira e a médica da unidade são as responsáveis para a leitura dos resultados dos exames de mamografia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama e do acompanhamento regular.

Detalhamento: Através dos grupos, cartazes e “salas de espera” e com o auxílio das agentes de saúde e em reunião de comunidade a comunidade será informada sobre a importância dos exames e sobre o acompanhamento.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas).

Detalhamento: Em reunião de comunidade, agendada para 13 de agosto de 2014 haverá discussão com a população relativa aos agendamentos e busca de pacientes faltosas.

- Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

Detalhamento: Através dos grupos, cartazes e “salas de espera” e com o auxílio das agentes de saúde e em reunião de comunidade a comunidade será informada sobre a importância dos exames e sobre o acompanhamento além da informação das pacientes nas consultas.

- Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Através dos grupos, cartazes e “salas de espera” e em reunião de comunidade a população haverá o compartilhamento das condutas para exercer controle social.

- Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia.

Detalhamento: Durante as consultas, após os grupos e também na reunião de comunidade e com o auxílio das agentes de saúde, as pacientes serão informadas sobre o tempo de espera dos exames.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

Detalhamento: O protocolo técnico utilizado é principalmente o do MS (BRASIL, 2013) e o mesmo encontra-se disponível na unidade em livro texto e também cópia salva no computador.

- Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas.

Detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero e também da mamografia e o exame clínico das mamas conforme protocolo do MS. Esta capacitação deverá ser realizada durante as reuniões de equipe.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

Detalhamento: Durante duas semanas de reunião de equipe, os membros desta serão capacitados tanto no acolhimento das pacientes que buscam realizar os exames, quanto as que buscam os resultados do mesmo, além da orientação completa do público-alvo e periodicidade dos exames.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino e da mamografia.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada nas reuniões de equipe para o monitoramento dos resultados dos exames, principalmente a parte médica e enfermagem.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas 4:

- 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 cadastro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento dos registros são semanais e realizados pela enfermeira da unidade e, se a mesma estiver ausente, caberá aos técnicos de enfermagem ficar designados para esta ação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria.

Detalhamento: As informações atualizadas serão em uma ficha espelho na unidade e também em documento salvo no computador.

- Implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Utilizar-se-á de ficha registro própria para acompanhamento e também planilha no computador para tal função.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Todos os membros da equipe estão cientes da forma de registro na unidade, o preenchimento das fichas e tabela no computador, entretanto, esta tarefa ficará ao encargo principalmente da médica e da enfermeira.

- Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Detalhamento: A enfermeira da unidade será a responsável pelo monitoramento do registro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- 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.

Detalhamento: Durante acolhimento ou consulta as pacientes são informadas sobre manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações.

Detalhamento: O treinamento para o registro adequado das informações e de forma igual por todos os membros da equipe será realizado em reunião de equipe.

Objetivo 5: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Metas 5:

- 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.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento se dará semanalmente através da verificação do preenchimento das fichas espelho que se encontrarão na unidade. Haverá um protocolo e ficha das pacientes para a avaliação do risco destas patologias e o controle dos exames neste mesmo material, que será anexado ao prontuário e haverá outra ficha espelho controle de posse na unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Através do protocolo e pela estratificação de risco, as mulheres serão organizadas para um acompanhamento diferenciado das demais.

- Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Após estratificação as pacientes que apresentam um risco mais elevado de câncer de colo de útero e de mama serão acompanhadas de forma mais frequente que as demais e o aconselhamento também será realizado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Durante consultas, atividades de grupo e reunião de comunidade as mulheres serão esclarecidas sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

- Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento: Juntamente com a equipe será realizada forte campanha de orientação sobre os fatores de risco que podem ser modificáveis e diminuir a incidência de câncer de colo de útero e mama como, por exemplo, tabagismo, relação sexual desprotegida, alimentação rica em gordura.

- Ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Durante grupos, “sala de espera”, atendimentos individuais e orientação breve em reunião de comunidade, a população será orientada e alertada sobre os sinais precoces para câncer de colo de útero e mama.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Capacitação ocorrerá em duas reuniões de equipe e a mesma seguirá o protocolo do MS (BRASIL, 2013) cada membro da equipe dentro de sua governabilidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento: Capacitação ocorrerá em duas reuniões de equipe e a mesma seguirá o protocolo do MS (BRASIL, 2013).

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Meta 6:

- 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.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Detalhamento: Assim como são monitorados os números de exames, número de participantes dos grupos, o membro da equipe que será responsável pela orientação do dia fará o monitoramento do número de mulheres que receberam orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Detalhamento: Assim como já acontece, a distribuição de preservativo ocorre todos os dias na unidade de saúde e sempre é abastecida pela secretaria de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Incentivar na comunidade para: o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Por meio de cartazes, orientações breves na reunião de comunidade e durante consultas a população será orientada sobre hábitos saudáveis de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe, os membros desta serão capacitados para orientação da prevenção de DST e combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, através dos dados fornecidos pelo MS (BRASIL, 2013) e também pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012).

2.3.2 Indicadores

Indicador 1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

Indicador 4: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: 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.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

Indicador 5: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Indicador 6: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Indicador 7: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

Indicador 8: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Indicador 9: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

2.3.3 Logística

Para desenvolver a intervenção nos rastreamentos do câncer de colo de útero e câncer de mama, o caderno de Atenção Básica de Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama (BRASIL, 2013) e o Manual do INCA (2012) serão utilizados como guia e para a constituição do protocolo.

O serviço não dispõe de registro específico para esta ação, portanto, antes do início da mesma, será impressa a ficha-espelho disponibilizada pelo curso que será anexada em cada prontuário de paciente da faixa etária que abrange a intervenção, além de uma ficha espelho que ficará na unidade e que servirá de controle para a busca ativa das pacientes e seu registro. Como a unidade ainda não é informatizada, esses registros serão em folhas e um livro de registros na unidade.

Serão revisados os prontuários de todas as pacientes desta faixa etária (tarefa já iniciada) e as anotações pertinentes já colocadas na folha do prontuário, página inicial, e no livro registro de controle da unidade. Nesta ficha-espelho da usuária, contempla a data do último exame, suas características, fatores de risco, se houve encaminhamento, quando será o novo acompanhamento para este fim e se

houve alguma alteração no exame físico. Já dispomos de papeis para impressão das fichas que serão anexadas no prontuário e também do livro-registro.

Como a intenção é de atingir em torno de 83 pacientes para o câncer de colo de útero e mais 20 pacientes para o câncer de mama, serão impressos no mínimo umas 100 folhas para registro de prontuário. Entretanto, a idéia, é que todas as usuárias no decorrer do tempo, possuam esta ficha registro em seu prontuário e também no livro da unidade.

Para organizar o registro, com o auxílio da enfermeira, e das técnicas em enfermagem serão revisados os registros dos exames realizados nos 3 últimos meses e após, de acordo com o registro de pacientes que possuímos em nossa unidade, serão revisados os outros prontuários de cada micro-área da faixa etária da intervenção e as informações registradas na ficha do prontuário e livro-registro para, então já organizar as buscas ativas de cada mês e já orientar as agentes de saúde para avisar as pacientes sobre os exames em atraso e posterior agendamento das mesmas. Estas revisões serão realizadas em cada turno de trabalho, pelo menos 30 minutos, para conseguir revisar todas as pacientes.

Para a educação, treinamento e capacitação das agentes de saúde e também da equipe da unidade, durante as próximas duas reuniões de equipe serão orientadas sobre os protocolos que serão adotados e como orientar as pacientes. Em relação às orientações da comunidade, durante todos os grupos, o responsável pelo mesmo, aproveitará 15 minutos dos mesmos para orientações breves sobre os temas. Será necessária a solicitação de material para confecção de material para cartazes para orientação da comunidade na unidade e em pontos importantes da comunidade. Já foi agendada reunião de comunidade para o próximo mês, que será momento oportuno para a orientação da comunidade acerca do tema.

As pacientes faltosas ou que perderam o seguimento após a referência, após o controle que será efetuado pela enfermeira da equipe semanalmente, será orientada pela agente de saúde que irá realizar a busca ativa da mesma para seu agendamento. Serão realizadas visitas domiciliares para orientações e retorno das pacientes para a unidade.

As usuárias serão estratificadas pelo seu risco e orientadas sobre a periodicidade de seu acompanhamento, tanto em consultas como na visita da agente de saúde. As orientações sobre hábitos de vida saudável, uso de

uterino na Unidade de Saúde (demanda induzida e espontânea) e de 50 a 69 anos para câncer de mama.												
Atendimento médico (agendamento e acolhimento) para avaliação de risco, orientações, exame físico, coleta de citopatológico de colo de útero e solicitação de exames complementares. Preenchimento da ficha espelho.												
Atendimento de enfermagem (agendamento e acolhimento) para avaliação de risco, orientações, coleta de citopatológico de colo de útero e solicitação de mamografia com o preenchimento da ficha espelho.												
Monitoramento da intervenção (a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres de 25 a 64 anos periodicamente e de câncer de mama entre 50 a 69 anos, sua qualidade e adequabilidade dos exames e orientações sobre fatores de risco).												

<p>Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino e da mamografia para a faixa etária preconizada, sua periodicidade e fatores de risco.</p>												
<p>Preenchimento da planilha de coleta de dados pela médica.</p>												
<p>Busca ativa pelas agentes de saúde e organização destas para pacientes faltosas.</p>												
<p>Realização de grupo de ação em saúde, sala de espera para incentivar o uso de preservativos (garantir a distribuição mediante à gestão); a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular, e hábitos alimentares saudáveis.</p>												

3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

O rastreamento do câncer de colo de útero e de câncer de mama constitui prioridades na atenção básica de saúde devido ao seu alto índice de morbimortalidade. Satisfação é a palavra que define a execução e fechamento, pelo menos dos dados para o projeto, desta intervenção. Para que esta se concretizasse, foram necessárias reuniões de equipe – ação prevista no projeto inicial - para apresentação do protocolo e estratégias de ação, engajamento da equipe de saúde em geral para orientações aos usuários. Este engajamento foi sendo adquirido aos poucos por todos os integrantes da equipe. A organização saiu como planejada no cronograma, com algumas pequenas adaptações, devido a constante demanda de nossa unidade. Gerou ansiedade inicial na equipe pela preocupação em relação ao aumento da burocracia e atividade mais trabalhosa.

Desde o início das atividades, tentou-se estabelecer orientações em sala de espera e nos grupos desenvolvidos em nossa unidade (hipertensos e diabéticos, puericultura, pré-natal e grupos de caminhadas) que mostrou ser uma manobra efetiva para adesão de pacientes. Porém, verificou-se que a orientação de maior impacto de retorno de pacientes é a orientação individual desempenhada principalmente pelas agentes de saúde e pelos trabalhadores da unidade durante os atendimentos. As atividades de orientações em grupo e individuais foram cumpridas integralmente e o esclarecimento à comunidade sobre o projeto e sua importância além de seus resultados até o momento foram executados totalmente.

Foram realizadas, desde o início do projeto, agendamentos, demanda espontânea e orientações em sala de espera, reunião de comunidade e nos grupos sobre a intervenção. Foram realizados três atendimentos noturnos, uma reunião de comunidade e os grupos foram todos realizados e agregando a intervenção aos mesmos.

Conseguiu-se realizar o cadastramento de todas as mulheres na faixa etária preconizada para a intervenção, fornecendo um mapeamento fidedigno e diagnóstico preciso da situação. Houve constante monitoramento do retorno das avaliações, adequabilidade das amostras e orientações das pacientes sobre os mesmos.

O acesso foi facilitado de forma integral com a utilização de agendamentos, acolhimentos e coordenação do cuidado em especial às pacientes que necessitavam de uma avaliação de nível secundário ou terciário.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Não houve tarefas previstas no projeto que não foram executadas. Houve dificuldades iniciais devido à demora em alguns atendimentos, pois o projeto ocorreu concomitantemente à informatização da unidade, o que gerou certo descontentamento na população de usuários. Entretanto, com o decorrer de nossas práticas a fluidez foi maior e com menos obstáculos, e o que era um empecilho, tornou-se ferramenta de auxílio para acompanhamento dos pacientes.

Como desenvolvemos atividades em todas as áreas de abrangência da saúde populacional – pediatria, saúde do idoso, saúde do trabalhador, pré-natal, etc - a intervenção por momentos ficou secundária, pois havia muita burocracia, atrasos nas consultas, alimentação do sistema e algumas emergências. Mas esses percalços fazem parte de todo atendimento em saúde. Em relação ao projeto, pode-se perceber uma importante aceitação da comunidade, e a satisfação da mesma em saber que estamos trabalhando para melhorar a saúde desta população.

Em nenhum momento faltou materiais para as coletas de exames, entretanto, ainda há grandes dificuldades quando se necessita de exames complementares como a ecografia mamária, apesar de se ter tido reunião com a gestão em relação a isto e a mesma havia confirmado que iria auxiliar em relação a esta demanda. Porém, nos demais quesitos, temos total suporte da gestão e uma ótima relação com o sistema secundário quando o mesmo se faz necessário.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Houve dificuldade inicial relativa aos preenchimentos principalmente das planilhas de coletas de dados, da forma como a mesma deveria ser completada. Porém, após inúmeros feedbacks da orientação, pode-se concluir o preenchimento com êxito. Ainda há alguns dados em aberto até o fechamento da presente data devido ao atraso de entrega de alguns resultados de exames, principalmente, citopatológicos de colo de útero.

Nos demais dados, o preenchimento de fichas espelhos e prontuários não houve dificuldade e os mesmos ficaram completos e adequados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

As dificuldades iniciais foram relativas a inserir a intervenção nas atividades normais de nossa unidade. Um maior cansaço e apreensão devido a maior burocracia, porém, com o tempo tudo tornou-se natural e automático. Em inúmeras situações a percepção da satisfação das pacientes e a felicidade de sentirem-se cuidadas, em saber que nos importamos com a saúde da comunidade foi constatada. Por outro lado, ainda se percebe alguns obstáculos muitas vezes difíceis de transpor: a barreira das crenças, que muitas vezes dificulta a realização de alguns exames em determinados pacientes e menor aceitação da intervenção, porém são minoria. Porém, faz-se necessário respeitar.

Avaliando os indicadores e fechando o terceiro mês da intervenção, é notável o grande aumento da cobertura: de 9,6% com exame em dia para o rastreamento do câncer de colo de útero no segundo mês, para 42,3% no terceiro, e de 14% no rastreamento do câncer de mama no segundo mês para 46% no terceiro. Ainda número pequeno para o objetivo, mas de grande impacto, pois todos estes dados agora estão completos e com a certeza de que todos estes foram bem orientados. Os resultados ainda incompletos são devidos a demora do retorno das coletas, em torno de um mês e meio para citopatológico de colo de útero e um mês a dois meses

para a mamografia dependente da organização da paciente para a realização e agendamento da mamografia.

Um dos pontos de destaque refere-se à qualidade da avaliação do risco de câncer e sinais de alerta, chegando a cem por cento das pacientes avaliadas, alcançando de forma integral um dos objetivos que era a melhora na coleta de informações e avaliações e orientação das pacientes em relação a doenças sexualmente transmissíveis. Antes de iniciar propriamente o projeto, pode-se verificar de que muitas pacientes possuíam os exames em dia, porém, não havia um registro adequado dos mesmos e nem sobre as orientações e avaliações de risco.

Uma mudança de postura geral da equipe em relação à pró-atividade é percebida. No transcorrer do projeto, as orientações, os preenchimentos de fichas espelhos e a da rotina do cronograma foram se tornando naturais, e sem grandes dificuldades e a ação tornou-se parte integrante da rotina da unidade. Apesar de a análise da intervenção terminar nesta data, pelo menos até a minha estadia final na unidade, sei que a intervenção continuará.

Sigo afirmando que a longitudinalidade em saúde pública é essencial e por esta razão não concordo em contratos de um ano, porém, também sei das dificuldades de contratações e por enquanto esta é a alternativa que melhora de certa forma a saúde de comunidades menos favorecidas. Saber se organizar com as adversidades e obstáculos faz parte do aprendizado e da dinâmica do trabalho em saúde pública. Apesar de não alcançar a cobertura pretendida estou satisfeita com os resultados obtidos, não apenas nos números, mas principalmente na forma de organização de nosso trabalho, realmente um trabalho em equipe. Se prosseguirmos na intervenção, que é algo que irá acontecer, provavelmente alcançaremos a meta em período próximo. Enfim, segue-se a busca para melhorar a qualidade e aumentar o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Objetivo: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama.

Meta: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 90%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

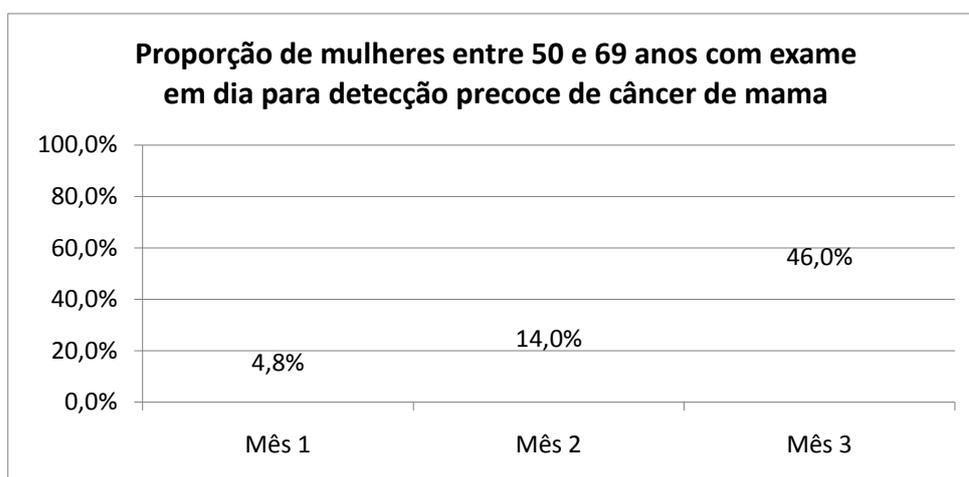


Figura 1 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama. ESF Pedreira, Santa Cruz do Sul.

A cobertura para rastreamento ao final do terceiro mês de intervenção para câncer de mama atingiu 43 usuárias (46%). No primeiro mês alcançou 4,8% (10 usuárias) e no segundo mês 16 usuárias (14%).

Pequena parcela de usuárias (2 mulheres) das usuárias que não foram alcançadas pela intervenção fazem a avaliação ginecológica e mamográfica em outros serviços. Relativo às mamografias, há 250 mulheres na faixa etária para o rastreamento. Destas, 215 possuíam o exame em dia. Durante as doze semanas de intervenção, conseguiu-se realizar 43 novas solicitações de mamografia, aumentando e muito a cobertura para esta ação.

Esta cobertura representou um incremento importante para o rastreamento de câncer de mama. Ressalta-se que, todavia, não se alcançou a meta almejada. Entretanto, acredito que em números absolutos, em relação à comunidade adscrita, houve importante alcance desta intervenção, pois importante parcela das usuárias registradas estava com seu exame em atraso.

É importante também frisar que por motivo de haver outros indicadores, como, por exemplo, da melhora no preenchimento da ficha espelho e orientações e avaliações de risco, algumas usuárias que já possuíam exames em dia, mas que ainda não haviam recebido as orientações e avaliações de risco por intermédio da intervenção também foram inseridas no gráfico.

Objetivo: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero.

Meta: 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 80%.

Indicador: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

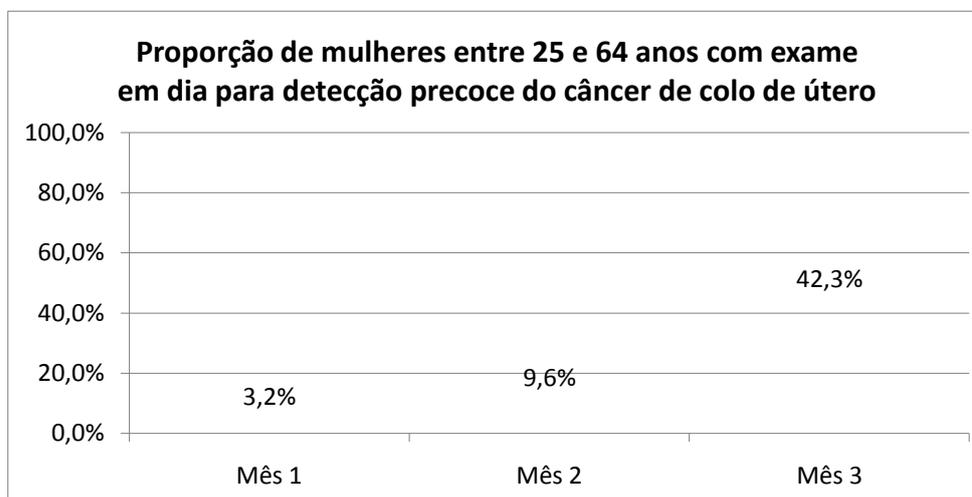


Figura 2 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero. ESF Pedreira, Santa Cruz do Sul.

Ao final do projeto, a cobertura de rastreamento para câncer de colo de útero em doze semanas foi de 117 usuárias (42,3%). No primeiro mês de 3,2% (29 usuárias), e no segundo mês de 27 usuárias (9,6%). Portanto, possuía 710 usuárias na faixa etária de rastreamento para câncer de colo de útero. Destas, 485 estavam

com o exame em dia, porém muitas sem o preenchimento das orientações, da qualidade da amostra e da ficha espelho. Houve, portanto, um total de 117 coletas de exame citopatológico de colo de útero das 225 que deveriam ser realizadas a busca. Uma certa parcela das usuárias (43 usuárias) destas não alcançadas pela intervenção fazem a avaliação ginecológica em outros serviços, mas é sabido que este número ainda pode ser melhorado, com o seguimento da intervenção.

Ocorreu um grande incremento de usuárias no último mês demonstrando a importante evolução de engajamento da unidade e também na melhora do preenchimento das ações.

Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Meta: Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

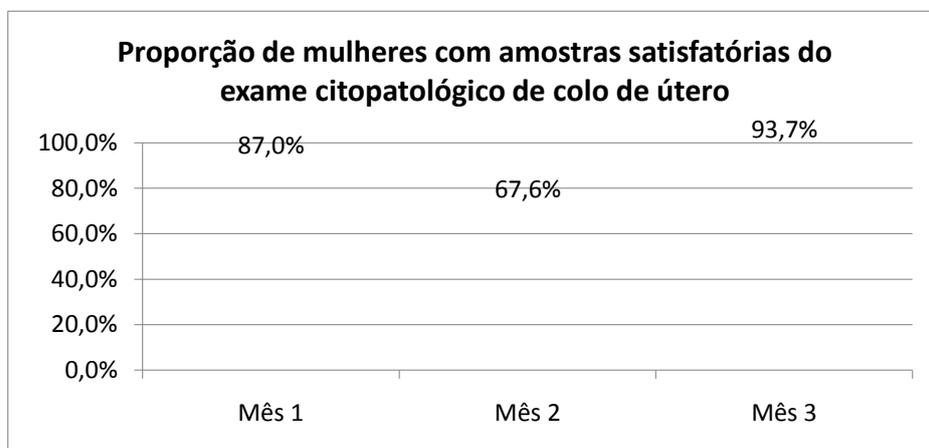


Figura 3 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero. ESF. Pedreira, Santa Cruz do Sul.

Em relação ao número de mulheres com amostras satisfatórias até o fechamento desta avaliação possuímos 87% no primeiro mês, 67,6% no segundo mês e 93,7% no terceiro mês. Estes resultados ainda estão inacabados, pois ainda faltam alguns exames realizados retornarem à unidade para terminar o preenchimento da tabela e fichas espelhos. Portanto, o que se pode afirmar até o

momento, é que todos os exames que já retornaram à unidade estão com as amostras satisfatórias.

O que se pode averiguar também é que até o início desta intervenção, a avaliação deste dado não existia na unidade, portanto o índice anterior à intervenção era inexistente, uma melhora substancial neste registro.

Objetivo: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia.

Meta: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Meta: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Nenhuma usuária deixou de retornar para orientações de seus exames, isso se deve a todos serem entregues em nossa unidade, avaliados na mesma e após encaminhados à paciente que é chamada pela agente de saúde para a retirada do mesmo e orientações. Portanto, nenhuma das usuárias deixou de retornar à unidade para a avaliação dos exames, e por esta razão em nenhuma delas foi realizada a busca ativa.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Meta: Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

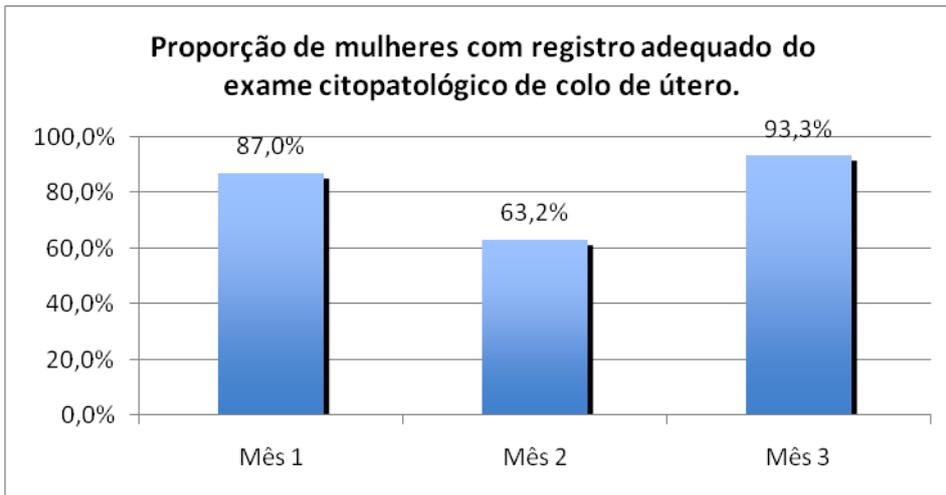


Figura 4 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero. ESF. Pedreira, Santa Cruz do Sul.

Em relação ao câncer de colo de útero, houve registro adequado das 93,3% das usuárias avaliadas até o terceiro mês da intervenção. Isto se deve a ainda possuir alguns exames não prontos até o fechamento desta semana. O registro adequado no primeiro mês foi de 87% e no segundo de 63,2%.

Objetivo: Melhorar o registro das informações.

Meta: Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

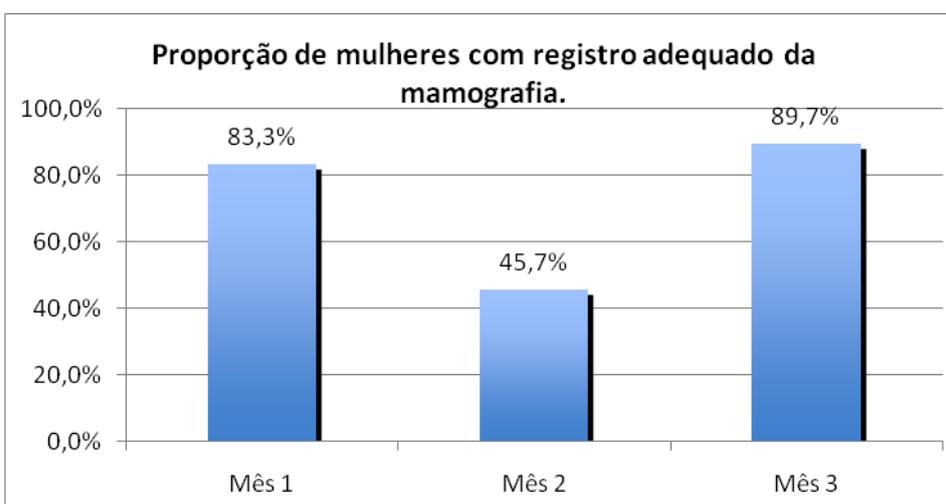


Figura 5 – Evolução mensal do indicador proporção de mulheres com registro adequado da mamografia. ESF. Pedreira, Santa Cruz do Sul.

Em relação ao rastreamento de câncer de mama, o registro adequado está em 89,7% no terceiro mês da intervenção. Isto deve-se, pelo mesmo motivo anteriormente explanado, de ainda não possuir o retorno de todos os exames, devido ao pequeno espaço de tempo desenvolvido entre a análise dos resultados e da solicitação dos exames. No primeiro mês o registro adequado foi de 83,3% e no segundo mês 45,7%.

Objetivo: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Meta: 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).

Indicador: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Meta: Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Indicador: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Um dos pontos de maior destaque em relação aos resultados é exatamente a qualidade das ações sobre avaliação de riscos: todas as usuárias registradas, ou seja 100% destas foram avaliadas para sinais de alerta na intervenção. Não havia registro destes dados antes da intervenção, um pilar importante de indicador de melhora no atendimento à usuária.

Objetivo: Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Meta: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Meta: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Indicador: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Todas as usuárias registradas, ou seja, 100% delas receberam orientações sobre DSTs e sobre fatores de risco para desenvolver as doenças câncer de mama e câncer de colo de útero, ponto imprescindível para auxiliar na prevenção destas patologias.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade de saúde, melhorou de forma considerável a cobertura do rastreamento para câncer de colo de útero e câncer de mama. As melhorias nos registros também se alteraram de forma importante. Entretanto ponto importante foi o salto de qualidade no serviço oferecido, prestando informações pertinentes às usuárias, avaliando melhor os fatores de riscos e sinais de alerta para as patologias.

A atualização frequente da equipe foi um ponto importante da intervenção para a equipe de saúde. Utilizar o protocolo do Ministério da Saúde para estas intervenções foram imprescindíveis para tal. Houve grande intercâmbio de conhecimentos entre os trabalhadores da unidade e os laços entre a equipe também se aprimoraram. Notou-se uma maior pro-atividade de toda a equipe o que gerou bons resultados para a ação.

Diariamente, os técnicos em enfermagem realizam orientações em sala de espera e nos atendimento individuais, orientam sobre rastreamento e exames e encaminham para a enfermeira ou médica para orientações mais específicas e detalhamento do registro dos exames.

A enfermeira, juntamente com a acadêmica em enfermagem, realiza todos os dias avaliações de usuárias e orientam as mesmas do retorno, as acolhem, e também participam das atividades de grupos, salas de espera.

Assim como a enfermeira, eu realizo avaliações das usuárias, solicito exames quando há indicação dos mesmos e também auxilio nos registros e fichas espelhos.

As agentes de saúde são elementos importantes para realizar o elo de ligação entre a unidade e a comunidade. Realizando busca ativa das pacientes e orientando sobre a intervenção.

Todo este engajamento geral deu força para tentar utilizar este projeto como base para outros, tentando-se, com o tempo, atingir todas as áreas da atenção básica.

Com a intervenção, houve um maior controle das usuárias de risco para o desenvolvimento do câncer de mama e colo de útero, além de um melhor controle do retorno das mesmas à unidade. Houve uma visão melhor da situação de nossa unidade relativas a estes temas, favorecendo a formulação de estratégias para ações em saúde.

Isso gerou uma avaliação geral das outras áreas de atenção básica, melhorando de forma integral o preenchimento dos prontuários e novas idéias para um melhor acompanhamento de nossas ações em saúde. Houve uma melhor coordenação de cuidado e divisão melhor do trabalho e organização dos agendamentos e demandas espontâneas. Houve ainda maior integração entre todos os profissionais da unidade.

Apesar do pouco tempo de intervenção, o impacto mais importante foi o de melhor acolhimento dos pacientes de uma forma geral e também a satisfação dos mesmos em sentirem-se cuidados. Houve uma melhora na cobertura e, portanto, maior rastreamento dos usuários nestas ações.

Não houve diminuição dos demais atendimentos em detrimento às usuárias do rastreamento, e, portanto, não houve perda por parte dos usuários em relação às outras estratégias em saúde.

Embora tenha havido grande impacto, sabe-se que há ainda muitas usuárias que deveremos buscar para realizar o rastreamento, porém foi apenas um passo para uma longa caminhada.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, algo que mudaria seria em relação aos outros serviços e melhor diálogo com a gestão, para termos melhor suporte em relativo aos exames como a ecografia mamária, que, apesar da reunião, não obtivemos resultados positivos de autorizações para as mesmas, o que impediu maiores diagnósticos a nível de atenção primária.

Solicitaria também uma reunião antes de iniciar as atividades com o nível secundário (ginecologia e mastologia) para discutir protocolos e agilizar ainda mais o atendimento da paciente que necessite.

Faria também panfletos para orientação dos usuários para distribuir pelas agentes de saúde para uma informação melhor da população, apesar de terem sido realizadas diversas salas de esperas com orientações, reunião de comunidade, grupos.

A intervenção já está incorporada na rotina da unidade de saúde. Continuaremos o trabalho de orientação com as agentes de saúde, e atualizações quando pertinentes para todos os membros de equipe. O que ainda se pretende melhorar é organizar a data de retorno do rastreamento para as paciente, como deixar programado para os anos subsequentes, quando determinada paciente deverá retornar. Ainda estamos avaliando e elaborando a melhor maneira deste controle.

Manteremos nos meses subsequentes a estratégia de rastreamento que estamos realizando da mesma forma. Entretanto, este projeto impulsionou a equipe em pensar melhoramentos em outras áreas da atenção básica. O segundo passo será a parte de puericultura e saúde bucal. Estamos ansiosos para começar e agregar mais esta atividade organizada. Provavelmente utilizaremos os gráficos de coletas disponibilizados pelo projeto. Espero ainda estar presente para presenciar mais uma melhoria na unidade onde estou atuando. Assim, com o propósito de fazer a diferença, entro e saio da unidade e satisfeita com o trabalho que desempenho.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Venho por meio desta, demonstrar aos senhores gestores, a importância de projetos de nível de atenção básica de saúde para melhorar o rastreamento e a avaliação de doenças de incidência elevada na comunidade com o objetivo de prevenir, orientar e diagnosticar precocemente o câncer de colo de útero e câncer de mama na população da Estratégia de Saúde da Família Pedreira em Santa Cruz do Sul/RS, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a saúde de uma forma geral desta população. Após avaliação das demandas da ESF Pedreira, pela grande quantidade de mulheres em idade fértil, apresenta-se ponto imprescindível na estratégia em atenção à saúde.

Durante o período de intervenção e coleta de dados de agosto de 2014 a outubro de 2014 houve intensa avaliação, orientações das usuárias. Pode-se verificar um aumento substancial da cobertura dos exames preventivos para o rastreamento para câncer de colo de útero e câncer de mama.

Das 215 pacientes que não possuíam seus exames de prevenção de câncer de colo de útero, 117 realizaram a avaliação neste período, e mais 40 novas avaliações de mamografias. Além desta importante marca, houve grande incremento

na qualidade do serviço, como o registro adequado das ações, busca ativa das pacientes, melhores orientações e avaliações de risco demonstrando cem por cento na qualidade de registros e orientações para as pacientes. Para se atingir a meta foram realizados atendimentos noturnos, espaços de acolhimentos e orientações com palestras à comunidade e consultas.

Houve atualização constante da equipe de uma forma geral, utilizando protocolos atualizados e de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Houve importante incremento na multidisciplinariedade e pro-atividade da equipe e intercâmbio de conhecimentos entre os membros da equipe e entre a comunidade. Para que o projeto ocorresse de forma integral, foi importante a avaliação da realidade da unidade. Constatou-se que não se havia tal controle das pacientes faltantes, das orientações realizadas e do retorno das mesmas à unidade. Foi feito para tal o diagnóstico da unidade, pesquisando em prontuários e registros a situação do rastreamento, detectando um super-rastreamento em algumas usuárias e uma baixa qualidade nos registros, não se podendo caracterizar a qualidade do serviço e das ações realizadas.

Para que este projeto se concretizasse, o incentivo e apoio da gestão são imprescindíveis. O fornecimento de materiais para orientações e impressão das folhas-registros com agilidade auxiliaram e muito o projeto. A sempre disposição de materiais para a coleta dos exames também impulsionaram a intervenção. Ponto dificultoso foi a associação da informatização com o período da intervenção, acarretando atrasos nos atendimentos o que gerou inquietação tanto da equipe quanto da comunidade. Com o tempo, as duas situações ficaram complementares e automáticas, sem mais intercorrências.

Entretanto, ainda há grandes dificuldades em relação a exames complementares do tipo ecografia mamária, apesar deste ponto já ter sido debatido em reunião sem melhora do mesmo, e grande demora no retorno das análises dos citopatológicos de colo de útero. Acredita-se que uma melhor organização desta área e o incentivo constante da gestão em conjunto com a unidade garantirão uma melhor saúde a longo prazo para estas pacientes e de imediato uma maior satisfação em relação aos atendimentos pelos usuários e maior qualidade no atendimento em saúde. Assim, utiliza-se este projeto de intervenção como exemplo para demais áreas de atenção básica e melhora da saúde populacional.

Como resultado final pode-se verificar um alcance importante da cobertura, com aumento de 42,3% no rastreamento do câncer de colo de útero e 46% no rastreamento para câncer de mama. É dado de alta qualidade no atendimento e coletas dos exames com registro de todas as atividades, melhorando o controle da estratégia de forma integral e qualificando o serviço deixando todos os atendimentos completos em relação às orientações e estratificação de riscos para o desenvolvimento destas enfermidades. Sabe-se que o alcance ainda é pequeno, porém com o decorrer da avaliação e a estratégia estando inserida na rotina da unidade de saúde a cobertura chegará perto da totalidade, sendo tudo uma questão de tempo.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

O aumento nos números de casos e de mortes por câncer de mama e colo de útero no Brasil justificam a avaliação das usuárias nas unidades de saúde para o rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento quando necessário destas doenças.

Portanto, é muito importante que na Estratégia de Saúde da Família da Pedreira localizada em Santa Cruz do Sul/RS seja realizado o projeto de intervenção para orientação e avaliação destas usuárias. Para isso, foi ampliado o acesso à unidade, um maior suporte no acolhimento e aconselhamento desta população com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade no atendimento referente a este tema.

Este projeto de intervenção foi realizado no período de agosto de 2014 à outubro de 2014 e teve como o objetivo principal o de aumentar o número de usuárias com os exames de rastreamento realizados na unidade, além de inserir este acompanhamento mais intenso na rotina da unidade. Apesar de ser uma atividade de grande exigência de trabalho e esforços para toda a equipe, a mesma conseguiu executar a intervenção sem atrapalhar as outras atividades da ESF. Momento de turbulência maior foi quando ocorreu a informatização do sistema em conjunto com o a intervenção, ocasionando demora nas consultas e que com o transcorrer do tempo foi sendo melhor organizado e não comprometendo o atendimento geral da unidade e no final auxiliando nas consultas e melhor organização do serviço.

Obteve-se envolvimento importante da equipe de saúde e da gestão, nunca faltando materiais para as atividades. O esforço de todos os membros da equipe e da comunidade e das agentes de saúde fez com que obtivéssemos grande resultado e melhora no atendimento à população.

Ao final do projeto, a cobertura de rastreamento para câncer de colo de útero em doze semanas foi de 42,3%, ou seja, um total de 313 mulheres foram avaliadas. Ocorreu um grande aumento no número de usuárias no último mês demonstrando a importante evolução de engajamento da unidade e também na melhora do preenchimento de prontuários e registros. A cobertura para rastreamento ao final do terceiro mês de intervenção para câncer de mama atingiu 46%, o que equivale a 115 pacientes da faixa etária de 50 a 69 anos.

Percebe-se que, assim como na avaliação para câncer de colo de útero, também não se alcançou o objetivo inicial do projeto. Entretanto, em números absolutos, em relação à comunidade, houve importantes consequências positiva principalmente em reação a qualidade do serviço oferecido. Foram realizados 117 coletas de citopatológico de colo. Determinada parcela destas pacientes, 43 usuárias não alcançadas fazem a avaliação ginecológica e mamográfica em outros serviços. Porém, é sabido que este número ainda pode ser melhorado, com o seguimento da intervenção. Relativo às mamografias, há 250 mulheres na faixa etária para o rastreamento (de 50 aos 69 anos). Destas, 215 possuíam o exame em dia, e foram solicitadas 43 mamografias até dezembro de 2014, aumentando, e muito, a cobertura para esta ação.

É sabido que há ainda grande demora do retorno dos exames tanto de mamografia quanto dos citopatológicos de colo de útero, entretanto há esforço em conjunto da unidade de saúde com a gestão para que isso seja melhorado em futuro próximo. O caminho é longo e os maiores resultados serão vistos após anos de acompanhamento, mas a maior importância já é vista que é a satisfação da comunidade pelos atendimentos. Este, certamente, é mais um projeto de muitos que virão para melhorar a saúde da comunidade.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Após a inscrição no Curso de Pós Graduação em Atenção Básica da Universidade Federal de Pelotas/RS e designação do local de trabalho inicialmente em ambiente rural – ESF Rio Pardinho em Santa Cruz do Sul/RS – local este onde já havia sido alocada uma aluna do PROVAB em ano anterior, pude ver a organização que a unidade se encontrava mesmo depois de sua saída. Após noventa dias, com a chegada dos Mais Médicos na mesma cidade, fui realocada para outra unidade no mesmo município: ESF Pedreira, unidade da periferia de Santa Cruz do Sul/RS. Pude constatar o choque de cultura, demográfico e de características culturais de um mesmo município, porém em regiões diferentes. Um, uma zona rural de maioria agricultores principalmente adultos e idosos, e na outra ponta, uma comunidade de adultos-jovens, com maioria de baixa renda.

A expectativa inicial era o de trazer melhorias no atendimento e qualidade independente da região, como sempre realizei nos demais serviços onde já desempenhei minhas funções. Porém, após a minha realocação, a minha intenção acabou intensificando-se, principalmente, em valorização dos usuários que se sentiam menosprezados devido à sua precariedade de condições e sobre experiências de atendimentos passados.

Prioritariamente entendi que o curso seria mais burocrático, com leituras de artigos e discussões e textos. Entretanto, ao longo das primeiras semanas, pude perceber que o processo era muito dinâmico, e que além de aprender sobre estrutura e organizações do Sistema Único de Saúde (SUS), com as utilizações de questionários e o auxílio dos colegas da unidade para respondê-los, foi notório que os mesmos acabaram gerando nos colegas, além de mim, um processo mais crítico e reflexivo da saúde atual no Brasil e na nossa região e que mesmo com poucos recursos e estruturas, muito se pode melhorar com o engajamento tanto dos usuários quanto dos trabalhadores em saúde.

Através dos fóruns desenvolvidos pelo curso, pode-se perceber a realidade de diversas regiões do país, podendo traçar um melhor diagnóstico da saúde no país. Pode-se perceber que há uma grande vontade geral de melhorias e que muitos

se depararam com pouca infraestrutura, e para mim não foi diferente. Entretanto, por intermédio do curso e das orientações, foram se criando estratégias para que se conseguisse contornar estas adversidades e que mesmo com dificuldades como infraestrutura adaptada, demanda de usuários muito grande, falta de medicamentos, se conseguisse desempenhar um bom trabalho. Estas orientações foram um dos pontos principais do curso e auxiliaram-me no meu crescimento tanto pessoal quanto profissional de superação.

Quesito importante também desempenhado pelo curso foram as revisões de casos clínicos e assuntos diversos dos testes de qualificação cognitiva. Através dos mesmos pude ampliar meus conhecimentos e auxiliar em algumas condutas de diagnósticos e prescrições de tratamentos contribuindo de forma importante no aspecto profissional e na melhoria de meus atendimentos no que se refere a conhecimento.

Grande auxílio do curso foi a parte organizacional e de planejamento de ações de atenção básica, pois são pré-requisitos para um bom atendimento e melhorias na qualidade e cobertura. A organização de dados, prontuários, a importância de se ter um panorama com dados fidedignos da população que se está trabalhando são pontos imprescindíveis para projetos em saúde, e isto foi extremamente produtivo e de grande auxílio do curso.

Certamente foram muitos momentos cansativos, desgastantes, mas a satisfação de presenciar o serviço começando a se organizar, de os trabalhadores em saúde tornarem-se proativos e engajados, e a população satisfeita, e, conseqüentemente, a gestão também, faz com que o sentimento de plenitude e de dever cumprido esteja presente. Como em outras análises já destaquei, tenho dúvidas se muito do projeto implantado irá permanecer após minha saída, mas se a organização do serviço permanecer assim como quando cheguei em unidade anteriormente alocada já com presença em ano anterior por colega do PROVAB, estarei muito contente, pois uma semente brotou e agora é só aguardar germinar.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Controle de Cânceres de colo de útero e da mama/Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª Ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013.

FREITAS, Fernando. Rotinas em Ginecologia. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Anexos

Anexo C - Documento do 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL