

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Modalidade a Distância
Curso de Especialização em Saúde da Família
Turma 6



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA NA
USF PLANALTO, NATAL/RN**

José Maxwell Medeiros Souza

Pelotas, 2015

José Maxwell Medeiros Souza

**MELHORIA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA NA
USF PLANALTO, NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Orientadora: Danyella da Silva Barreto

Pelotas, 2015

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

S719m Souza, José Maxwell Medeiros

Melhoria da prevenção ao câncer de colo de útero e mama na USF Planalto, Natal/RN / José Maxwell Medeiros Souza; Danyella Da Silva Barreto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Barreto, Danyella Da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Aos meus pais, por tudo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Danyella da Silva Barreto, pela paciência e ajuda em muitos momentos conturbados. Pelo extremo zelo por um bom trabalho e apoio no que fosse necessário para que realizássemos uma intervenção qualificada.

À minha ex-orientadora Marta Cocco da Costa, a qual me forneceu dicas valiosas para elaboração de bons relatórios e também me apoiou no que fosse necessário.

A todos os que compõem a Unidade de Saúde da Família do Planalto.

Aos médicos deste país que também estão na luta por uma profissão honrada e digna, em especial aos meus amigos do PROVAB, sobretudo à Raissa Gabriela, Diego Holanda, Rafael Vasconcelos, Ana Cecília Lopes, pelos momentos de auxílio no que fosse preciso, além de Ana Cláudia Correia e Aíla Maropo, companheiras de unidade.

Aos usuários e comunidade do Planalto, pela contribuição direta ou indireta para a realização deste projeto.

“Seja feliz, apesar de todas as consequências.”

Maria Gorett Medeiros Souza

Lista de Figuras

Figura 1	Imagem representativa das Pastas contendo as fichas-espelho disponíveis para a equipe. Natal, RN.	50
Figura 2	Imagem representativa da apresentação do projeto de intervenção a todos os profissionais da USF Planalto. Natal, RN.	51
Figura 3	Imagem representativa do consultório médico. Natal, RN.	52
Figura 4	Imagem representativa da maca ginecológica para atendimento às usuárias. Natal, RN.	52
Figura 5	Imagem representativa do início do “outubro rosa” e do ambiente de realização das palestras. Natal, RN	55
Figura 6	Imagem representativa do lanche servido às usuárias da USF Planalto ao final da palestra. Natal, RN	55
Figura 7	Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. Natal, RN.	60
Figura 8	Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama. Natal, RN.	61
Figura 9	Gráfico representativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero. Natal, RN.	62
Figura 10	Gráfico representativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero. Natal, RN.	64
Figura 11	Gráfico representativo da proporção de mulheres com registro adequado da mamografia. Natal, RN.	65
Figura 12	Gráfico representativo da Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama. Natal, RN.	66
Figura 13	Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero. Natal, RN.	67
Figura 14	Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama. Natal, RN.	68

Lista de abreviaturas/ siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AME - Ambulatório Médico de Especialidades

CAB - Caderno de Atenção Básica

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

COOPHAB - Cooperativa de Habitação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
1.1 Situação da ESF/APS na terceira semana de ambientação.....	12
1.2 Relatório de Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional.....	25
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	30
2.3 Metodologia.....	32
2.4 Logística.....	44
2.5 Cronograma.....	48
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço.....	57
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão.....	69
4.3 Relatório de Intervenção para os Gestores.....	76
4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade.....	78
5. Reflexão crítica sobre o processo de auto aprendizagem.....	80
Referências bibliográficas.....	82
Anexos.....	84

Resumo

Souza, José Maxwell Medeiros. **Melhoria da prevenção do câncer de colo de útero e mama na USF Planalto, Natal/RN**. 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2015.

Introdução: A saúde da mulher é um dos pilares da atenção básica. Nela, se estruturam diversos fatores, tais como a prevenção ao câncer de colo de útero e mama, tratados neste trabalho. Conforme dados do Ministério da Saúde, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum no mundo entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano. No Brasil, no ano de 2012, foi estimado um número de 17.540 casos novos. Já o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres. A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente com a idade. A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade. Objetivo: Qualificar o Programa de prevenção do câncer de colo e detecção precoce do câncer de mama nas mulheres da Unidade de Saúde Planalto em Natal/RN. Metodologia: O presente trabalho foi realizado na USF Planalto, unidade urbana, situada no bairro Planalto, zona Sul da cidade de Natal/RN e trata-se de uma série de casos. Justificativa: Tendo em vista a importância da prevenção dessas patologias e ao baixo índice de cobertura, optou-se pela realização da intervenção nesta temática. O percentual de mulheres acompanhadas na USF Planalto nos programas de prevenção ao câncer de colo de útero chega a apenas 11% do número ideal, enquanto que a do câncer de mama atinge 45% da população alvo. Tendo em vista esses índices, o objetivo da intervenção é aumentar para 45% a cobertura da prevenção ao câncer de colo de útero e para 70% a prevenção ao câncer de mama. Resultados: Atingimos uma cobertura, após o terceiro mês, de 32,3%, o que equivale a 285 mulheres de 25 a 64 anos acompanhadas com relação à prevenção do câncer de colo de útero e 74% nas mulheres de 50 a 64 anos acompanhadas em relação à prevenção do câncer de mama, o que equivale a 152 mulheres. Conclusão: Embora não tenhamos atingido a meta para a prevenção ao câncer de colo de útero, ampliamos, em relação às duas patologias, a cobertura; melhoramos a adesão a qualidade do atendimento, o registro das informações; mapeamos mulheres com fatores de risco tanto para câncer de colo de útero como de mama. Ao final de três meses, algumas melhorias puderam ser vistas, o que condiz com o objetivo final deste trabalho, que é

implementar no serviço um atendimento qualificado e otimizado às usuárias da USF Planalto.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Programas de Rastreamento; Neoplasias do colo do útero; Neoplasias da Mama.

Apresentação

Este trabalho trata-se do levantamento de dados das usuárias pertencentes à Unidade de Saúde do Planalto, na cidade de Natal-RN, e tem como objetivo melhorar a assistência e qualidade da prevenção do câncer de colo de útero e mama através da ampliação da cobertura, melhoramento da adesão das usuárias, bem como aumento da qualidade no atendimento e registro nas informações, busca ativa das faltosas e mapeamento dos fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

Este trabalho está dividido em cinco unidades dessa modalidade de curso de especialização, sendo elas: 1 - Análise situacional, na qual abordamos as atividades realizadas na ESF, sua estrutura física, recursos humanos e a organização do processo de trabalho, quando realizamos uma análise reflexiva acerca das fragilidades do serviço propondo estratégias para solucioná-las; 2 – Análise estratégica, na qual realizamos o planejamento para intervenção definindo objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento em que paramos para analisar todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção, seja por falta de materiais ou até mesmo pela ausência de funcionários ou não realização de algumas atividades contidas no projeto; 4 – Avaliação da intervenção: na qual realizamos a análise dos dados obtidos em planilha e proporcionamos aos gestores e à comunidade o produto da intervenção e 5 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março do ano de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Situação da ESF/APS na semana de ambientação

Ao colocar em prática o olhar crítico advindo das leituras dos materiais disponibilizados, percebem-se os problemas estruturais na UBS e seus impactos no cotidiano dos usuários e também dos profissionais. As informações sobre acessibilidade de grupos especiais trazidas no artigo “Siqueira e Cols 2009, Barreiras Arquitetônicas” parecem não ser suficientes quando se trata em uma unidade básica que já se encontra em meio a um terreno algo calçado e algo esburacado, na extremidade externa do bairro que ela atende e cujo transporte público de acesso é apenas 01 linha de ônibus que passa, segundo os usuários, a cada 01 hora. Apesar desses pontos negativos, o prédio da unidade em si possui rampa de acesso e banheiro adaptado, favorecendo os usuários idosos e cadeirantes.

Dando continuidade ao caminho seguido pelos usuários ao entrar na UBS em um dia de consulta, nos deparamos com a falta de espaço físico adequado e suficiente para acolher todos os usuários que esperam em filas para pegar as ordens de consulta. Muitas vezes a fila se estende para além das paredes da unidade. Uma vez separados os prontuários e organizada a sequência de atendimento, considerando os grupos prioritários, o preparo é feito. No entanto, apenas uma sala de preparo existe na UBS, sendo esse um fator limitante na vazão da demanda diária de atendimentos. Passado esse ponto, a sala de espera é ampla e adequada para o número de equipes de ESF, de acordo com o manual de estrutura das UBS do Ministério da Saúde (04 equipes de ESF, sala de espera comporta cerca de 60 pessoas). A quantidade de cadeiras é adequada para confortar todos os usuários.

Outro grande problema estrutural da UBS do Planalto, que também se comporta como fator limitante no fluxo de usuários, é a existência de apenas 03 consultórios médicos quando se têm 04 equipes de ESF e 02 médicos avulsos (01 pela cooperativa médica e 01 concursado pela prefeitura municipal). Dessa forma, é preciso que o rodízio de salas seja uma constante na rotina da unidade, dificultando consideravelmente o processo de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, a resolubilidade dos problemas enfrentados pelos usuários. Também é alvo de rodízio

objetos simples como fita métrica, pois esses insumos faltam em número adequado. Apesar de faltarem alguns desses objetos, assim como alguns medicamentos, as salas de consulta são adequadas, com luminosidade, ar climatizado, mesa e cadeiras, maca para exame e pia para lavagem de mãos.

Outros pontos positivos na estrutura da UBS é a presença de 02 computadores, ambos com internet, na sala da gerência da unidade. No entanto, de forma discrepante, não existe uma sala de reunião (como preconizada no manual de estrutura da UBS do MS: um ambiente de fácil acesso, amplo, com mural, cadeiras, estrutura de mídias visuais, etc), sendo utilizada a sala de espera para reuniões com a população e o consultório odontológico para as reuniões de equipe.

Apesar de existirem esses computadores com internet, a organização dos prontuários é em pastas e arquivos de papel, onde muitas vezes se perdem folhas. Isso prejudica bastante os profissionais e os usuários, que muitas vezes têm a longitudinalidade do seu cuidado comprometida por esses problemas organizacionais. A sala onde são guardados os prontuários é adequada (“com acesso fácil à recepção e triagem”, Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família), mas a principal causa responsável por esses problemas organizacionais é o fato da UBS do Planalto atender uma demanda grande de usuários fora da área de abrangência. Esses são consultados em “ficha avulsa”, gerando uma dificuldade na organização desse documento.

Um modo de solucionar esse problema com os prontuários é fazer o que a gestão municipal já está, lentamente, colocando em prática: a construção de novas unidades básicas em outras partes do planalto para destinar corretamente esses usuários que estão, teoricamente, fora de qualquer área de cobertura. Outra sugestão organizacional mais simples (e preconizada no manual de estrutura da UBS do MS) é a organização dos prontuários por famílias, já que a UBS do planalto costuma organizar seus prontuários por indivíduo.

A falta de profissionais, as falhas na estrutura física (de acordo com a preconizada no manual) e a alta demanda de usuários são capazes de prejudicar o processo de trabalho na UBS, porém toda a equipe se esforça ao máximo para contornar quaisquer falhas. No entanto, o funcionamento da unidade pode ser, sim, melhorado ao considerarmos algumas mudanças no espaço físico da UBS.

Dentre essas possíveis mudanças, destaco o preparo como deficitário em mão de obra de profissionais (faltam mais técnicos de enfermagem na UBS) e o acolhimento como deficitário de espaço físico. Se os espaços não fossem tão limitados, não se veriam filas desconfortáveis, e se os recursos humanos fossem maiores, todas as atividades subsequentes seriam feitas com mais agilidade e qualidade.

Outras possíveis melhorias seriam a adaptação do piso para que fique antiderrapante ao menos nas áreas que circulem usuários ou que possam favorecer quedas (banheiros, copa) e pleitear junto à gestão a acessibilidade à UBS por meio de linhas de ônibus e por meio de consertos no calçamento falho nas proximidades da unidade.

Por fim, a mudança mais eficaz é a mudança de olhar crítico dos usuários a respeito da necessidade de manutenção do espaço físico da unidade e também de cobrança aos gestores para que invistam tempo e atenção ao serviço. Essa é uma mudança muito eficaz em longo prazo, mas tem uma aplicação difícil pois depende no acesso público a informações como as do próprio material disponibilizado aqui para estudo, mas sobretudo acesso à educação de qualidade.

A pactuação do tratamento e a corresponsabilização do usuário quanto à condução do seu plano terapêutico parte do princípio que ambos os “lados da moeda” serão capazes de cumprir com suas partes. Assim como discutido no fórum esta semana, essa pactuação se encontra prejudicada quando faltam medicamentos ou quando a burocracia e os atrasos do sistema de solicitações a agendamentos são grandes. Esse é, sem dúvida, um dos pontos mais discutidos em todas as rodas de conversa sobre gestão em saúde; e, também indubitavelmente, a atividade dessa semana foi capaz de abrir os olhos para todos esses (e outros) pontos negativos. Do mesmo modo que pontos negativos foram percebidos, pontos positivos afloraram ao preencher o questionário e surpreenderam de maneira boa.

Por ser uma UBS que se encontra nas proximidades da extremidade externa da comunidade que ela abrange e por não dispor de linhas de transporte públicos urbanos suficientes, o acesso pelos usuários torna-se difícil, conforme já foi relatado. Seguindo a lógica, o acesso dos agentes comunitários de saúde ao seu campo de trabalho (as mais diversas microáreas do planalto), também é penoso; é penoso por

não dispor de transporte que os auxiliem na locomoção e é penoso pelas grandes distâncias que precisam percorrer, além do fato de ser uma comunidade sabidamente violenta. Outro instrumento de trabalho dos ACS que costuma faltar é o filtro solar, apesar de sabermos que a cidade do Natal possui altos índices de radiação ultravioleta. No momento esse problema foi sanado pela doação de um recipiente grande desse produto por parte dos agentes de endemias.

Assim como já relatei em semanas anteriores, alguns materiais de trabalho estão ausentes ou em condições insuficientes. São equipamentos bastante variados, em sua maioria simples, como fita métrica e lanterna, mas também complexos como autoclave e microscópio. Fora esses equipamentos, também faltam na UBS do Planalto medicamentos básicos, a exemplo da nistatina creme vaginal. A falta desses equipamentos prejudica o processo de trabalho dos profissionais que, por exemplo, não podem realizar um exame físico completo e mesmo assim se esforçam para que os usuários sejam atendidos.

Restringindo a atenção ao setor de medicamentos, percebemos a discrepância entre a vasta lista do REMUME e a pequena lista de medicamentos presentes na farmácia da UBS. Pelo que foi discutido no fórum esta semana, essa é uma situação quase que *sine qua non* às unidades básicas da cidade do Natal participantes do Provac. Muitos colegas relataram que faltam os antibióticos mais prescritos na prática da atenção básica como a amoxicilina, dentre outros medicamentos. Na UBS do planalto a situação é semelhante: nas vezes em que a UBS recebe alguns medicamentos, esses são, geralmente, insuficientes. A grande escapatória para essa situação é a existência e boa cobertura das farmácias populares. Com a finalidade de se alcançar uma adesão terapêutica, eu e os colegas da UBS planalto tentamos prescrever medicamentos que existam na farmácia da unidade ou nas farmácias populares, sempre que possível.

Outras faltas de equipamento que prejudicam mais os usuários do que o processo de trabalho dos profissionais da equipe é a falta de alguns exames básicos que deveriam poder ser realizados dentro da estrutura da própria unidade, segundo o preconizado. Não é possível realizar um teste de glicemia capilar, por exemplo, por faltarem muitas vezes as fitas reagentes. Também não é possível que se realize o screening do teste do olhinho (teste do reflexo vermelho) em crianças, feito

geralmente na primeira consulta de puericultura. Não se realiza esse teste de simples execução e baixo custo pelo fato da unidade não dispor de oftalmoscópio direto.

No entanto, pontos positivos devem ser valorizados. O consultório odontológico é bem equipado e bem abastecido com materiais de uso cotidiano, como anestésicos e fios de sutura, sendo esses utilizados também para finalidades não odontológicas quando se fizer necessário. De modo semelhante, a disponibilidade de vacinas é ampla na UBS: além das vacinas tetravalente, tríplice viral e bacteriana, anti-hepatite B, VOP e dT, a UBS conta com aplicação de vacina de BCG, febre amarela e rotavírus. Isso facilita muito a adesão dos usuários quanto a atualização do calendário vacinal, seja em crianças, adultos ou gestantes (mais uma vez lembro da necessidade de oferecer uma estrutura mínima para que o usuário tenha condições de ser também igualmente responsável pela sua saúde).

A UBS do planalto possui 02 microcomputadores com acesso à internet. Ambos são utilizados com a intenção de marcação de consultas e exames, além de acesso à internet de modo geral e consulta à literatura científica em momentos sem atendimento. Não é possível se conectar na rede de internet sem fio fora da sala da gerência, pois o equipamento de roteador é de baixa potência. Esse fato prejudica o trabalho principalmente dos médicos que poderiam ter acesso via internet a informações importantes como literatura científica ainda durante a consulta com os usuários, orientando uma conduta mais atualizada e correta.

Ainda como ponto positivo, encontrei a grande disponibilidade de métodos laboratoriais e complementares de diagnóstico e tratamento que a UBS Planalto possui. Isso é exemplo de uma rede bem estruturada, pois as solicitações de exames e consultas costumam ser atendidas. No entanto, é verdadeira a preocupação de muitos usuários com a possível demora para a resposta desses agendamentos. Esses trâmites costumam atrasar uma verdadeira urgência quando os mesmos estão sobrecarregados. Dessa forma, todos os profissionais e usuários do sistema de saúde podem contribuir por meio de não solicitar exames ou encaminhamentos desnecessários. Fazer assistência individual com consciência é contribuir, não só para a saúde individual, mas também diretamente para a saúde coletiva.

Adentramos, então, nesta semana em uma parte da análise situacional que costuma ser polêmica pelo fato de envolver diretamente a gestão em saúde. Porém o que muitas vezes esquecemos é que a gestão não é só feita por poucas figuras que detém muito poder, mas por muitas figuras que forma o poder real. Ou seja, todos nós profissionais, usuários e gestores, somos responsáveis pela gestão em saúde. A maneira mais eficaz de resolver esses problemas citados acima é por meio de uma gestão justa e efetiva que dialogue diretamente com os usuários e servidores da saúde. Todos nós como cidadãos temos responsabilidade quanto à escolha da gestão no momento do voto.

No entanto, medidas mais imediatistas devem ser tomadas para que se estabilize o painel da estrutura da UBS Planalto. Definindo como prioridade a falta de medicamentos, é solução plausível a reorganização da população atendida pela unidade, de modo a redistribuir no futuro essa população excedente para as outras unidades básicas em processo de implementação no bairro; outra medida é, como já citei, contar com o apoio das farmácias populares.

1.2 Relatório de Análise Situacional

A Unidade de Saúde da Família do Planalto fica localizada no bairro que lhe nomeia, ou seja, o Planalto, periferia de Natal, no extremo sul da capital do Rio Grande do Norte.

Em 2010, conforme dados do IBGE, a população da cidade era de 803.811 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 hab./km². Essa população reside em área urbana. Mulheres constituem 53% da população. Segundo o Censo demográfico de 2010, o bairro Planalto apresenta uma população de 31.206 habitantes.

A rede de atenção básica do município é composta por 36 unidades de saúde com a estratégia de saúde da família e 18 unidades básicas sem estratégia. Organizadas com equipes multiprofissionais, são nove unidades no Distrito Sul, doze unidades no Distrito Oeste, nove unidades no Distrito Leste, doze unidades no Distrito Norte I, doze unidades no Distrito Norte II.

Em abril de 2010, foram criados, pelo Ministério da Saúde, 12 núcleos de apoio à estratégia saúde da família, os NASF, que agem de forma integrada à rede de saúde local, garantindo um suporte técnico em áreas específicas às equipes de atenção básica de saúde, como assistentes sociais, nutricionista, psicólogos, pediatras, educadores físicos, dentre outros profissionais.

Em relação à assistência odontológica, pode-se mencionar que em 2005, foram incorporados à rede três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Isso levou a um aumento na resolubilidade de procedimentos de média complexidade como diagnóstico bucal, com ênfase na periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e endodontia, no diagnóstico e detecção do câncer de boca e atendimento a portadores de necessidades especiais.

No que se refere à atenção especializada em Natal, é possível afirmar que apenas após a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde) 01/2002 é que foi implementada esse tipo de serviço no município. Ao avaliar a média complexidade, pode-se observar que a cidade tinha, em 2004, pelo programa do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) II, apenas 06 especialidades. A partir de 2010, com a migração para o SISREG III, houve um aumento para a disponibilidade de 31 especialidades para marcação de consultas agendadas pela central de regulação. Quanto à alta complexidade é possível constatar que a maioria dos serviços se encontram sob gestão estadual, levando a dificuldades na atenção integral à saúde. Há em Natal, um número total de 11 hospitais públicos, 02 filantrópicos e 09 privados, o que muitas vezes deixa a rede sobrecarregada até mesmo neste serviço, seja pela própria deficiência na assistência básica e de média complexidade, como pela insuficiência de leitos e serviços terciários para o porte atual da cidade.

A UBS que estou inserido fica no bairro do Planalto, Distrito Sul da cidade de Natal. Esta situa-se em área urbana, estando vinculada à capital, não sendo relacionada a instituições de ensino. Tem como modelo de atenção a Estratégia em Saúde da Família, composta por 04 equipes. A equipe 117, na qual estou inserido, é composta por um médico, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, cinco agentes de saúde. No total de funcionários temos: uma diretora, uma administradora, seis médicos, quatro enfermeiras, dois dentistas, três técnicos de

enfermagem, vinte agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, dois arquivistas, um nutricionista, um regulador, dois recepcionistas e quatro vigilantes noturnos.

No que compete à estrutura da unidade, é possível afirmar que esta foi construída como suporte à um novo bairro habitacional que, naquele momento estava sendo construído pela COOPHAB (Cooperativa de Habitação). Porém, na gestão municipal anterior, foi inaugurada para uma proposta diferente: dar suporte a um Ambulatório Médico de Especialidades (AME). Somente a partir de janeiro de 2013 veio a ser, de fato, uma Unidade de Saúde da Família (USF). O prédio conta atualmente com três salas de consultório médico, uma para consultas de enfermagem (que foi adaptada para transformar-se em duas, através de estruturas provisórias), uma da direção/administração, uma copa, três banheiros, sendo dois para os usuários e um para os funcionários, uma sala de vacinação, uma de avaliação primária (onde são vistos e anotados no prontuário dados como a pressão arterial do usuário, frequência cardíaca e respiratória), uma para os dentistas, uma para o arquivo, uma sala de regulação e, por último, um ambiente de expurgo.

Sobre a minha visão no que se refere à estrutura física, posso destacar que unidade básica se encontra em meio a um terreno algo calçado e algo esburacado, na extremidade externa do bairro que ela atende e cujo transporte público de acesso é apenas uma linha de ônibus que passa, segundo os usuários, a cada uma hora. Apesar desses pontos negativos, o prédio em si possui rampa de acesso e banheiro adaptado, favorecendo os idosos e cadeirantes. É possível deparar-se também com a falta de espaço físico adequado e suficiente para acolher todos os usuários que esperam em filas para pegar as ordens de consulta. Muitas vezes, a fila se estende para além das paredes da unidade. A sala do arquivo é desorganizada e há uma grande demanda de usuários externos, o que geram muitas fichas avulsas. Já foi sugerido e prontamente foi realizado o ajuste desse arquivo para melhor funcionamento da unidade, com catalogação desses prontuários avulsos. Além disso, alguns materiais de trabalho estão ausentes ou em condições insuficientes. São bastante variados, em sua maioria simples, como fita métrica e lanterna, mas também complexos como autoclave e microscópio. Em relação à falta de fitas métricas, foi providenciado, assim que observamos esse entrave, uma unidade para cada sala, tendo em vista o baixo custo e alta utilidade deste instrumento. Também

é desmerecedor a unidade não realizar um teste de glicemia capilar, por exemplo, por faltarem muitas vezes as fitas reagentes. Já foi comunicado o fato à direção, porém até o momento não chegaram novas fitas.

Outros pontos positivos a serem ressaltados condizem com a alta disponibilidade de vacinas na UBS: além das vacinas tetravalente, tríplice viral e bacteriana, anti-hepatite B, VOP e dT, a UBS conta com aplicação de vacina de BCG, febre amarela e rotavírus. Isso facilita muito a adesão dos usuários quanto a atualização do calendário vacinal, seja em crianças, adultos ou gestantes. A grande oferta de métodos laboratoriais e complementares de diagnóstico e tratamento também é vantagem. Isso é exemplo de uma rede bem estruturada, pois as solicitações de exames e consultas são na sua maioria atendidas.

Com relação às atribuições das equipes, observa-se profissionais altamente engajados nas suas atribuições. Existem profissionais na equipe que tentam colocar em prática o seu papel social, desempenhando suas funções de forma satisfatória, muito embora não sejam todos. As quatro equipes procuram desenvolver atividades importantes na comunidade. Cada agente de saúde possui sua própria agenda e os usuários que necessitam de visitas domiciliares são anotados nessa agenda com um breve histórico e as medicações em uso para facilitar o andamento do atendimento. Destaca-se também a capacidade de serviços domiciliares, desde visitas e consultas até acompanhamentos de internamento domiciliar e pequenos procedimentos. Todos os profissionais da unidade, incluindo médicos e odontólogos realizam consultas domiciliares. É realizada também, em casos seletos e quando necessário, a realização de vacinação, curativo, manejo de sondas e de bolsas de colostomia em domicílio. Também ressalta-se a frequência e importância que se dá a reunião de equipe, que ocorre semanalmente com a presença de todos os profissionais, exceto os de saúde bucal. Nessas reuniões, o ambiente é utilizado para que se planejem ações, construa a agenda, analisem e discutam dados referentes à comunidade assim como se discutam casos e se obtenha maior qualificação clínica da equipe.

Quanto à população adscrita da unidade, estamos com um total de 9.779 pessoas, sendo 4.674 homens e 5.132 mulheres sendo a sua maioria de jovens e idosos, com idades entre 10 a 34 anos e acima de 70 anos. O tamanho da nossa

capacidade de serviço está aquém do desejado, visto que temos uma população adscrita de 9.779 pessoas em um bairro que possui 31.206. Só há uma forma plausível de solucionar esse dilema que prejudica todos os atendimentos: aumentar a quantidade de Unidades de Saúde da Família no bairro, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza que uma Equipe de Saúde da Família atenda em média uma população adscrita de 3.000 pessoas, com máximo de 4.000. O excedente de pessoas, devido à já sobrecarregada unidade, acaba por procurar outros serviços em bairros vizinhos, como Pitimbu, Felipe Camarão, Guarapes e Cidade Nova.

No que condiz ao acolhimento, pode-se enxergar tal conceito como algo muito mais complexo do que uma simples triagem, sendo responsável por grande parte do alto índice de resolutividade existente na atenção básica. Na USF Planalto, assim como em várias outras unidades participantes do PROVAB e relatadas por colegas no fórum, o acolhimento não é realizado em sala específica, mas em qualquer ambiente da unidade. Isso é correto a partir do momento que o Ministério da Saúde definiu que acolhimento não como o simples ato de triagem, mas o processo e a relação interpessoal entre profissionais da UBS e usuários que busca atender e resolver a maior parte das demandas do usuário. Os usuários de urgência/emergência que precisem de atendimento no dia ou no momento, são encaminhados aos médicos com ordem de preferência pré-determinada pela escala. Conforme explicado pelo CAB (caderno de atenção básica) 28 do MS, “a vantagem dessa modelagem de acolhimento é que as equipes que não estão ‘escaladas’ podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia” (BRASIL, 2013).

Ainda parte integrante do processo de acolhimento, está a simples e mecanicista triagem. Essa deve ser parte do processo de acolhimento, mas o acolhimento como um todo nunca deve se resumir à triagem. O MS preconiza a triagem como um método de garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, em especial a atenção básica e pronto socorro (serviços de “porta aberta”). A triagem não é realizada corretamente na USF Planalto, de modo a oferecer, portanto, atendimento “por fichas” em que a prioridade é a ordem de chegada. O grande motivo por trás dessa problemática é a alta demanda, impedindo que todos os usuários sejam corretamente acolhidos e devidamente triados. Até que seja

solucionado de forma correta e efetiva o problema na rede de atenção à saúde que causa o excesso de demanda da USF Planalto (a falta de mais UBS no bairro), a solução que existe para o excesso de demanda que não consegue ser atendido, é o que é feito: orientação para retorno em outros dias/horários para os casos de menor gravidade e a procura/encaminhamento a outros serviços de saúde (UPA ou pronto socorro) para os casos que exijam uma intervenção mais imediatista.

No que diz respeito ao atendimento as crianças, é possível afirmar que as consultas são baseadas no protocolo do Ministério da Saúde. Estamos atingindo apenas 34% na cobertura de crianças residentes na área menores de 01 ano. Esse índice baixo pode ser atribuído a diversos fatores, porém principalmente de usuários também “fora de área” atendidos pelo programa, que não entraram na contagem oficial, havendo portanto uma subestimação desses valores. No entanto, ao analisar os indicadores de qualidade obtidos do caderno de atividades programáticas, conclui-se que a consulta de puericultura na USF Planalto é de boa qualidade em vários aspectos. É rotina de todas as consultas de puericultura o correto monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança baseado nos gráficos atualizados, como indicado no CAB número 33, disponibilizado para estudo. Também é rotina a orientação sobre aleitamento materno exclusivo (até os 06 meses de idade), a verificação do calendário vacinal (encaminhando casos necessários para que realizem a imunização na própria UBS, quando possível), além de orientação sobre prevenção de acidentes (como tampar tomadas, evitar cabos de panela para fora do fogão e evitar que crianças fiquem na cozinha). Por falha da estrutura da UBS (falta oftalmoscópio) e de correta capacitação dos profissionais, não é realizado o teste do reflexo do olho vermelho. Quanto às outras triagens, sempre há a verificação da realização ou não dos mesmos através da caderneta da criança, encaminhando casos para realização dos mesmos, quando necessário. Para que melhore a qualidade e a cobertura da atenção à saúde da criança é preciso que a demanda de usuários de fora da área de abrangência diminua, aliviando a atual sobrecarga que impede que se adotem por completo os moldes da longitudinalidade do cuidado essenciais à puericultura. Como medida mais imediatista, o processamento e encaminhamento dos dados já registrados nos prontuários para que se faça a devida gerência desse serviço, deverá surtir efeito positivo na cobertura. Em relação às ações de educação, apesar de ser um desejo

de todos da equipe, principalmente das enfermeiras, a unidade não dispõe de espaço para realização de CD coletivo, um instrumento também muito eficaz e lúdico para orientação e acompanhamento das mães ao crescimento dos seus filhos.

Quanto à assistência ao pré-natal, a cobertura desta ação programática, com base na estimativa do Ministério da Saúde, está em um total de 88%. Ao avaliarmos os indicadores de qualidade do pré-natal realizado na USF Planalto, podemos tirar a conclusão de que a qualidade do atendimento/acompanhamento é muito boa, já que grande parte desses indicadores foram satisfatórios, como a solicitação dos exames laboratoriais preconizados na primeira consulta, a vacinação antitetânica e contra hepatite B, assim como encaminhamento à saúde bucal, suplementação de ferro e orientação ao aleitamento materno. A realização de busca ativa por gestantes é feita de forma satisfatória pelos ACS das quatro equipes da USF. Mostramos sempre aos usuários o quão é necessário a realização de um pré-natal adequado, tanto para a saúde da gestante, quanto para a do feto, realizando sempre o número adequado de consultas, de no mínimo seis.

Na prevenção ao câncer de colo uterino, cobrimos apenas 11% das mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. Em relação ao câncer de mama, cobrimos 46% das mulheres entre 50 e 69 anos residentes em nossa área. Esses números estão bastante aquém do esperado e do necessário para uma saúde de qualidade. Um outro problema já crônico no dia-a-dia da USF Planalto é capaz de complicar a prática desse plano: a grande parcela de usuárias que não são da área de abrangência da unidade. Realizar uma busca ativa e convite pessoal de modo organizado a essas mulheres faltosas demanda tempo e recursos humanos da equipe de ESF, algo cada dia mais precioso no processo de trabalho das mais diversas equipes da estratégia. Com isso, procuramos sempre informar da importância da realização do preventivo e do exame médico das mamas, como também reforçar essa informação a equipe, tanto enfermeira, como principalmente os agentes comunitários de saúde, que estão mais próximos à população, da importância da realização do exame e com a periodicidade correta. Quanto ao câncer de mama, procuro avaliá-las pela idade e também sempre procurando por queixas, e se as mesmas apresentá-las é tomada a conduta que se fizer necessária

de acordo com o caso, seguindo assim o que recomenda protocolo do Ministério da Saúde.

Quanto aos hipertensos e diabéticos, procuramos sempre avaliá-los em um dia específico. A equipe trabalha com esse grupo de usuários sempre na quarta-feira pela manhã. No entanto, devido ao grande número de usuários desse grupo, sempre estamos atendendo em outros dias. Acompanhamos 18% dos hipertensos com 20 anos ou mais na nossa área. Mais uma vez, é preciso ressaltar que existe um enorme subregistro, primeiramente por não haver um arquivo específico para eles, além do fato de haver uma enorme parcela de usuários que não são da área e, no entanto, são prontamente atendidos. Como pontos positivos, pode-se observar que, em todas as consultas, é de praxe a solicitação de exames complementares, caso necessários, além do estímulo a prática de atividades físicas e de consumo de alimentos saudáveis, embora muitos sejam resistentes devido à própria cultura ingestão de alimentos hipercalóricos. Acredita-se que diversos aspectos devem ser melhorados na minha USF para melhor atendimento aos usuários hipertensos. Primeiro na criação de um arquivo específico para estes, mesmo abrangendo os “fora de área”, que são realidade lá. A monitorização da pressão arterial e estratificação do risco cardiovascular é outro ponto a ser discutido, pois muitos já fazem uso da medicação há muito tempo, porém não tem um controle regular de seus níveis tensionais para readequação de medicações, que podem estar sendo insuficientes.

Em relação aos diabéticos com 20 anos ou mais, a cobertura foi de 47%. Pelo grande potencial de morbidade dessa enfermidade, torna-se necessário o aumento imediato da área coberta. Nesse sentido, palestras na USF se tornam necessárias para estarmos mostrando aos usuários, de forma mais acessível para os mesmos, como diagnosticar a doença de forma precoce, além de mostrar as consequências do não tratamento ou tratamento de forma errada ou ineficaz. É essencial também informar sobre a importância de uma dieta adequada, restringindo alguns tipos de alimentos, como também avaliação do nutricionista.

No que se refere aos idosos, verificou-se uma cobertura de 50% da população com 60 anos ou mais. As consultas destes usuários são interseccionadas junto aos hipertensos e diabéticos, tendo em vista a grande prevalência dessas

patologias nesse grupo populacional. Devido à grande carga de patologias que esses usuários portam, se mostra essencial uma consulta a mais minuciosa possível, buscando patologias que possam afetar a vida daquele idoso, além da integração com outros profissionais para acompanhamento destes usuários. Nessas consultas são feitas avaliação geriátrica multidimensional rápida em todas as vezes, além de investigação de indicadores de fragilização na velhice e orientações nutricionais e de atividades físicas. Tudo isso denota um atendimento geriátrico amplo e de alta qualidade, permeando os principais aspectos envolvidos no processo saúde-doença na senectude. A falta de registro detalhado de dados impede a quantificação de idosos com comorbidades específicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, mas apenas por falha no registro, já que os idosos que possuem essas patologias são devidamente manejados com base nas orientações do CAB número 19 e nas diretrizes mais atuais disponíveis. A melhora da qualidade e da abrangência da saúde aos idosos na USF Planalto melhorará com a diminuição da demanda da unidade, que está sobrecarregada em todos os serviços e por todos os grupos populacionais. A construção de novas unidades que já está a caminho, será eficaz ao menos parcialmente, mas que exigirá tempo e paciência. Medidas mais imediatistas partem desde melhorar o arquivo de prontuários e dados, de modo a gerir melhor as informações individuais e coletivas dos planos terapêuticos.

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

Diversos pontos, tanto no que compete à estrutura quanto a qualidade do atendimento às usuárias da USF Planalto estão aquém do desejado. Muitos pontos devem ser melhorados, sobretudo no que condiz ao aumento da cobertura da prevenção ao câncer de colo de útero e mama neste local.

Apesar de estar há pouco menos de 3 meses na USF Planalto, já é possível elencar diversos pontos a serem melhorados. O maior desafio é o da cobertura: como atender um bairro de mais de 30 mil habitantes em apenas uma Unidade de Saúde? A grande maioria das consultas envolve, diariamente, esses usuários, até então desassistidos. Muito embora a estrutura física da Unidade seja nova e de boa qualidade, muitas vezes a superlotação é um grande entrave no atendimento. Tentar

manter a qualidade do mesmo é o principal eixo de cada profissional atuante na Unidade, sem deixar de seguir os preceitos do SUS, como a Universalidade e Equidade. Como estamos em uma única unidade existente em um dos bairros mais populosos, perigosos e em crescimento da cidade do Natal, a demanda espontânea e a universalidade do acesso são constantes no processo de trabalho dos profissionais da unidade, já que a maior parte dos usuários estão além dos limites da suposta área de abrangência da unidade. Mais uma vez friso a necessidade de se construir outras unidades de saúde da família dentro da comunidade do planalto, algo que já está em estudo e sendo posto em prática, por mais que ainda se encontre no papel. Dessa forma, será possível que se alcance uma maior resolutividade aos problemas das pessoas que procuram a unidade, melhorando a qualidade de vida dos usuários e o processo de trabalho dos profissionais.

Como pôde-se observar ao longo desses meses, as deficiências são muitas, porém devido à grande prevalência de usuários, aliado alto potencial de morbidade e baixo índice de cobertura, suponho que seja essencial melhorar atendimento à saúde da mulher da USF Planalto, com ênfase na prevenção ao câncer de colo de útero e mama.

É importante ressaltar também, a mudança do meu olhar crítico em relação à unidade após elaboração do relatório de análise situacional. Como pudemos ver, a unidade que estou inserido possui diversos “gargalos” que a impedem de funcionar corretamente. No entanto, é possível também afirmar que diversos outros podem ser solucionados, caso exista empenho dos profissionais ali inseridos. É nesse aspecto que devemos trabalhar – na mudança do olhar crítica dos profissionais em relação ao seu papel como fundamentadores de uma saúde de qualidade!

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

A saúde da mulher é um dos pilares da atenção básica. Neste eixo estão inseridos diversos parâmetros, dentre os quais a prevenção ao câncer de colo de útero e mama, patologias tão frequentes e com alto potencial de prevenção, desde que haja acompanhamento adequado.

O projeto de intervenção em questão será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) do Planalto, que fica localizada no bairro que lhe nomeia, ou seja, o Planalto, periferia de Natal, no extremo sul da capital do Rio Grande do Norte. Tem como modelo de atenção a Estratégia em Saúde da Família, composta por 04 equipes. A equipe 117 é composta por um médico, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e cinco agentes de saúde. No total de funcionários tem-se: uma diretora, uma administradora, seis médicos, quatro enfermeiras, dois dentistas, três técnicos de enfermagem, vinte agentes comunitários de saúde, uma farmacêutica, dois arquivistas, um nutricionista, um regulador, dois recepcionistas e quatro vigilantes noturnos.

Em 2010, conforme dados do IBGE, a população da cidade era de 803.811 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 hab./km². Essa população reside em área urbana. Mulheres constituem 53% da população. Segundo o Censo demográfico de 2010, o bairro Planalto apresenta uma população de 31.206 habitantes.

É meta que se desenvolva neste serviço uma melhor prevenção em relação à prevenção do câncer de colo de útero e mama. A escolha baseia-se na prevalência das mesmas na população feminina, bem como devido aos indicadores de morbidade. Tendo em vista a importância, associadas a uma demanda ainda reprimida em minha unidade, avaliando-se a cobertura de apenas 11% das mulheres em relação à prevenção do câncer de colo de útero e 45% na prevenção do câncer de mama, opta-se por realizar o projeto de intervenção com o objetivo de melhoria da atenção à saúde da mulher nesse contexto.

Nos países desenvolvidos, foi observada uma redução significativa da mortalidade proporcional ao acompanhamento dessas mulheres de cerca de 80% (BRASIL, 2013). Pode-se observar também que muitos exames na unidade encontram-se com atraso de mais de 6 meses, o que compromete o trabalho profissional. Existem, até então, poucos dados sobre quais exames estão em dia, avaliação de riscos para câncer de colo de útero, quais mulheres foram orientadas sobre a prevenção de DSTs e registro específico sobre a coleta de colpocitológicos.

Características fundamentais da atenção básica como a integralidade e a longitudinalidade fornecem o ambiente ideal para a prática de ações preventivas. A coleta do exame citopatológico do colo do útero assim como o exame físico das mamas e exames complementares são ações de rotina em quase todas as unidades de saúde, assim como na USF Planalto. No entanto, a cobertura e o método de busca ativa (ou a falta desse) prejudicam a efetividade das ações em seu destino final: a redução de mortalidade na comunidade.

Conseqüentemente, devem ser objetivos a serem implementados na unidade a criação de um registro específico dessas usuárias que permita o acompanhamento adequado, com observações que permitam a busca ativa das usuárias, quando assim for necessário, bem como resultados de exames como mamografia e colpocitológico. Além disso, palestras dialogadas com as próprias usuárias, durante a espera para a consulta médica, são em demasia importante para a conscientização dessa população sobre a importância da prevenção aos diversos temas que abrangem a saúde da mulher.

A capacitação dos profissionais de saúde, contínua e cada vez mais aprimorada também deve ser objetivo da intervenção, tendo em vista que muitos devem ter seus conhecimentos embasados no que condiz à atualização dos temas de relevância, com base nos manuais do Ministério da Saúde referentes ao tema proposto na intervenção.

Poderão haver dificuldades principalmente no que condiz ao engajamento desses profissionais, muitas vezes já “acostumados” com uma realidade bem aquém daquela ideal. Além disso, a própria estrutura física, sem ambiente específico para o

acolhimento ideal das usuárias pode dificultar a realização de palestras. Acredita-se que com o empenho de todos esses percalços possam ser superados.

De fato, a demora entre a coleta do preventivo ou solicitação de mamografia e obtenção dos resultados desses exames se mostram como entraves. É necessário que a intervenção sirva não só para estimular a busca ativa à prevenção dessas mulheres, como também estimular os nossos gestores e fluxos do próprio SUS a terem uma maior agilidade, pois só assim é possível construir um sistema de qualidade.

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum no mundo entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano. No Brasil, no ano de 2012, foi estimado um número de 17.540 casos novos (BRASIL, 2013).

Já o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres. A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente com a idade. A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade (BRASIL, 2013).

A participação da mulher é fundamental para a detecção precoce do câncer de mama. A forma de instrumentalizá-la para ser sujeito ativo neste processo vem, porém, se modificando ao longo do tempo. Estimula-se que cada mulher realize a auto palpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Os serviços de saúde devem adequar-se para

acolher, esclarecer e realizar os exames diagnósticos adequados a partir desta demanda.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL: Qualificar o Programa de prevenção do câncer de colo e detecção precoce do câncer de mama nas mulheres da Unidade de Saúde Planalto em Natal/RN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.
2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.
3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama
6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

METAS

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

1.1 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 45%.

1.2 Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%.

Relativas ao 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.

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

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

3.1 Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

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

3.3 Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

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

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

5.1 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).

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

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

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

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

METODOLOGIA

Para 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 45% e entre 50 e 69 anos para detecção precoce do câncer de mama para 70%, realizamos ações nos 4 eixos pedagógicos.

No eixo monitoramento e avaliação faremos a aferição da 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). Determinaremos um ACS a cada três meses para revisar o livro de registro das mulheres adstrita nessa faixa etária.

Já no eixo de organização e gestão do serviço, será preconizado: cadastrar todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde; atender 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); cadastrar todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde; atender todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia (demanda induzida e espontânea). Isso será possível ao se utilizar a ficha-espelho fornecida pela UFPEL para realizar o cadastro das mulheres nessa faixa etária (25 a 64 anos e/ou 50 a 69 anos) a qual será preenchida pelos técnicos do acolhimento e/ou ACS responsável pela sua área. Agendaremos a realização de exame citopatológico para aquelas mulheres que procuram a unidade com esse intuito, além do agendamento orientado

pelo médico. Atender todas as usuárias com exame de mamografia que procurem a unidade, seja por demanda espontânea ou agendada.

Enquanto isso, no eixo de engajamento público, será necessário esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, além da importância da periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino. Realizar-se-ão palestras a cada semana na sala de espera da unidade. Nesses encontros serão esclarecidas dúvidas sobre o exame e sua importância de sua realização, além de diálogos com as usuárias, facilitando o vínculo entre o profissional e a usuária; Orientar-se-ão as ACS sobre a busca ativa dessas mulheres durante o processo de visita domiciliar e no acolhimento na própria unidade; Será distribuído material informativo sobre o câncer do colo do útero o qual pode ser adquirido com recursos próprios, durante esses encontros e nos corredores da unidade enquanto as usuárias aguardam as consultas.

No eixo de prática clínica será feita a capacitação da equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade e respaldo sobre a importância da periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero; Capacitaremos também os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos. Isso será possível através de reuniões com a equipe para revisarmos do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Controle do Câncer do colo de útero. Essa capacitação será organizada por mim e realizada no consultório médico na primeira semana da intervenção na qual serão discutidas dúvidas e apresentadas informações que não são de conhecimento de todos. Apresentar aos ACS a ficha de cadastramento das mulheres entre 25 e 64 anos e orientar seu preenchimento.

Para melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, cuja meta é obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero, realizaremos também ações nos 4 eixos pedagógicos.

No eixo monitoramento e avaliação, haverá monitoramento contínuo adequabilidade das amostras dos exames coletados, onde, através do resultado dos

colpocitológicos, será observada adequabilidade das amostras dos exames coletados. Caso esta se mostre insatisfatória, um novo exame deverá ser solicitado e a consulta reagendada em livro específico.

No eixo de organização do serviço, haverá como prioridade a organização do arquivo para acomodar os resultados dos exames e definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras dos exames coletados. Os resultados dos mesmos serão organizados em local específico em uma pasta adquirida com recursos próprios e acomodados para fácil acesso dos profissionais. As enfermeiras e médicos serão responsáveis pela verificação da adequabilidade das amostras, bem como pelas orientações às usuárias sobre o que fazer após o resultado dos exames.

No eixo engajamento público, tem-se planejado o compartilhamento com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados. Será criado um painel de fácil, adquirido com recursos da secretaria municipal de saúde, para visualização com a proporção de preventivos realizados com exposição sobre a quantidade de coletas realizadas e proporção da população atingida, assim a equipe se sentirá engajada no alcance das metas e a população fica ciente do trabalho que vem sendo realizado.

No eixo de qualificação da prática clínica, será meta atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde. Serão realizadas duas reuniões antes do início da intervenção com objetivo de expor aos profissionais o protocolo do Ministério da Saúde bem como a forma correta de coletar o exame de colpocitologia.

Para melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia, identificaremos 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde e realizar a busca ativa de 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação, serão avaliados 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. Isso será possível através de ficha espelho fornecida pela UFPel, os exames de colpocitológicos serão anotados e as usuárias de 25 a 64 anos serão acompanhadas periodicamente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. No eixo organização e gestão do serviço haverá como metas: facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero; acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero; organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas; organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas; definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero. No que condiz ao detalhamento, as mulheres que porventura tenham já seu resultado serão comunicadas via telefone pela técnica de enfermagem e convocada à unidade para consulta clínica. Todas as mulheres que procurarem a unidade de saúde para saber o resultado terão o mesmo, caso esteja disponível. Serão também organizadas visitas domiciliares em busca às mulheres faltosas e organizada uma agenda para atender a essas demanda de usuárias. Os resultados dos exames de colpocitológicos serão lidos pelo médico ou enfermeiro, durante a consulta agendada.

No eixo de engajamento público, a comunidade será informada sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular, além de outros pontos, citando-se: ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas); esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames; compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social; informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero. Quanto ao detalhamento das ações, pode-se elaborá-lo da seguinte forma: através de palestras a comunidade será informada sobre a importância da realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero. As mesmas serão realizadas semanalmente e de forma dialogada, durante a sala de espera, pela enfermeira da minha equipe. Além disso, as usuárias serão ouvidas no que condiz ao porquê das mesmas não procurarem os serviços de saúde e sobre suas queixas em relação à

coleta de colpocitológico. Durante essas palestras será também mostrada a periodicidade com que esses exames devem ser realizados, bem como o tempo de espera médio para vir receber o resultado do colpocitológico.

No eixo de qualificação da prática clínica, haverá disponibilização do protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames, citando-se outros enfoques: capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas; capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames; capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino. Quanto ao detalhamento das ações, será disponibilizado um protocolo técnico atualizado para manejo dos resultados dos exames, além da capacitação dos ACS para que sempre que realizarem visita, atentar a faixa etária das mulheres (25 a 64 anos) para que compareçam a unidade para realização de coleta do colpocitológico. Além disso, toda a equipe será capacitada, em reuniões a serem realizadas no início do projeto sobre o acolhimento e monitoramento dos resultados de colpocitológico através das fichas-espelho fornecidas pela UFPel.

Em relação as metas 6 e 7, explicitadas, temos como prioridade identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde e realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde

No eixo de monitoramento e avaliação, serão avaliados 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. Quanto ao detalhamento das ações, serão avaliados através de ficha espelho fornecida pela UFPel, os exames de mamografia serão anotados e as usuárias de 25 a 69 anos serão acompanhadas periodicamente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O eixo de organização e gestão de serviço tem como ações: facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia; acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde entregar mamografia; organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas; organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres

provenientes das buscas; definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama. Essas ações serão realizadas da seguinte forma: mulheres que porventura tenham já seu resultado serão comunicadas via telefone pela técnica de enfermagem e convocada à unidade para consulta clínica. Todas as mulheres que procurarem a unidade de saúde para saber o resultado da mamografia terão o mesmo, caso esteja disponível. Serão também organizadas visitas domiciliares em busca às mulheres faltosas e organizada uma agenda para atender a essa demanda de usuárias. Os resultados dos exames de mamografia ou ultrassonografia serão lidos pelo médico ou enfermeiro, durante a consulta agendada.

No eixo de engajamento público, são ações: informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas); esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames; compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social; informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia. Esses pontos serão possíveis através da realização de palestras a comunidade será informada sobre a importância da realização do exame para detecção precoce do câncer de mama. As mesmas serão realizadas quinzenalmente, durante a sala de espera, pela enfermeira da minha equipe. Além disso, as usuárias serão ouvidas no que condiz ao porquê das mesmas não procurarem os serviços de saúde e sobre suas queixas em relação ao exame de mamografia. Durante essas palestras será também mostrada a periodicidade com que esses exames devem ser realizados, bem como o tempo de espera médio para vir receber o resultado da mamografia.

O eixo de qualificação da prática clínica tem como ações: disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames; capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas; capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames; capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia. Quanto à viabilidade, será disponibilizado um protocolo técnico atualizado para manejo dos resultados dos exames, além da capacitação dos ACS para que sempre que realizarem visita,

atentar a faixa etária das mulheres (50 a 69 anos) para que compareçam a unidade para exame clínico das mamas e solicitação de mamografia. Além disso, toda a equipe será capacitada, em reuniões a serem realizadas no início do projeto sobre o acolhimento e monitoramento dos resultados de mamografia através das fichas-espelho fornecidas pela UFPel.

Para melhorar o registro das informações, existe como meta a manutenção do registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero e da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

No eixo monitoramento e avaliação, há como ação presuntiva o monitoramento periódico dos registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde. Todos registros ficarão escritos em ficha-espelho e no prontuário da usuária. Dessa maneira, trimestralmente essas fichas serão revisadas pela enfermeira e médico para avaliar quais usuárias estão porventura com exames atrasados ou não compareceram à unidade.

No eixo de organização e gestão do serviço, há como ações a manutenção das informações do SIAB atualizadas ou ficha própria; implantação planilha/ficha/registro específico de acompanhamento; pactuação com a equipe o registro das informações; definição de um responsável pelo monitoramento do registro. Será pactuado em reunião antes do início da intervenção sobre a importância da manutenção das fichas atualizadas, bem como implementação de registro específico para monitoramento dessas usuárias. Ficará a cargo da enfermeira a avaliação e monitoramento desses registros.

No eixo de engajamento público haverá esclarecimento às mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. Todas serão esclarecidas sobre o direito de manutenção de registros bem como obtenção de segunda via, caso assim solicitem.

No eixo de qualificação da prática clínica, haverá como ação: treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações. No que condiz ao detalhamento da mesma, toda a equipe será treinada conforme protocolo do ministério da saúde sobre a idade correta de avaliação das mulheres, bem como

preenchimento correto das fichas-espelho para atendimento do profissional. Esse treinamento também ocorrerá em reunião a ser realizada antes do início da intervenção.

Para mapear as mulheres com risco para câncer de colo de útero e mama, haverá como 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); realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

No eixo de monitoramento e avaliação, a ação será de monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde. Isso será possível, pois durante consulta clínica, todas as mulheres serão questionadas sobre fatores de riscos para DSTs bem como histórico familiar de câncer de mama. Além disso, será realizado exame clínico adequado, bem como orientação das mesmas a respeito dos modos de prevenção dessas patologias.

O eixo de organização e gestão do serviço terá como ações: identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama; estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama. Em relação ao detalhamento, tem-se: identificar, durante a consulta clínica, aquelas usuárias que porventura tenham maior risco de câncer de colo de útero (por exemplo, com preventivo anterior alterado) ou câncer de mama (por exemplo, histórico familiar) e fazer um acompanhamento mais rigoroso das mesmas. Esse acompanhamento e vínculo será acordado com a própria usuária para programação e agendamento das consultas.

No eixo de engajamento público, serão ações: esclarecer as mulheres e a comunidade 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; ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama. As mulheres serão sempre esclarecidas, durante a consulta clínica sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e mama, bem como prevenção às DSTs e prática de hábitos de vida saudáveis. Além disso, a população será alertada nas próprias palestras sobre sangramento irregular,

autoexame da mama, prevenção a DSTs, dentre outros temas de importância que enfatizam a detecção precoce dessas patologias.

No eixo de qualificação da prática clínica, haverá como ações: capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama; capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação. Toda a equipe será capacitada em reunião a ser realizada no início da intervenção sobre avaliação de risco para câncer de colo de útero e mama, bem como medidas para controle de fatores de riscos passíveis de modificação, com integração multiprofissional. Assim, serão discutidos temas como sinusorragia, DSTs prevalentes, nódulos mamários, hábitos de vida saudáveis, dentre outros.

Para promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, haverá como metas: orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

No eixo de monitoramento e avaliação, há como ação o monitoramento do número de mulheres que receberam orientações. Isso será possível através de planilha fornecida pela própria UFPel. As mulheres que receberam as orientações serão monitoradas, conforme protocolo do ministério da saúde, a respeito de doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

No eixo organização e gestão do serviço, a ação é no intuito de garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos. Esse abastecimento de preservativos será detectado e os gestores contactados via email ou telefone caso seja notada a sua ausência na unidade.

No eixo de engajamento público, a ação se dá no sentido de: 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. Na própria consulta clínica e nas palestras na sala de espera serão abordados temas importantes para saúde da mulher em geral, como o uso de preservativos; a não

adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

No eixo de qualificação da prática clínica, a ação se dá no conceito de 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. Isso será possível, pois, durante reunião no início da intervenção, toda a equipe será capacitada para orientar bem as usuárias sobre a prevenção de DST e estratégias para combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

INDICADORES

Indicador 1 referente a meta 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 referente a meta 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 referente a meta 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 referente a meta 4: Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado.

Indicador 5 referente a meta 5: Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada.

Indicador 6 referente a meta 6: 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 7 referente a meta 7: 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 8 referente a meta 8: 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 9 referente a meta 9: 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 10 referente a meta 10: 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 11 referente a meta 11: 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.

Indicador 12 referente a meta 12: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Indicador 13 referente a meta 13: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama

2.3 LOGÍSTICA

O percentual de mulheres acompanhados na USF Planalto nos programas de prevenção ao câncer de colo de útero chega a apenas 11% do número ideal, enquanto que a do câncer de mama atinge 45% da população alvo. Tendo em vista esses índices, o objetivo da intervenção é aumentar para 45% a cobertura da prevenção ao câncer de colo de útero e para 70% a prevenção ao câncer de mama. Para isso, serão utilizadas fontes bibliográficas como o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (número 13), bem como planilha de dados fornecida pela UFPel e a ficha espelho.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, serão avaliadas as datas do atendimento e os dados referentes à consulta: se a usuária tem sangramento após o coito, corrimento excessivo, alteração ao exame de colo, a data da realização da última coleta de preventivo, orientações sobre DST e fatores de risco,

adequabilidade da amostra (se satisfatória ou não), resultado e data do resultado e do próximo exame, além da data em que foi realizada a busca ativa da mulher. No que diz respeito ao câncer de mama, serão avaliadas sobre fatores de risco, se há alterações ao exame físico, se houve também orientações sobre DST e fatores de risco para CA de mama, a data do resultado da mamografia, assim como o resultado, a data de solicitação e do resultado do ultrassom, bem como as datas dos próximos exames e saber quando houve a busca ativa. Será na planilha de coleta de dados que poderão ser observados o acompanhamento e evolução dessas usuárias.

Para organizar o registro específico do programa, será feito uma lista de usuárias acompanhadas pelo programa de prevenção ao câncer de colo de útero e mama. Assim, todas as usuárias cadastradas estarão em um registro específico, contendo número de prontuário, telefone e endereço. Desse modo, será facilitado o contato à faltosa ou que por ventura não compareceu a consulta por outro motivo. Esse livro será de fácil acesso a todos da equipe. Esse livro será adquirido com recursos próprios.

O acolhimento será realizado pela enfermeira e técnicos de enfermagem presentes na Unidade, seja para os agendados ou aqueles que venham a unidade por algum outro motivo específico. Os profissionais serão treinados sobre orientações às mulheres sobre dias de coleta de preventivo, bem como agendamentos de consultas médicas para a avaliação de saúde da mulher e solicitação de exames complementares, como o colpocitológico e mamografia, se necessários. As reuniões ocorrerão nas segundas-feiras à tarde na primeira e segunda semana do projeto de intervenção. Me encarregarei da impressão do caderno de atenção básica com recursos próprios para ser de fácil acesso aos profissionais da unidade. Em todos os dias serão disponibilizadas consultas extras para essas usuárias.

A capacitação a equipe se dará estimulando os agentes comunitários de saúde da minha área a captarem as usuárias que porventura ainda não tenham acompanhamento na unidade. Desse modo, será facilitada o vínculo unidade-domicílio. Com isso, ganha-se na captação dessas usuárias para avaliação quanto a tais patologias.

Em relação ao atendimento, o técnico de enfermagem ficará responsável por preencher dados iniciais da ficha-espelho, como os pessoais, como endereço e contato telefônico, dentre outros. Esta ficha será anexada ao prontuário, de maneira que os exames complementares e medicações em uso serão anotados pelo médico durante a consulta, facilitando a análise desse profissional. Logo após, a usuária, se será avaliada globalmente, bem como terá exame físico minucioso realizado e, caso necessário, os exames de colpocitologia e mamografia serão solicitados. Vale ressaltar também que a usuária será questionada sobre diversos itens, como a ocorrência de dor ou sangramento nas relações sexuais, sobre o início das atividades, prevenção às DSTs (quais métodos utiliza), parceiros (se único ou múltiplo), recomendando-se, trazer o preventivo sempre que vier às consultas para avaliação médica, história familiar de câncer de mama, bem como avaliação da necessidade de realização de mamografia de acordo com faixa etária.

Os agentes também deverão ter consciência de seu papel como profissionais importantíssimos para criação de vínculo com a unidade. Desse modo, é essencial que se estipule um número mínimo de consultas semanais e caso essas não sejam atingidas, que o agente, juntamente com a equipe investigue o que está acontecendo para as usuárias não irem à unidade.

Palestras mensais serão realizadas na sala de espera com o objetivo de alertar as usuárias sobre a importância da prática de sexo seguro e prevenção às DST, importantes na prevenção ao câncer de colo de útero, bem como fatores de risco ao câncer de mama, como o sedentarismo e alimentação inadequada. Essas palestras serão realizadas todas as terças-feiras pela manhã, dia em que atendo maior proporção de mulheres, pela enfermeira da minha equipe. Será uma forma de discutir abertamente sobre os diversos temas que envolvem a saúde da mulher, com as mesmas podendo dialogar com os profissionais.

Em relação à busca ativa, todos os ACS serão treinados no início do projeto de intervenção para contatarem as mulheres, conforme idade preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, 25 a 64 anos para câncer de colo de útero e 50 a 69 para câncer de mama, para que procurem a unidade de saúde para consulta clínica. Como teremos sempre consultas extras destinadas a essas mulheres, muitas vezes as mesmas poderão ser atendidas no dia que procurarem a unidade, não sendo

necessário agendamento. Além disso, aquelas que porventura não compareçam à unidade para resgatar o resultado do colpocitológico ou não retornem com mamografia serão contatadas via telefone pelo próprio ACS na unidade de saúde e agendadas para consulta, tendo em vista a importância da apresentação desses exames.

Por fim, é possível nesta atividade observar que será forte o esforço em torno da logística de intervenção na USF Planalto. Espero lograr êxito na realização do meu projeto de intervenção para elevar os índices de saúde dessas usuárias com a prevenção dessas patologias que ainda apresentam altas taxas de mortalidade e porém podem ser prevenidas caso essas mulheres sejam corretamente orientadas e conduzidas. Isso, conseqüentemente, transmitirá, mesmo que indiretamente, no aumento do nível de qualidade e cobertura em saúde do país no que condiz ao controle de câncer de colo uterino e mama.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na primeira semana de intervenção foi realizada, após consulta com orientadora e supervisor da UFPel, a mudança do projeto para a temática “Melhoria da Prevenção ao Câncer de Colo de Útero e Mama na USF Planalto, Natal/RN”, tendo em vista que o outro foco, que tratava de hipertensos e diabéticos já havia sido trabalhado no serviço anteriormente. Já este trabalho nunca tinha sido realizado nesta unidade e por isso a importância do tema.

Conforme cronograma, foram impressas uma quantidade considerável de fichas espelhos através de folhas A4 compradas por mim e impressas na própria unidade. Além disso, todos os profissionais da minha equipe e sala de acolhimento foram orientados conforme o preenchimento da mesma. O caderno de atenção básica número 13, referente ao controle dos cânceres de colo de útero e mama. Não foi necessária a reimpressão de novas folhas pois a quantidade já impressa anteriormente (400 cópias) foi suficiente para a demanda atendida.

Além disso, pastas foram disponibilizadas para que toda a equipe tivesse acesso aos dados dessas fichas-espelho. Com isso, a enfermeira, técnica de enfermagem e agentes poderiam ter acesso às fichas assim que necessário, integrando ainda mais a equipe. Na pasta vermelha constavam as fichas em branco, ou seja, que ainda não eram preenchidas por nenhum profissional, enquanto que na pasta verde estavam as fichas já preenchidas. Isso facilitou o trabalho de todos e poderá garantir continuidade ao projeto de intervenção, pois será bem facilitado a função de rever consultas, bem como resultados de colpocitologias e mamografias através deste mecanismo. Todos foram orientados sobre o cuidado de manejo desses dados, tendo em vista que fazem também parte do prontuário médico da usuária.

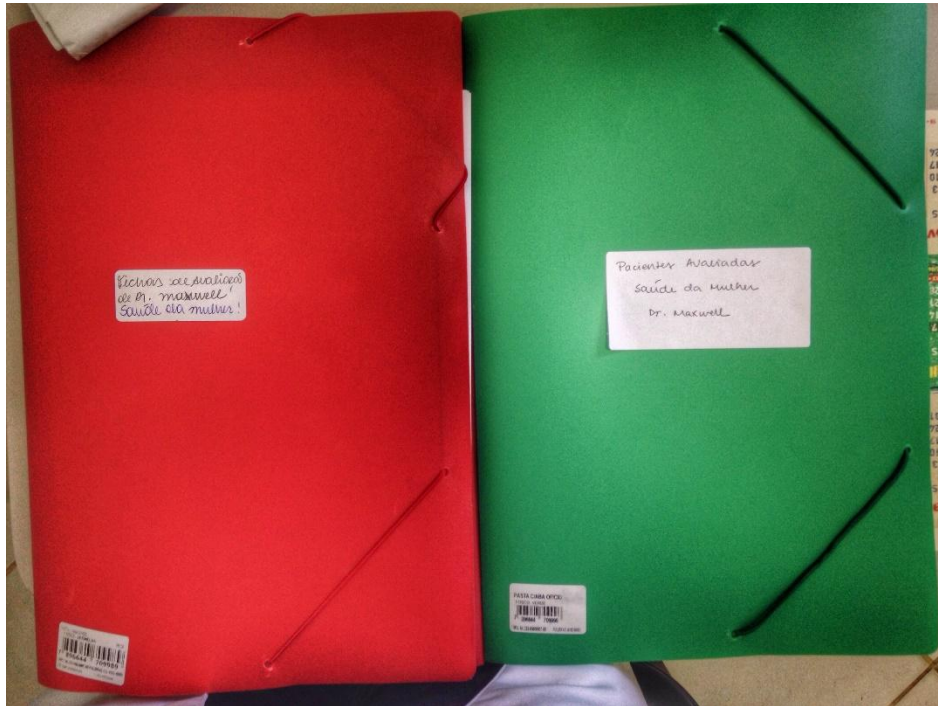


Figura 1: Imagem representativa das Pastas contendo as fichas-espelho disponíveis para a equipe.

O projeto foi apresentado não somente para minha equipe, mas para todos da unidade. Para que um projeto de intervenção tenha sucesso seria fundamental que toda a comunidade e unidade esteja integrada no “bem comum”, que nada mais é que um bom projeto de intervenção, ou seja, algo que não seja apenas pontual e sim continuado por todos os profissionais da unidade, ano após ano. Portanto, durante reunião mensal, o projeto de intervenção “Melhoria da prevenção ao câncer de colo de útero e mama” foi apresentado, incluindo agentes de todas as equipes, médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêutica, auxiliares de consultório dental. Todos ficaram entusiasmados e engajados na melhoria da qualidade de atenção a essas mulheres. Foram apresentados o cronograma do projeto, bem como os principais “pilares” do mesmo.



Figura 2: Imagem representativa da apresentação do projeto de intervenção a todos os profissionais da USF Planalto.

Realizamos o cadastramento das mulheres atendidas na faixa etária preconizada pelo ministério da saúde, ou seja, todas aquelas que tem entre 25 e 69 anos tem sua ficha preenchida, tendo em vista que a prevenção ao câncer de colo de útero tem como faixa etária primordial as mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade e a do câncer de mama mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos de idade. Todos os profissionais da sala de acolhimento já estavam conscientes para “captação” dessas mulheres e preenchimento adequado da ficha.

Realizamos reunião com a gestão municipal de maneira com a presença das coordenadoras do distrito no qual a unidade está inserida. Nela apresentamos o projeto e relatados diversos problemas enfrentados, como a incapacidade da unidade em atender toda a população do bairro Planalto, o que gerava sobrecarga aos profissionais, estresse na população, dentre outros fatores.

Sistematizamos a abordagem à mulher e elas eram avaliadas no que diz respeito ao câncer de colo de útero e mama: o profissional que o atendeu (seja médico ou enfermeiro) questionava se tem sangramento excessivo após o coito, corrimento excessivo, alteração no exame de colo. Além disso, registramos quando disponível, a data de coleta do colpocitológico, orientações sobre DST, se o material da amostra colhida estava satisfatório, o resultado e a data do próximo exame, bem

como a data da realização da busca ativa dessas mulheres, caso tenha sido realizada. No que condiz à prevenção do câncer de mama, as mesmas foram avaliadas se tem algum fator de risco para o desenvolvimento do mesmo, bem como se há alguma alteração no exame clínico das mamas, se recebeu orientações sobre DST e fatores de risco para CA de mama, a data do resultado e resultado de mamografia, bem como data do resultado e resultado do ultrassom mamário, se realizado. A data do próximo exame já era estimada e caso seja realizada a busca ativa, esse dado também era anotado.

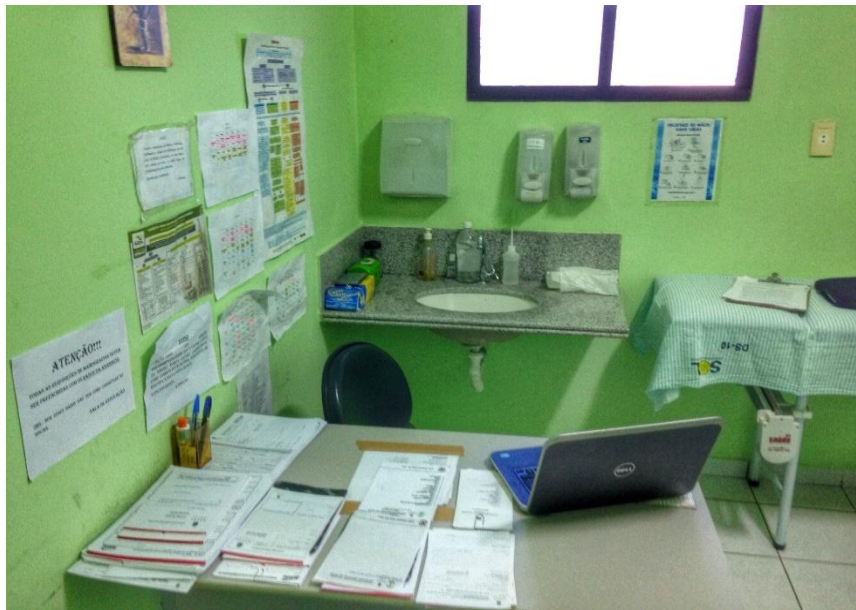


Figura 3: Imagem representativa do consultório médico.

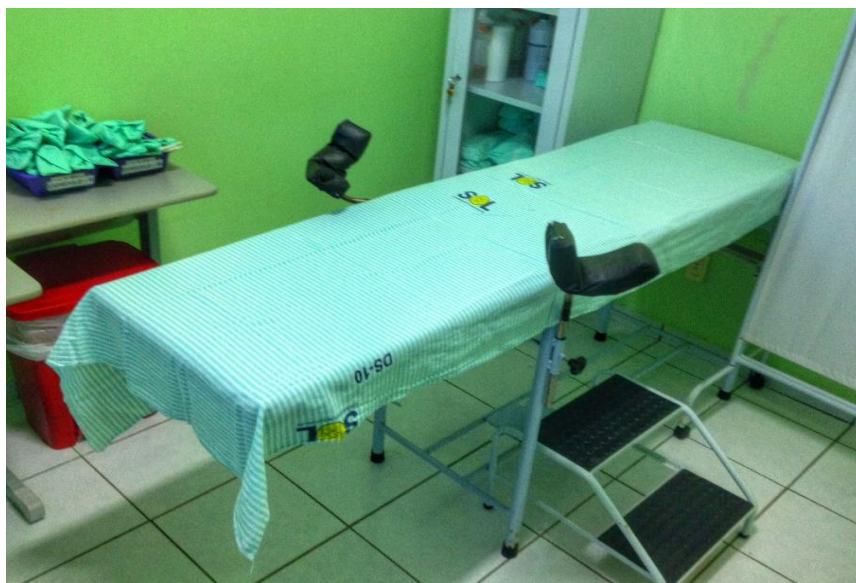


Figura 4: Imagem representativa da maca ginecológica para atendimento às usuárias.

Realizamos visitas domiciliares, que foram fundamentais também para avaliar e fazer a busca ativa de todas as mulheres do local visitado. Na visita foi feito o questionamento em relação à última realização de mamografia e colpocitológico, sendo recomendado que as mesmas procurem a unidade o mais breve possível para avaliação global, caso assim fosse jugado necessário.

Além disso, agentes de saúde foram treinados para incentivar as mulheres de suas áreas a comparecerem à unidade para serem avaliadas no que condiz a prevenção a essas e outras doenças prevalentes na população feminina. Como muitos estavam ausentes da reunião, foi convocado outro encontro específico para esses profissionais e explicitados os argumentos sobre o projeto.

Durante os atendimentos várias usuárias me chamaram atenção pelas queixas diversas, mas foi possível notar também que infelizmente estava inserido em uma comunidade em que a promiscuidade sexual, notadamente nas mais jovens. Muitas afirmavam nas consultas que não tinham parceiro fixo e mesmo assim faziam sexo sem nenhuma proteção. Diante disso, fizemos orientação durante as consultas e nos pré-natais para a prática de sexo seguro e sobre a política de distribuição de preservativo, seja masculino ou feminino, gratuitos.

A enfermeira pertencente à minha equipe foi responsável pelas palestras na sala de espera falar sobre assuntos corriqueiros para a saúde da população, sendo que esta foi uma forma de conscientizar e educar a mesma sobre hábitos saudáveis. Assim, na terça, dia em que atendo saúde da mulher, ou seja, um dia “alvo”, foi debatido a respeito de alimentação e credices populares sobre o uso de ervas medicinais. Foi visto que a maioria das pessoas que aguardavam consulta não tinham uma dieta adequada e com isso apresentavam diversos problemas de saúde (como obesidade, tabagismo, sedentarismo, osteoartrose, dores lombares recorrentes, etc). Neste mesmo dia foi sugerida pelos usuários uma nova palestra com a nutricionista da unidade, que foi realizada algumas semanas depois.

As orientações não se resumiam aos espaços de grupo, mas aproveitamos cada contato para fazer orientação. Por exemplo, mulheres que foram à consulta na busca de um anticoncepcional adequado à sua realidade e era orientada que o uso

do preservativo é essencial para evitar a aquisição de patologias. Isso também foi o um trabalho muito incessante, tendo em vista que estava em uma comunidade na periferia de Natal, com tem altos índices de violência e gravidez na adolescência. Foi também acordado com minha enfermeira que uma boa estratégia para a reflexão dessas mulheres em relação à saúde em geral seria fazer discussões, com uma espécie de roda de debates, na sala de espera. Assim, já foram expostos diversos temas, como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, DSTs, dentro outros temas.

Vale ressaltar também que durante as consultas de Hiperdia, realizadas normalmente nas quartas pela manhã, foram também um ótimo momento questionar também às usuárias a respeito de quando as mesmas fizeram a última mamografia e/ou colpocitologia, desde que elas estejam dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde.

O “Outubro Rosa” teve inicio durante o projeto e potencializou nossas ações com atividades e encontros aonde as mulheres foram alertadas sobre os riscos do câncer de mama e de colo e como prevenir-se, hábitos saudáveis etc. Foram realizadas palestras na própria unidade com os profissionais e depois distribuído um lanche.



Figura 5: Imagem representativa do início do “outubro rosa” e do ambiente de realização das palestras.



Figura 6: Imagem representativa do lanche servido às usuárias da USF Planalto ao final da palestra.

Realizamos a palestra com a nutricionista da unidade sobre hábitos nutricionais saudáveis, pois o cuidado a mulher vai além do colo ou mama. É importante um projeto de intervenção que caracterizasse a saúde da mulher de uma maneira “holística”, não apenas enfatizada na prevenção ao câncer de mama e colo de útero. Foram ressaltados pontos interessantes sobre uma nutrição saudável, como a redução na ingestão de frituras e fast-foods, bem como implemento na alimentação de uma dieta rica em frutas e vegetais em geral. Infelizmente foi visualizado, mesmo estando em uma comunidade em que o poder aquisitivo das pessoas está muito aquém do ideal, que as mesmas tem hábitos alimentares ruins. Apesar do número reduzido de mulheres que compareceram (cerca de 30), acredito que a palestra cumpriu o seu propósito. Planejavamos uma ação com mais de 50 mulheres, no mínimo. Essas foram avisadas nas consultas médicas e pela minha equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A unidade carece de medicações, como anticoncepcionais e medicamentos para corrimentos diversos (vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase). A falta de abastecimento das farmácias infelizmente é um problema crônico do município de Natal, pois não só na minha unidade se enfrenta esse problema, como aparentemente toda a rede, conforme relato de outros colegas. Portanto, nem sempre as usuárias tiveram seu tratamento adequado e gratuito.

Também ficou inviável a realização de reuniões de grupo devido a inviabilidade das salas, sendo decidido que seriam realizadas palestras na sala de espera durante a consulta médica com a enfermeira.

Encontramos dificuldades para armazenar as fichas espelho. Ficou decidido, naquele momento, que essas pastas ficariam na sala de enfermagem, pois esta é de fácil acesso aos funcionários. É possível relatar também que a falta de funcionários nas reuniões foi um entrave.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Infelizmente, também enfrentamos problemas relativos à coleta e sistematização dos dados. Alguns funcionários da equipe se mostraram resistentes ao projeto de intervenção, sendo esse o empecilho inicial encontrado. No entanto, logo após ter verificado isso, fiz o relato das intenções do mesmo e todos se mostraram complacentes em colaborar. Foi então designado que as técnicas que participavam do acolhimento inicial aos usuários seriam as responsáveis pelo preenchimento inicial dos dados e tudo transcorreu bem. As usuárias foram questionadas sobre dados iniciais, como nome completo, número de prontuário, cartão SUS, endereço, telefone, dentre outros. Logo após, essa ficha-espelho era anexada ao prontuário da usuária, sendo então encaminhada ao consultório clínico para atendimento.

Os funcionários relataram como dificuldades o excesso de trabalho no preenchimento das fichas-espelhos quando algum funcionário deste setor faltava, por exemplo. No entanto, mais uma vez foi reforçada a importância do mesmo para acompanhamento das mulheres do bairro. Foi relatado que os dados iniciais (nome, endereço, etc) só seriam preenchidos uma vez e logo após tudo seria facilitado, tanto para usuários como profissionais.

Como mais um entrave, foi observado na minha realidade que infelizmente muitas mulheres não são rastreadas por simples displicência, tanto delas como dos profissionais de saúde que as atendem. Um simples exame clínico ou perguntas direcionadas já podem detectar muitas alterações importantes.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviço

Na décima segunda semana encerramos a intervenção. Foram contabilizados cerca de 382 usuárias acompanhadas, o que é um grande número, tendo em vista a realidade em que estávamos inseridos. Muitos problemas foram enfrentados principalmente na obtenção dos resultados dos colpocitológicos e mamografias, porém foi tentado ao máximo captar esses exames para que a intervenção não fosse prejudicada. Gestores foram cobrados do porquê de tanto atraso e alertados da importância da agilidade não só desses mas de todos os exames solicitados no sistema único de saúde.

Obedecendo rigorosamente ao cronograma, conseguimos realizar todas as reuniões e palestras necessárias na unidade, criando a “cultura de prevenção ao câncer de colo de útero e mama” neste local. Além disso, as pastas com fichas espelho continuarão na unidade para acompanhamento, pelos profissionais, das mulheres do bairro. Como problemas, enfrentei uma certa resistência da equipe ao final do projeto, que deixou de preencher as fichas-espelhos. Além disso, os agentes deixaram de me dar um feedback sobre as visitas domiciliares, porém já reforcei a importância do mesmo.

É gratificante ver que seu trabalho valeu à pena. Muitas mulheres hoje me agradecem por nunca terem tido sequer uma mama examinada ou nunca terem realizado um exame de colpocitologia. Acredito que esse é o maior ganho pessoal do trabalho realizado. Um fato que me chamou atenção foi o grande número de mulheres sem rastreamento nenhum, que sequer haviam realizado exame de mamografia ou citológico do colo uterino. Isso ressalta a importância da realização de campanhas com o objetivo de incentivar mais as mulheres a procurarem mais os serviços de saúde para avaliação global.

Pude identificar também, que, como era de se esperar, há um alto índice de gravidez na adolescência no bairro que estou inserido. Isso converge consequentemente que muitas mulheres não tem o hábito de usar preservativos, o que consequentemente aumenta o risco de transmissão de DSTs. É de grande valia também o incentivo ao uso desses aparatos principalmente pela população mais jovem.

Fazendo uma retrospectiva da nossa intervenção, vimos o quanto foi árduo o nosso trabalho. De início, foi um pouco difícil a adaptação, mas todo início de trabalho passa por essas dificuldades, por outro lado, logo superamos esse primeiro obstáculo. Planejamos muitas coisas, várias deram certo, foram concretizadas, outras não. Realizamos na segunda semana de intervenção uma reunião com todos os profissionais da unidade para expor o projeto. Infelizmente, por falta de um sala específica, as palestras foram realizadas no próprio hall de espera da unidade. Conforme estava previsto no cronograma, diversos temas foram tocados além da prevenção ao câncer de mama e colo de útero, como a prática de uma alimentação saudável, exercícios físicos, prevenção às DSTs, dentre outros temas. Tenho a

convicção que a semente foi plantada e que, no início de janeiro, daremos continuidade às atividades em grupo, pois as palestras abrangem uma grande quantidade de pessoas e são de fácil realização.

É válido também destacar a colaboração que nos foi dada pelas outras três equipes da nossa Unidade. A contribuição de cada uma foi bastante valiosa. Trabalhamos em equipe e trabalhamos bem melhor! Refletimos bastante sobre o vínculo entre a população e os profissionais de saúde e temos a convicção que o nosso projeto vai aumentar de forma significativa esse vínculo, pois é um trabalho a longo prazo, baseado em um dos princípios da atenção básica que considero fundamental, a longitudinalidade, que visa justamente aumentar o acompanhamento e o vínculo da população com a atenção básica. O projeto, portanto, tem plena viabilidade para ser incorporado ao serviço.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O projeto de intervenção visou buscar uma melhoria na qualidade da prevenção ao câncer de colo de útero e mama na Unidade de Saúde da Família do Planalto na cidade de Natal-RN. A população alvo da área adstrita da Unidade é de 882 mulheres de 25 a 64 anos, abrangendo a faixa etária de prevenção ao câncer de colo de útero preconizada pelo ministério da saúde, e 203 mulheres de 50 a 69 anos, abrangendo a faixa etária de investigação do câncer de mama preconizada pelo ministério da saúde.

Durante as duas primeiras semanas, passamos por duas reuniões com todas as equipes para a implementação de fato do projeto. Além disso, o caderno de atenção básica número 23, que condiz com a intervenção e fichas-espelho foram impressas, sendo deixadas na unidade para acesso dos profissionais.

METAS

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

1. 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 45%.

2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%.

Ao final de 3 meses de intervenção, conseguimos cadastrar na área adstrita 32,3% das mulheres de 25 a 64 anos e 74,9% das mulheres de 50 a 69 anos.

No primeiro mês de intervenção tivemos apenas 17 usuárias cadastradas de 25 a 64 anos e 7 mulheres de 50 a 64 anos. O motivo principal foi o adiamento do início do projeto devido a mudança de foco necessária para seguir as regras do curso que resultou na mudança de todo o projeto de intervenção. Consequentemente, tive que reservar tempo para treinar toda a equipe e só então começar a intervenção de fato.

No segundo mês de intervenção, cadastramos 125 mulheres de 25 a 64 anos e 79 mulheres de 50 a 64 anos, tendo, portanto um aumento nos atendimentos após haver treinamento adequado, que correspondeu a 14,2% e 38,9% de cobertura, respectivamente. No terceiro mês fomos mais além e alcançamos o total de 285 mulheres cadastradas de 25 a 64 anos e 152 mulheres de 50 a 64 anos, o que corresponde a 32,3% e 74,2% de cobertura, respectivamente.

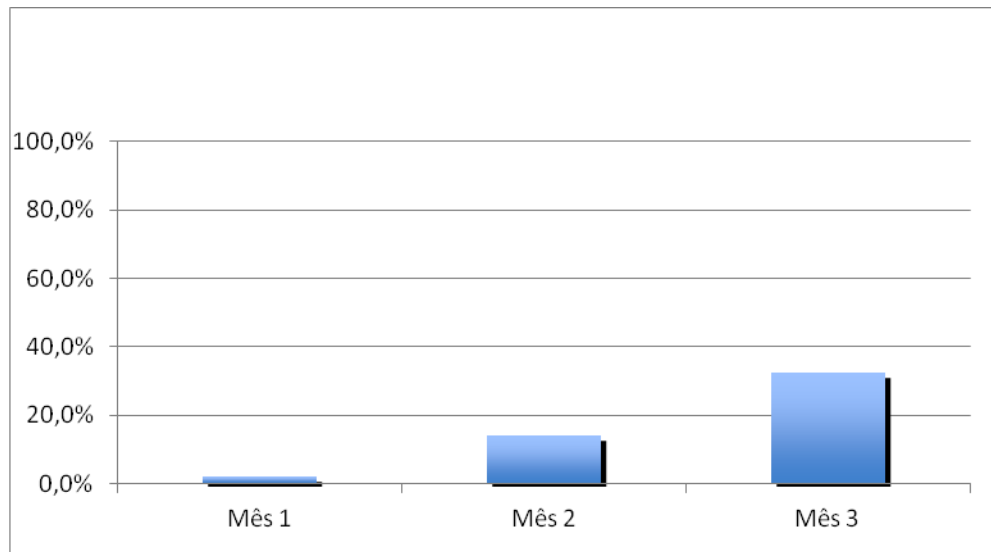


Figura 7: Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

Para alcançar estes resultados a equipe planejou ações para alcançar o maior número possível de mulheres. Dentre as ações, realizamos visitas domiciliares e cadastramos as mulheres que compareceram a unidade para atendimento clínico e para as atividades educativas. Além disso, todos os profissionais foram alertados sobre o registro adequado dos prontuários e dados das usuárias. Como se pode observar, os números analisados são crescentes, o que indica que a intervenção tende a melhorar nos próximos meses, se realizada corretamente. Infelizmente a meta de abrangência para as mulheres de 25 a 64 anos não foi atingida sobretudo por falta de apoio das demais equipes em relação a esses atendimentos, o que refletiu nesse resultado. Diante disso, uma maior integração da equipe, associada a maior conscientização da mesma ainda são necessários para o melhor aproveitamento do projeto.

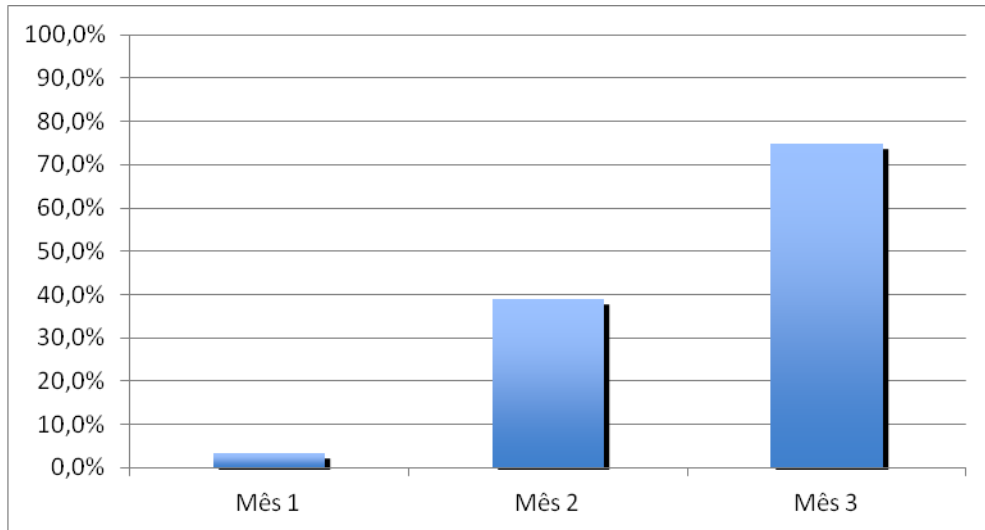


Figura 8: Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

Relativas ao 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.

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

Para qualificar a coleta do citopatológico realizamos a capacitação sobre o protocolo e a técnica de coleta. Além disso, o Manual ficou impresso na unidade para que fosse mais facilmente manipulado em caso de dúvidas. Com isso, ao longo de 3 meses de intervenção, a proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero aumentou de 94,1% no primeiro mês para 100% no último mês como mostra o Gráfico da Figura 9. No mês 1 tivemos apenas 17 usuárias acompanhadas, enquanto que no último mês tivemos 285, o que reflete intrinsecamente na melhoria tanto da coleta dos preventivos como no resultado mais rápido dos mesmos.

Com isso, pode-se observar o aumento na cobertura dessas usuárias, o que reflete na qualidade e quantidade de serviços prestados a essa população, garantindo assim maior acessibilidade da mesma. Faz-se necessário a maior

divulgação, seja por meio dos agentes comunitários de saúde ou durante a própria consulta clínica acerca do tema para as mulheres do bairro. No entanto, o que vai continuar impactando para mantermos a meta é a capacitação e atualização sobre a técnica de coleta, armazenamento e transporte do exame periodicamente ou a cada profissional novo que entre na unidade para se manter o padrão de qualidade do exame e aumentar a sua sensibilidade para o diagnóstico.

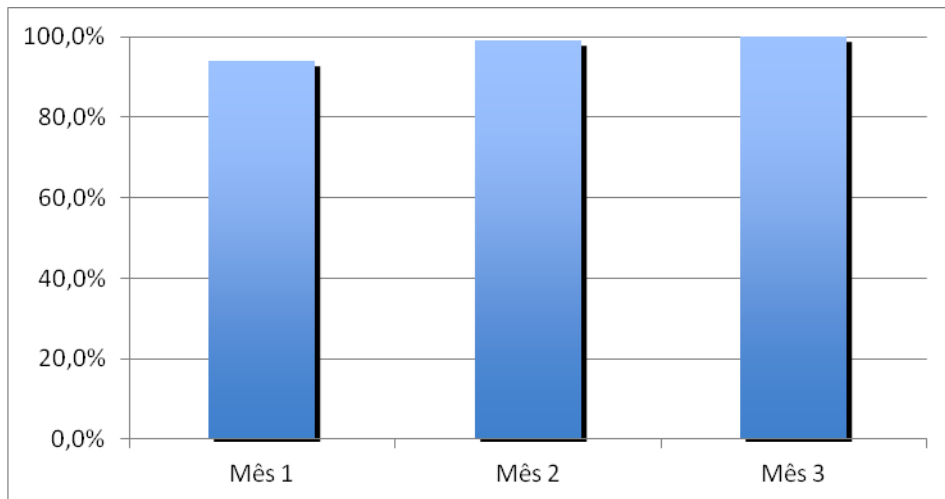


Figura 9: Gráfico representativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

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

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

No primeiro mês tivemos 3 exames citopatológicos do colo alterados, no segundo tivemos 10 e no último haviam 7 exames alterados. Durante a avaliação dos dados, é possível verificar que nenhuma usuária acompanhada deixou de retornar à UBS para conhecer os resultados, o que reflete na adesão das mesmas e 100% foram acompanhadas e não foi necessário realizar busca ativa para nenhuma paciente com exame alterado.

Já em relação a mamografia, tivemos 4 exames alterados no primeiro mês seguido de 22 no mês dois e três. As mulheres levaram seus exames alterados para serem analisados, no entanto existe uma limitação em relação a mamografia, pois só temos acesso aos exames alterados levados pelas usuárias para a consulta. Nesse sentido não conseguimos fazer vigilância desses resultados, pois se a mulher não levar o exame não ficamos sabendo do resultado e por isso devem ter exames alterados que não ficamos sabendo. Diante disso, esse dado é limitado. O que podemos garantir é que todas as mulheres os exames alterados que tivemos acesso foram acompanhadas e encaminhadas quando necessário para a atenção especializada, mas não foi preciso realizar busca ativa.

Assim, um maior contato com o serviço terceirizado ou até mesmo um simples número de telefone da mulher cujo exame foi solicitado já facilita a informação. Infelizmente não dispomos de suporte, devido ao curto período de intervenção, para realizar o trabalho neste sentido.

Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Durante os três meses de intervenção é possível observar que tivemos também uma grande melhora nos índices de registros adequados. No primeiro mês, havia apenas 30% das mulheres com registro adequado em relação ao exame de citopatológico, o que corresponde a 16 registros entre as 53 mulheres cadastradas. Esse número aumentou resultando em 120 (56%) registros qualificados no segundo

mês e 286 (88%) no terceiro. O mesmo aconteceu para o acompanhamento das mamografias, com índices de 33,3% no primeiro mês qualificando o registro inicialmente de 7 mulheres, chegando a 57,8% no segundo, que corresponde a 78 registros e por fim, 84,4% no terceiro resultando em 151 registros adequados. Isso mais uma vez reflete na melhoria da intervenção ao longo dos meses, tendo em vista que a população estudada só fez aumentar ao longo da intervenção.

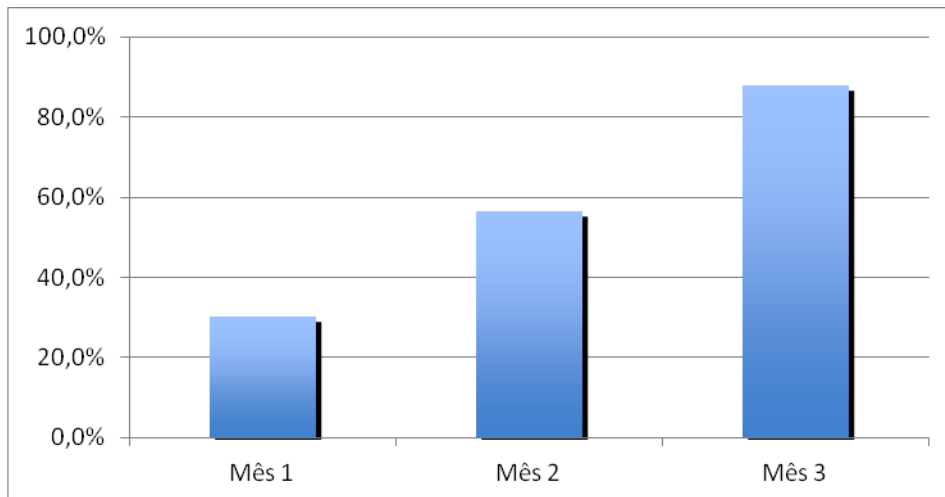


Figura 10: Gráfico representativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

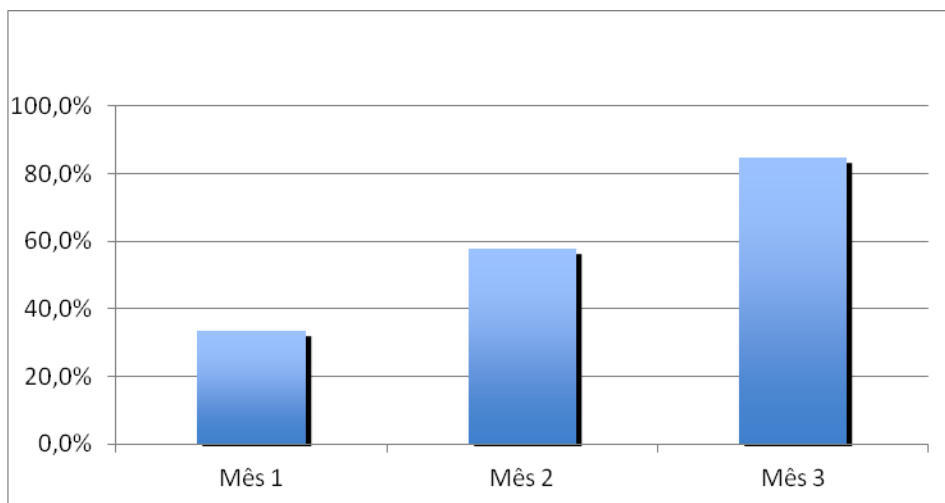


Figura 11: Gráfico representativo da proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014 na USF Planalto, Natal/RN.

O registro da ficha espelho ficou em uma pasta específica de fácil acesso aos profissionais, que poderiam manipular e atualizar as informações. Para garantir esse resultado a equipe se adequou às orientações fornecidas, fazendo as anotações conforme recomendação. Apesar de considerarmos um avanço na qualificação dos registros, que pode ser visualizada nos Gráficos das Figuras 10 e 11, a meta não foi cumprida pois era de 100% e para alcançarmos acredito que precisava de um maior tempo de intervenção, tendo em vista a baixa cobertura, bem como maior empenho de todos da equipe.

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

10. 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).

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

Como se pode observar no Gráfico da Figura 12, é possível afirmar 100% das mulheres nos três meses tiveram avaliação de risco para câncer de mama, o que corresponde a 21 mulheres no primeiro mês, 135 no segundo e 178 no terceiro.

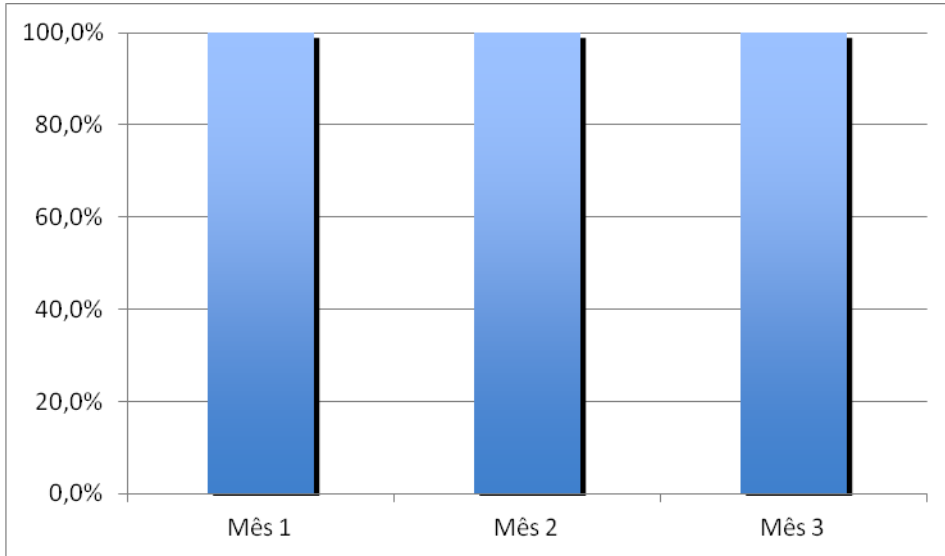


Figura 12: Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

Da mesma forma aconteceu em relação à pesquisa dos sinais de alerta para câncer de colo de útero como mostra o Gráfico da Figura 13. Avaliamos 53, 212 e 325 nos meses sucessivos, o que indica mais uma vez a melhoria da qualidade do atendimento baseada na ficha-espelho. Alcançamos a meta, pois realizamos avaliação de risco em todas as mulheres atendidas, tornando isso uma rotina no primeiro contato durante os atendimentos. Tal índice foi atingido por meio de empenho e dedicação da equipe, atrelados a um melhor registro de informações nos prontuários.

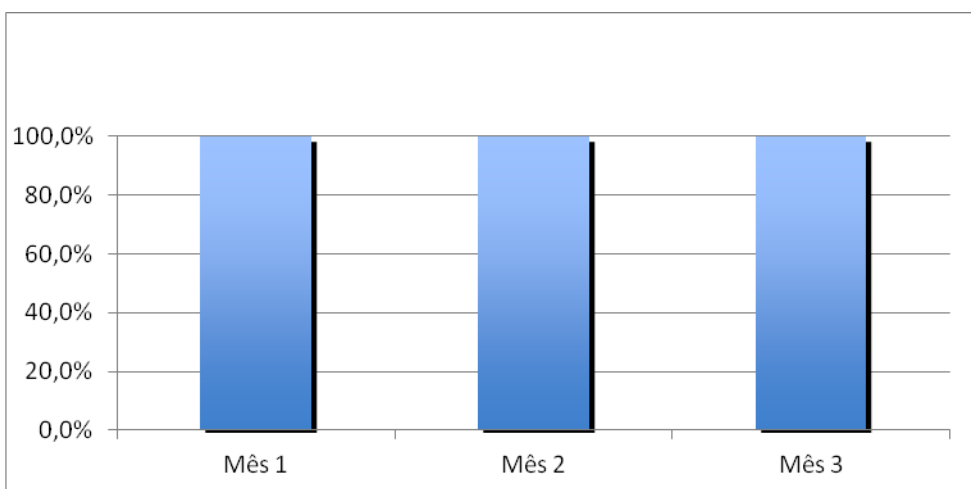


Figura 13: Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero na USF Planalto, Natal/RN.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014.

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

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

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

Em relação a estes objetivos, é possível ressaltar que também obtivemos sucesso, com 100% das mulheres cadastradas orientadas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e fatores de risco para câncer de mama e colo uterino, o que reflete mais uma vez a importância de uma consulta padronizada, baseada no protocolo do ministério da saúde e na ficha-espelho adotada. Orientamos 53 mulheres de 25 a 64 anos no primeiro mês e nos demais 212 e 325 sucessivamente. Já na faixa etária entre 50 e 69 anos orientamos 21 mulheres no primeiro mês, 135 no segundo e 178 no terceiro mantendo a média de 100% em todos os meses para ambas faixas etárias. Para alcançarmos esse resultado realizamos orientação durante as atividades educativas, por meio de palestras na sala de espera, bem como nas próprias consultas. Todos os profissionais se empenharam na melhoria dos índices, bem como para realizar uma melhor busca-ativa das usuárias atendidas na unidade.

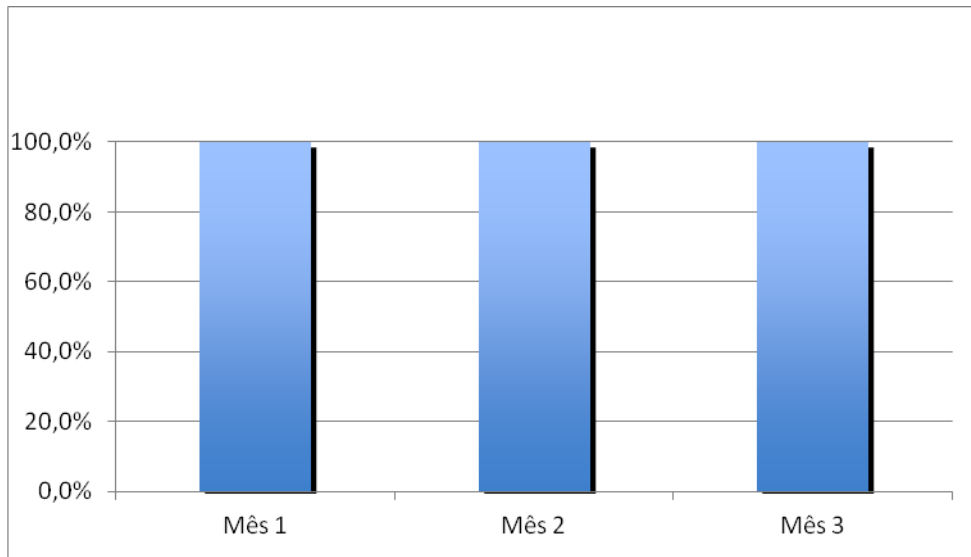


Figura 14: Gráfico representativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, Natal, 2014 na USF Planalto, Natal/RN.

Podemos observar, com tais resultados, o aumento tanto na qualidade como na demanda da prevenção ao câncer de colo de útero na USF Planalto, garantindo assim maior acessibilidade, longitudinalidade e integralidade às usuárias atendidas por este serviço, conforme preceitos da atenção básica e do SUS.

4.2 Discussão

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica foi a demonstração da relação entre o HPV (papiloma vírus humano) e o câncer de colo de útero. Aproximadamente 100 tipos de HPV foram identificados e tiveram seu genoma mapeado, sendo que 12 a 18 tipos são considerados oncogênicos. Os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer de colo de útero (SMITH et al., 2007).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente.

O tabagismo aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce (BRASIL, 2013). A prevenção primária do câncer de colo de útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, que ocorre por via sexual. Conseqüentemente, o uso de preservativos protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, perianal e bolsa escrotal. Atualmente há duas vacinas disponíveis no Brasil para prevenção do câncer de colo de útero: a bivalente, que protege contra os tipos 16 e 18 e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11, porém bastante prevalentes nas lesões condilomatosas e os 16 e 18, já citados anteriormente. É importante ressaltar que a vacina não elimina a necessidade de prevenção secundária, tendo em vista que 30% dos casos de câncer são causados por outros tipos virais oncogênicos (BRASIL, 2013)

Em relação à prevenção secundária vale ressaltar que a realização do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para rastreamento do câncer de colo de útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e para aqueles com cobertura de 70% essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em relação ao rastreamento, atualmente é possível definir que o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O MS preconiza um intervalo entre os exames de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Além disso, o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, sendo que os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. No caso de mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. No caso das gestantes, o rastreamento deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres,

sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio (BRASIL, 2013).

Embora as recomendações relacionadas à periodicidade tenham respaldo nas diretrizes de programas europeus e norte-americanos bem-sucedidos, no Brasil encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura. Em 2010, 91% das mulheres informaram terem realizado alguma citologia anterior, das quais, 44% foram coletadas nos últimos 12 meses. Portanto, com isso é possível observar que a oferta de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, porém observa-se que grande parte dos exames são ofertados como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado (BRASIL, 2013)

Já o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. (WHO, 2008). É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres. A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente com a idade. A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade (BRASIL, 2013).

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do Câncer. Nela, é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos onde predomina a apresentação do câncer de mama em fase avançada, pois o estadiamento em fase inicial possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas. (BRASIL, 2013).

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009b). Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação brasileira é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais. A definição sobre a forma de rastreamento da mulher de alto risco não tem ainda suporte nas evidências científicas atuais e é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento. Recomenda-se que as mulheres com risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico individualizado e sejam informadas sobre as incertezas e possíveis riscos e benefícios associados ao rastreamento, considerando os valores e preferências.

A intervenção na minha Unidade proporcionou o aumento na cobertura das mulheres no que se refere à prevenção ao câncer de mama e colo de útero. Colocamos uma meta de cadastrar 45% das mulheres da nossa área e apesar de não termos alcançado a meta estabelecida, o trabalho em três meses gerou aumento significativo da cobertura. Em paralelo ao aumento das mulheres acompanhadas a proporção de usuárias com exames em dia só fez aumentar ao longo da intervenção e 100% das mulheres tiveram amostras citopatológicas satisfatórias do colo de útero, demonstrando a qualidade na coleta deste exame (BRASIL, 2013).

Com a intervenção houve maior agilidade e fluidez na entrega de exames, sobretudo ao final da intervenção devido ao posicionamento frente a gestão para qualificar esse cuidado. Com os resultados em mãos também foi possível visualizar um aumento do registro adequado dos exames ao longo da intervenção, o que indica a melhoria na avaliação clínica dessas mulheres. Para garantir o registro

adequado a equipe foi treinada sobre o preenchimento das fichas espelho e todas as usuárias eram então encaminhadas ao consultório clínico.

Todas das mulheres receberam orientação quanto a fatores de riscos para esses cânceres durante as consultas e as palestras dialogadas realizadas ao longo de toda a intervenção. Esse resultado é de extrema importância, pois o cuidado à mulher não se resume apenas a realização dos exames, mas passa pela promoção ao auto cuidado através de práticas saudáveis.

Em relação às atividades educativas, essas foram realizadas por meio de palestras, na sala de espera, onde foram tratadas diversas temáticas, como prevenção ao câncer de colo de útero e mama, educação popular, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição saudável, exercícios físicos, dentre outros. Foi alcançada uma boa adesão e aceitabilidade das usuárias em relação a essas atividades.

As buscas ativas foram realizadas pelos próprios agentes comunitários, que eram informados sobre a chegada do exame de colpocitológico. Logo, através de telefone, essas usuárias eram agendadas para consulta clínica e avaliadas. Isso proporcionou maior agilidade, facilidade no acesso e fluidez no atendimento. Com toda essa dinâmica, mudamos o processo de trabalho priorizando o acolhimento dessa mulher, organizando as agendas para atendê-las e criando a rotina de monitoramento dos dados atrelada a busca ativa realizada pelos agentes de saúde.

Com os avanços conseguidos podemos observar que a intervenção trouxe benefícios tanto para a equipe, como para a comunidade como para o serviço de saúde como um todo. Na equipe USF Planalto houve uma melhor integração, após o início da intervenção. Essa integração iniciou durante a capacitação da equipe, onde foi realizada toda a atualização de acordo com protocolos e manuais do Ministério da Saúde, tendo como objetivo instrumentalizar e orientar a equipe sobre o cuidado das usuárias no que condiz à prevenção ao câncer de colo de útero e mama. Em seguida, todas as técnicas de enfermagem tiveram um treinamento para avaliação inicial, ainda na sala de acolhimento, destas usuárias. Os agentes foram orientados na realização de busca ativa das mulheres a cada visita domiciliar, tendo sido reforçada a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para rastreamento do

câncer. O médico ficou responsável pelo atendimento clínico a essas usuárias, bem como exame clínico adequado e realização de orientações no que condizem a fatores de risco para essas patologias. A enfermeira da equipe ficou responsável pela coordenação dos trabalhos, dando suporte aos outros profissionais, além de terem sido responsáveis pela maior parte das palestras dialogadas com os usuários ao longo da intervenção.

Como se pode observar, com a capacitação realizada, pudemos então realizar a intervenção da unidade, tendo em vista que a equipe tornou-se mais homogênea e complacente a causa principal da mesma: aumentar a qualidade e cobertura da prevenção ao câncer de colo de útero e mama na USF Planalto. Além da viabilização da intervenção, as reuniões permitiram a definição das funções de cada profissional e todos se sentiram ativos. Essa dinâmica pode nos ajudar na organização de outros processos, pois isso cria uma rotina de discussão do processo de trabalho.

Realizando uma análise em curto prazo, tendo em vista a duração de três meses do projeto, é possível avaliar que a intervenção já teve um impacto bastante positivo para a comunidade. As mulheres foram mais bem orientadas e conduzidas no que condiz à temática avaliada, além do que tiveram os resultados dos exames realizados com maior agilidade, pois os gestores foram sendo cobrados. Também é possível relatar que se criou uma “cultura” de prevenção, principalmente pelos agentes de saúde, tendo em vista que estes foram orientados a respeito de sempre realizarem a busca ativa a cada visita domiciliar. As palestras dialogadas, com o objetivo de não só expor, mas avaliar caso a caso as principais aflições das mulheres e compartilhar os mesmos nas conversas de grupo, tiveram uma avaliação bastante positiva pela população. Com isso, é possível observar que a médio e longo prazo os resultados da intervenção virão principalmente no que condiz a um aprimoramento na abordagem da mulher a fim de prevenir ou detectar precocemente esses cânceres, garantindo diagnóstico precoce às usuárias e redução dos custos hospitalares com essas patologias que hoje ainda são esporadicamente diagnosticadas em fase tardia.

O que faria diferente se a intervenção se iniciasse hoje se refere a garantir maior adesão dos funcionários, pois muitos deles já trabalham sobrecarregados há

muito tempo e reclamam bastante do serviço público. Assim, garantiríamos uma intervenção mais qualificada, embora a estratégia para essa temática envolva diversas frentes, muitas delas as quais não posso lidar sozinho.

Enfrentamos diversos problemas na unidade, principalmente no que condiz a demora entre a realização e o resultado do exame chegar à usuária. No entanto, gestores foram cobrados a esse aspecto. Além disso, ao longo das semanas, devido a carga de trabalho dos técnicos, muitas usuárias deixaram de ser avaliadas na sala de acolhimento e algumas não tiveram sua ficha preenchida lá, mas sim no consultório clínico, o que não afetou a intervenção, porém muitas usuárias relataram demora na consulta devido ao preenchimento desses papéis. É necessário relatar também a necessidade de um local adequado para o armazenamento dos prontuário, pois muitas vezes os dados se perdem devido à desorganização do arquivo.

No que condiz à viabilidade da incorporação da intervenção, é possível afirmar que a mesma pode ser realizada desde que haja maior integração entre as equipes, bem como coparticipação. A receptividade e a satisfação da população, aliado ao engajamento de toda a equipe faz com que eu acredite que teremos um seguimento adequado. Com relação à viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, faz-se necessário algumas adequações. Como temos na nossa UBS quatro equipes, é necessária uma homogeneização dos conhecimentos sobre prevenção ao câncer de colo de útero e mama entre todos os integrantes das quatro equipes, além disso, deve haver uma maior interação entre as equipes para a realização de um planejamento adequado com a realidade da UBS. Seria importante a realização de reuniões mensais entre as equipes para discutir ações conjuntas baseadas na análise de metas e resultados obtidos até então, com construção de gráficos e painéis com o que foi e não foi cumprido. Com isso, garantiríamos a intensificação da prevenção à temática e maior qualidade e cobertura às usuárias da USF Planalto a cada mês.

Tendo em vista a melhoria da atenção à saúde da mulher no serviço, faz-se necessária a busca e concretização de parcerias com igrejas, associações, farmácias e outros seguimentos, uma vez que ajudam na divulgação do Programa e na realização de atividades que possam proporcionar uma maior qualidade de vida

aos participantes, como as palestras dialogadas e atividades em grupo multidisciplinares. Isso faz com que nós consigamos melhorar a saúde, promovendo o bem estar não só físico, mas também mental e social. É imprescindível que tenhamos mais apoio e condições de trabalho também aos profissionais através da qualificação da estrutura de saúde, pois muitas vezes ficamos a depender de outros serviços, muitos destes sem possibilidade de dialogar com a própria unidade de saúde, o que impede muitas vezes o avanço no projeto.

Portanto, é possível afirmar que o projeto de intervenção é viável, desde que haja maior apoio não só da equipe, mais de gestores, garantindo aporte necessário para realização de todos ou a maioria dos pontos propostos, bem como dos outros serviços, principalmente na agilidade na entrega de exames. Além disso, a própria população, que tem que ser mais aderentes às condutas preconizadas pelos profissionais de saúde, fator esse que depende intrinsecamente da mudança da abordagem baseada apenas na doença, passando para a abordagem centrada na pessoa. Com isso, garantimos não só uma melhoria na qualidade do atendimento, mas sim no próprio Sistema Único de Saúde.

4.4 Relatório de Intervenção para os gestores

Durante 03 meses, todas equipes da Unidade de Saúde da Família do Planalto (USF Planalto), localizada no município de Natal, Rio Grande do Norte, realizaram um projeto de intervenção com objetivo de melhorar a cobertura e qualidade da prevenção ao câncer de colo uterino e mama neste local.

Havia como objetivos específicos: ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama; melhorar a qualidade do atendimento essas mulheres; melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia; melhorar o registro das informações; mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama e realizar ações de promoção à saúde na unidade de saúde.

Escolhemos trabalhar com essa temática devido à deficiência de atendimento e assistência às usuárias em nossa área, atrelados aos baixos índices de cobertura. Para guiar o nosso projeto utilizamos o Caderno de Atenção Básica número 13

(BRASIL, 2011) do Ministério da Saúde que versam sobre a prevenção aos cânceres de colo de útero e mama.

Durante o período de projeto, foram cadastradas 285 mulheres de 25 a 64 anos e 152 mulheres de 50 a 69 anos. Todos os profissionais da equipe receberam orientações, por meio de duas reuniões, sobre o projeto, bem como orientações sobre preenchimento de fichas-espelhos, busca ativa de usuárias faltosas, dentre outros itens.

Realizamos atividades educativas na sala de espera abordando diversos temas, como prevenção ao câncer de colo de útero e mama, educação popular, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição saudável, exercícios físicos, dentre outros. Foi alcançada uma boa adesão e aceitabilidade das usuárias em relação a essas atividades.

As marcações das consultas eram realizadas no próprio serviço de agendamento, porém, caso chegasse algum resultado de colpocitológico, as usuárias já eram previamente informadas via telefone, tendo sua consulta já agendada. Isso garantiu maior acessibilidade e agilidade no atendimento às usuárias. As buscas ativas foram realizadas pelos próprios agentes comunitários, treinados previamente sobre as idades preconizadas pelo ministério da saúde para prevenção ao câncer de mama e colo de útero.

Infelizmente a deficiência de medicamentos, sobretudo para vulvovaginites é algo recorrente e que foi cobrado dos gestores para uma reposição mais ágil. Além disso, a demora dos exames entre a coleta e o seu resultado também foi algo evidenciado, porém já houve uma melhora significativa após a cobrança adequada.

Alguns pontos, se alterados, ajudarão a melhorar o atendimento aos nossos usuárias: precisa-se de um local adequado para o armazenamento dos prontuários, como também seria importante adotar o modelo de prontuários eletrônicos; melhor reposição de medicamentos; maca ginecológica em todas as salas e não apenas em uma, como ocorre atualmente, maior agilidade entre a solicitação e recebimento de resultado de exames, dentre outros.

Como visto, o processo de trabalho foi qualificado por toda a equipe, porém ainda há muito a melhorar para oferecermos um cuidado de maior qualidade. Cabe

então aos gestores um olhar mais amplo sobre a atenção básica, principalmente no que condiz a estrutura e material de uso cotidiano para que a mesma funcione adequadamente em nossa unidade. Por outro lado, cabe a equipe continuar se aproximando da comunidade através da escuta qualificada e ações para melhorar o acolhimento e o cuidado clínico.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

No período de setembro a novembro de 2014, colocamos em prática o projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família do Planalto. O projeto tinha como objetivo melhorar a prevenção do câncer de colo de útero e mama nas mulheres da comunidade, pois percebemos uma carência tanto na quantidade como na qualidade do atendimento prestado a essas usuárias. De início, divulgamos esse projeto para toda a população nas salas de espera da própria unidade e no atendimento individual durante as consultas.

É importante ressaltar também que a intervenção é contínua e não acaba nesses meses de sua implementação. Será um processo continuado que exigirá a participação de todos da unidade.

A equipe foi capacitada e treinada para realizar e solicitar os exames que previnem ou descobrem o câncer em fase inicial. Realizamos visitas domiciliares às usuárias que faltaram a consulta e para as mulheres de risco. Controlamos os medicamentos em falta para que houvesse a solicitação junto ao município. E organizamos o registro dos exames criando uma ficha para anotar todas as informações importantes. Tudo isso foi realizado com objetivo de melhorar à assistência às usuárias.

Foi extremamente gratificante ver o quanto a intervenção foi bem recebida pela população. Todas as mulheres aceitaram participar do projeto e se mostraram muitas vezes satisfeitas pelo acompanhamento realizado. Durante o projeto, foram cadastradas 285 mulheres de 25 a 64 anos e 152 mulheres de 50 a 64 anos, sendo orientadas, por meio de palestras no ambiente de sala de espera ou durante a

consulta clínica sobre a prevenção ao câncer de mama e colo de útero, além de outros assuntos como prevenção às doenças transmitidas através do sexo, obesidade e alimentação saudável, importância da prática de atividades físicas, dentre outros. Todas as usuárias foram também avaliadas em relação aos sintomas (se tinham sangramento após a relação sexual, se havia nódulos ao autoexame da mama, bem como histórico familiar, dentre outros). Algumas das nossas metas ainda não foram atingidas. Dessa forma, o cuidado a essas usuárias precisa ser continuado. A comunidade precisa contribuir para que o trabalho continue, cobrando dos gestores o suporte necessário para a realização das atividades. Além disso, a divulgação do projeto dentro da própria comunidade é de grande valia para alcançarmos mais mulheres, pois muitas pessoas ainda não tem noção do quão importante é a prevenção dessas patologias.

A marcação das consultas para mostrar o resultado era realizada na unidade de saúde, porém, caso chegasse algum resultado do exame ginecológico as usuárias já eram previamente informadas via telefone, tendo sua consulta já agendada. Isso facilitou o acesso às consultas e agilidade no atendimento às usuárias. As visitas domiciliares foram realizadas pelos próprios agentes comunitários, treinados previamente para convocar as mulheres de acordo com a idade para realizarem seus exames.

Agradecemos desde já a participação de toda a comunidade, o apoio e aceitação das mulheres ao nosso trabalho. Aquelas que ainda não realizaram seus exames devem procurar a unidade de saúde. As mulheres de 25 a 64 anos devem realizar o exame ginecológico para prevenir câncer de colo, que é marcado sem dificuldade na unidade de saúde. Além disso, as mulheres de 50 a 69 anos devem realizar a mamografia e para isso basta procurar a unidade de saúde para que o exame seja solicitado. No entanto, não basta realizar esses exames, é preciso ter hábitos saudáveis com alimentação adequada, fazer atividade física e realizar sexo seguro com proteção.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE AUTOAPRENDIZAGEM

Muito grato em chegar à etapa de finalização do TCC. Acredito que foi necessário empenho mútuo de todos para lidar com nossas atribuições diárias. Não é fácil manter os estudos pra residência, atrelados ao trabalho e à especialização. Porém acredito que todos estão agora muito mais conscientes do papel transformador de cada um junto a sua comunidade, afinal de contas, médicos, generalistas ou especialistas, seremos sempre profissionais que lidarão com pessoas diariamente.

Quero expressar meu sentimento de felicidade ao término da intervenção. Inclusive, já até aproveitei para agradecer o esforço e a dedicação de cada um dos componentes da USF Planalto. Eles ficaram cientes do quanto o trabalho de cada um foi fundamental para que nosso projeto fosse realizado da melhor maneira possível. E tenho convicção de que o trabalho vai continuar na nossa Unidade por vários motivos, ressalto entre eles: a aceitação de todos que fazem a nossa UBS e, acima de tudo, a excelente recepção e aceitação das usuárias.

Iniciei o projeto com outro objetivo, que era o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, porém, devido a um “erro conjunto” meu com minha orientadora, optei por mudar o foco para prevenção ao câncer de colo de útero e mama e posso dizer que tomei a decisão certa. O projeto teve que ser totalmente reformulado e isso me deu, além de um grande trabalho extra, um engajamento maior para formar um trabalho sólido, robusto e que se tornasse parte do serviço que atuo. Com toda franqueza, acho que conseguimos, a partir de hoje, melhorar um pouco mais o atendimento de nossa unidade e, por que não dizer, nosso Sistema Único de Saúde!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith JS. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int. J. Cancer*, [s.l.], v. 121, n. 3, p. 621-632, 2007.
2. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, [s.l.], v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: Controle dos cânceres de colo de útero e da mama n.13. Ministério da Saúde, 2013.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: cervical cancer. <http://www.nccn.org> (último acesso em julho de 2014).
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2007.
6. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, et al. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *JAMA*. 1995;273:149-154.
7. Zeferino LC, Pinotti JA, Jorge JP, Westin MCA, Tambascia JK, Montemor EBL. Organization of cervicalcancer screening in Campinas and surrounding region, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1909-14.
8. Martins LFL; Valente J. Fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical em duas capitais brasileiras. *Rev. Saúde Pública*[online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 318-325.
9. Castellsague X, Bosch FX, Munoz N, et al. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*. 2002;346:1105-1112.
10. Moore DH. Cervical cancer. *Obstet Gynecol*. 2006;107:1152-1161.
11. Senkus E, Kyriakides S, Penault-Llorca F, et al. Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24(suppl):vi7-vi23.
12. Esserman LJ, Berry DA, Demichele A, et al. Pathologic complete response predicts recurrence-free survival more effectively by cancer subset: results from the I-SPY 1 TRIAL--CALGB 150007/150012, ACRIN 6657. *J Clin Oncol*. 2012;30:3242-3249.

13. Slamon D, Eiermann W, Robert N, et al. Adjuvant trastuzumab in HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med*. 2011;365:1273-1283.
-


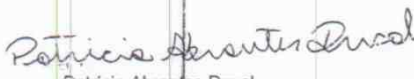
ANEXOS

ANEXO A – Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (planilha eletrônica) Ca Colo de Útero e Mama.

Objetivos	Metas
1. Cobertura	1.1. 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 X%.
	1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para X%.
2. Qualidade	2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.
3. Adesão	3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde
	3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde
	3.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde
	3.4. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde
4. Registro	4.1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.
	4.2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.
5. Avaliação de risco	5.1. 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).
	5.2. Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.
6. Promoção da saúde	6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.
	6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Indicadores
1.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.
1.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.
2.1. Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.
3.1. Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.
3.2. Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.
3.3. Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.
3.4. Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.
4.1. Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.
4.2. Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.
5.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.
5.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.
6.1. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.
6.2. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Anexo D - 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: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
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.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
