

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do programa de prevenção do câncer do colo do útero e do
câncer de mama, na USF das Rocas, em Natal/RN**

Ciro José Gonçalves Carlos Rêgo

Pelotas, 2015

CIRO JOSÉ GONÇALVES CARLOS RÊGO

**Qualificação do programa de prevenção do câncer do colo do útero e do
câncer de mama, na UBSF das Rocas, em Natal\RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Programa de Pós Graduação em Saúde da
Família, Modalidade EaD, Universidade Aberta
do SUS – Universidade Federal de Pelotas,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2015

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

R343q Rêgo, Ciro José Gonçalves Carlos

Qualificação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama, na UBSF das Rocas, em Natal/RN. / Ciro José Gonçalves Carlos Rêgo; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Maciel, Chandra Lima, orient II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico esse trabalho à humilde comunidade das
Rocas de Natal/RN.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a criação desse trabalho em primeiro lugar aos meus pais, pois eles estiveram ao meu lado durante todos os anos de minha vida, me acompanhando, me estimulando a estudar, me ensinando e me amando.

Agradeço também a minha companheira e esposa, o apoio dado para que eu ingressasse no PROVAB e por consequência estar realizando esse trabalho.

Agradeço também a meu orientador local o Dr. Ricardo, que esteve me ensinando como atender melhor os usuários da unidade de saúde e por me ensinar a “sobreviver” no ambiente da atenção básica.

Agradeço a minha orientadora a distância, Chandra, que sempre cuidou para que meus trabalhos saíssem de boa qualidade e também por me ensinar a escrever melhor.

Tudo isso é apenas uma pequena fração do que devo a cada uma dessas pessoas, e fico feliz por saber que meu trabalho não foi feito sozinho, mais de forma direta ou indireta tem a mão de cada uma dessas pessoas.

“Feliz aquele que ajuda ao infeliz”.

Autor desconhecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Foto - Frente da USF Rocas, Natal/RN.	16
Figura 2	Foto - Vista de dentro da USF Rocas, Natal/RN.	16
Figura 3	Foto - Atividade de educação em saúde realizada por acadêmicas de enfermagem estagiária da USF Rocas	56
Figura 4	Gráfico Indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero, na USF Rocas em Natal/RN.	59
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN.	60
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado da mamografia, na USF Rocas em Natal/RN.	63
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN.	65
Figura 8	Gráfico Indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AU	Altura Uterina
CAP	Caderno de Ação Programática
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Papiloma Vírus Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio À Saúde da Família
PC	Perímetro Cefálico
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	28
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas.....	30
2.2.1 Objetivo geral.....	30
2.2.2 Objetivos específicos.....	30
2.2.3 Metas.....	31
2.3 Metodologia.....	32
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	32
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4	52
Cronograma.....	
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	54
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	54
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	56
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à	57

intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	58
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão.....	66
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	68
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	72
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	76
Anexo A: Ficha espelho	
Anexo B: Planilha de coleta de dados	
Anexo C: Documento do Comitê de Ética	
APÊNDICES.....	82
Apêndice A: Folder sobre prevenção do câncer de mama utilizado na intervenção	
Apêndice B: Folder sobre prevenção do câncer do colo do útero utilizado na intervenção	
Apêndice C: Fotos da Intervenção	

RESUMO

RÊGO, Ciro José Gonçalves Carlos. **Qualificação do programa de prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mama, na UBSF das Rocas, em Natal/RN.** 2015. 85f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O câncer de mama constitui-se como a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, enquanto o câncer do colo do útero é o terceiro mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano. Ações de prevenção e rastreamento dessas patologias são carentes na USF Rocas, evidenciado pelos números encontrados nos indicadores de cobertura e qualidade, principalmente, no que diz respeito a prevenção do câncer de colo uterino. Assim, ações que venham melhorar a assistência prestada a mulheres da área de abrangência na faixa etária alvo de prevenção dessas doenças, são necessárias de serem implementadas. O presente trabalho teve o objetivo de melhorar a atenção ao controle de câncer do colo do útero e de mama da Unidade de Saúde da Família das Rocas, município de Natal, RN. A USF Rocas possui quatro equipes de saúde da família, porém apenas a equipe 63 participou da intervenção, ainda assim, as atividades foram desenvolvidas apenas pelo médico. A intervenção durou 12 semanas, no período de agosto a outubro de 2014. As ações foram realizadas no intuito de aumentar a cobertura do programa e melhorar a assistência quanto à qualidade, adesão das usuárias, registros, avaliação de risco e promoção à saúde. Foram utilizadas as recomendações do INCA e do protocolo Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, do Ministério da Saúde, 2013. Foram cadastradas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos para prevenção de câncer de colo do útero e na faixa etária de 50 a 69 anos para a prevenção do câncer de mama. Após as 12 semanas de intervenção, as metas de cobertura não foram alcançadas, verificou-se que a cobertura alcançada foi de 2,2 % para a prevenção do câncer do colo do útero e 3,9% para o câncer da mama. Entretanto, os resultados demonstraram que a qualidade da assistência melhorou consideravelmente, bem como a adesão das usuárias, os registros, a avaliação de risco e a promoção à saúde. Conclui-se que a intervenção trouxe muitos benefícios para comunidade assistida pelo programa, porém ainda precisam ser aderidas pelas outras equipes da Unidade para ter um maior alcance.

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

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Curso teve início no mês de março de 2014 e é executado junto ao PROVAB ao longo de 12 meses.

O foco da intervenção escolhido foi a prevenção do câncer de mama e do câncer de útero para usuárias na faixa etária de 25 a 64 anos para câncer de colo do útero e de 50 a 69 anos para a prevenção do câncer de mama, residentes na área de abrangência da USF Rocas, em Natal/RN.

Este trabalho está dividido em 05 partes sendo elas: 1 - Análise situacional onde abordamos as atividades realizadas na USF Rocas, sua estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho; 2 – Análise estratégica: onde 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; 4 – Avaliação da intervenção: onde realizamos a análise dos dados obtidos 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 e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde trabalho fica situada no bairro das Rocas, município de Natal, Rio Grande do Norte. Funciona em uma casa antiga, dotada de dois consultórios médicos pequenos, uma sala de nutricionista, duas salas de dentista, uma sala de preparo que é onde os usuários são pesados, medidos e aferem a pressão arterial, uma sala de direção, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos/teste do pezinho, uma copa, uma farmácia, uma sala de reuniões, uma sala de assistente administrativo, uma sala de reuniões de agentes comunitários de saúde (ACS), uma sala de depósito e três banheiros, sendo que um deles está interditado. As salas da unidade possuem ar-condicionado, são higienizadas com boa frequência, e apresentam tamanho pequeno. A sala de reuniões é a que apresenta o tamanho maior e o número de cadeiras parece ser adequado. A estrutura da unidade encontra-se em estado de conservação moderado e satisfatório.

A minha equipe é composta por um médico (eu), uma enfermeira, um dentista, quatro agentes de saúde, sendo que uma está afastada por motivo de saúde. Para minha equipe, assim como para as demais, a demanda é alta, de forma que nos encontramos sobrecarregados. Na unidade existem três médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), e mais dois pela prefeitura que conheci até o momento.

O bairro das Rocas é constituído por uma população carente, de hábitos simples, mentalidade predominantemente “leiga”, aparentemente. O bairro lida com problemas relacionados a drogas, entretanto, o caso mais grave que já aconteceu foi um usuário ter riscado o carro de um profissional da unidade.

Outra situação que pude observar na comunidade é o fato das pessoas entrarem no consultório já com a mentalidade de tratar o problema principal, negligenciando os outros menores que normalmente existem. Pedem os exames de sangue, fezes e urina, além de outros exames diversos, mesmo que não tenha indicação, também pedem encaminhamentos para geralmente mais de um

especialista, solicitam medicamento diversos, inclusive tarja preta sem indicação. Evidente que não prescreverei nada disso, se não houver indicação.

A farmácia encontra-se geralmente mal abastecida, e não funciona à tarde, o que atrapalha muitos tratamentos, visto que um número considerável de usuários aguarda até a abertura no outro dia, ou pior, na outra semana para adquirir seu medicamento. Outro problema ocasionado por esta situação é que muitos usuários precisam deslocar-se para outros postos de saúde para conseguir sua medicação, ou comprar, ou simplesmente desistem e não seguem o tratamento.

A equipe, principalmente, no que diz respeito aos agentes de saúde, conhecem bem a comunidade e seus problemas, o que ajuda bastante a enxergar com maior clareza a comunidade das Rocas. O fato de muitos funcionários da equipe conhecer bem a população ajuda a determinar algumas condutas que vão além do que pode ser visto num primeiro contato com o usuário, visto que, fico sabendo de alguns problemas individuais da população como agressão conjugal, uso de drogas, depressão, etc. De forma geral sempre procuro ser atencioso com o usuário, quando o tempo me permite, e atualmente me vejo como um médico muito bem aceito pelos habitantes, consigo agradar sendo atencioso e humano com os usuários, e em alguns casos o “remédio” é apenas uma orientação.

O bairro vem passando por problemas relacionados ao acúmulo de lixo nas ruas, infestação de ratos, assim como um aumento na incidência de dengue em função das chuvas. Chegou inclusive a acontecer um óbito suspeito de dengue, o que estimulou o engajamento do serviço público da cidade de Natal. Recentemente tem sido realizadas ações de prevenção e promoção da saúde, com aumento das visitas domiciliares de agentes de endemia, intensificação da retirada de lixo das ruas pela empresa responsável, bem como a polda de “mato” que cresce nas ruas. Foram realizadas ações educacionais no clube das mulheres, inclusive, com participação popular ativa, falando a respeito de temas como dengue, o que fazer para acabar com a dengue; leptospirose e o que fazer para acabar com os ratos; leishmaniose visceral (calazar); a importância da ação da empresa que recolhe o lixo, a fim de reduzir a quantidade de mosquitos da dengue, ratos, escorpiões, e outros seres vivos nocivos nesses materiais. O diálogo popular nessas reuniões

enriquecemuito a discussão, o que gera resultados melhores. Bom, essa é a realidade de minha unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Atuo no Provac no município de Natal, Rio Grande do Norte. Natal possui 853.928 habitantes de acordo com dados do ano de 2013. A rede pública de Natal é composta por 147 unidades de saúde, sendo 80 públicas, 10 estaduais e 04 municipais. De forma complementar prestando serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, conta-se com 06 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas.

São 53 Unidades Básicas de saúde (UBS), sendo 41 dotadas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 10 UBS tradicionais, 3 UBS com disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 unidades com disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Quanto ao serviço hospitalar, podemos citar o Hospital Walfredo Gurgel, Hospital dos Pescadores, Hospital Ruy Pereira, Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Maria Alice, Hospital Universitário Onofre Lopes, dentre outros.

Minha unidade de saúde fica localizada no bairro das Rocas, e por isso, recebe essa denominação. Rocas é um Bairro da cidade de Natal, fica localizado em zona urbana, em um ambiente de população simples que sofre com o problema das drogas. A minha ESF não é mista, e valoriza o atendimento da atenção básica. Existem quatro equipes, compostas por um médico, quatro agentes comunitárias, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico. Existe ainda um médico sem equipe, que ajuda a diminuir o excesso de demanda das equipes, e uma nutricionista sem equipe. Não há médicos especialistas, fisioterapeuta, recepcionista, educador físico ou assistente social. Contamos ainda, com alunos do curso de Enfermagem, vinculados a uma instituição de ensino, que fazem estágio na Unidade.

A minha unidade é uma casa antiga, fica em frente a uma pequena praça, numa parte mais baixa que tende a alagar no período de chuvas (figuras 1 e 2). É um serviço antigo. Ao redor da unidade, existem várias rampas de acesso na

calçada, uma delas próxima a entrada principal, é grande, não tem corrimão e alaga perante volumes moderados de chuva, impedindo o acesso até mesmo de quem não possui limitações físicas. Após a porta principal deparamo-nos com a recepção, que é pequena e possui bancos de cimento com cerâmica por cima, podendo acomodar poucas pessoas. Ainda na recepção, há um telefone público, um balcão, um bebedouro e vários panfletos colados nas paredes, apesar de se ter um mural. O piso de toda unidade é liso, mas não escorregadio, e as paredes são laváveis, assim como as portas.



Figura 1: Frente da USF Rocas, Natal\ RN.

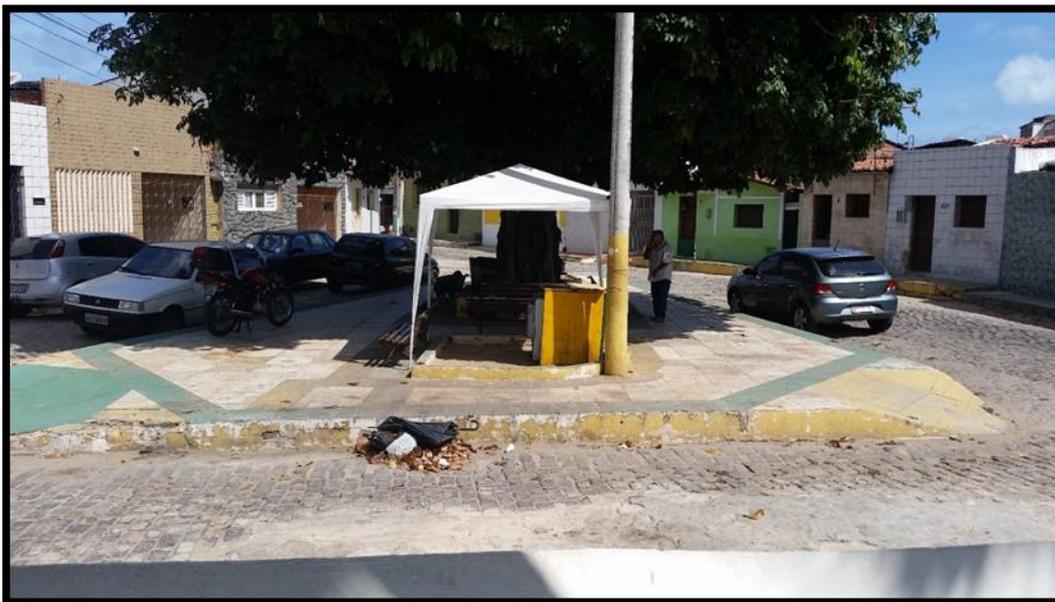


Figura 2: Vista de dentro da USF Rocas, Natal\ RN.

Alguns pequenos seguimentos de piso da unidade foram substituídos por cimento, mas é tão discreto que em minha opinião não interfere na higiene, mas sim apenas no visual da unidade. Ao lado esquerdo está o arquivo, que guarda os prontuários das quatro equipes (vermelha, laranja, azul e rosa), os mesmo são armazenados por família. À direita tem uma escada com corrimão que leva ao primeiro andar, onde encontraremos a sala de endemias, sala do auxiliar administrativo, sala das agentes de saúde, sala de depósito, um banheiro desativado, e uma sala que lembra um expurgo, mas está desativada.

Ainda sobre a estrutura física da Unidade, no térreo temos à esquerda da recepção, seguindo em frente dois consultórios médicos pequenos, com mesa pequena, cadeiras, armário, biombo, cesto de lixo, maca, escada, pia, detergente em dispenser improvisado e ar-condicionado. Não há banheiro, negatoscópio, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, foco de luz, balde cilíndrico porta dendritos, mesa auxiliar, mesa para exames, régua antropométrica e glicosímetro em nenhum dos consultórios médicos. Uma das salas não dispõe ainda de cadeira para acompanhante e escada. De frente para os consultórios fica a sala de administração, onde também é gerado o cartão nacional de saúde (CNS) por uma funcionária destinada a esse fim. Logo em frente temos uma segunda recepção com bancadas, que segue o mesmo estilo da recepção principal, no que diz respeito aos acentos e panfletagem. Por vezes alguns usuários aguardam em pé. À esquerda temos dois banheiros, um masculino e outro feminino, ambos com espaço para receber cadeirantes e barras de apoio.

Mais a frente, temos à esquerda a sala de enfermagem I e de frente para esta a sala de vacinas, mais adiante no corredor temos a sala de enfermagem II e à esquerda e de frente para esta a sala de teste do pezinho, seguindo no corredor à esquerda tem a sala de nutrição, e de frente para esta a de curativo. Em seguida está o expurgo, onde se verifica a presença de vários depósitos de lixo, e de frente para o expurgo fica a copa. No final do corredor temos um depósito. Nesse momento há uma bifurcação no corredor, à esquerda fica o almoxarifado, o quarto do vigia e uma saída alternativa para funcionários e à direita, encontraremos em seu final a sala de reunião. Nesse corredor teremos à esquerda, em sequência, o banheiro dos funcionários, um masculino e outro feminino, as salas de odontologia I e II, a sala de preparo, e a farmácia. Os consultórios odontológicos possuem uma estrutura

aparentemente boa, atendendo, as necessidades da demanda. A antropometria, pesagem e aferição da pressão arterial são realizadas na sala de preparo. A unidade possui conexão com a internet e um roteador. Na diretoria há um computador (o único da unidade) com impressora, onde são realizados trabalhos administrativos, bem como a geração e impressão dos CNS e marcação de consultas e exames.

Quanto aos recursos materiais, utensílios básicos como algodão, álcool, detergente, seringas, dentre outros, existem em boa quantidade e suficiente, entretanto, a questão do estoque de medicamentos na farmácia ainda é precária. No que se refere à realização de exames, os usuários conseguem realizar a citologia oncológica na unidade, mas para os demais exames eles precisam deslocar-se para fora da unidade.

Diante do exposto, percebemos que a unidade possui algumas deficiências de estrutura e disponibilidade de equipamentos, o que dificulta o trabalho, fragiliza a relação médico-paciente e prejudica a população de forma direta e indireta. Como medidas para melhoria das principais deficiências, poderiam ser contratados mais funcionários para a unidade, a fim de cobrir as funções inexistentes; melhorar a disponibilidade de medicamentos; fechar o acesso de cadeira de rodas que inunda, a fim de melhorar a acessibilidade (considerando que existem outras rampas de acesso); solicitar os materiais que estão em falta à prefeitura; colocar mais computadores na unidade a fim de otimizar o serviço e definir uma data no mês para calibragem dos esfigmomanômetros e balanças, estabelecendo uma rotina de manutenção.

A população adstrita da área corresponde a 12.167 pessoas de acordo com registro oficial de 2013 colhidos pelo serviço. Segundo os denominadores do caderno de ações programáticas (CAP) existem 4017 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 3058 mulheres entre 25 e 64 anos e 914 entre 50 e 69 anos. O número de crianças menores de um ano é de 178, enquanto menores de cinco anos equivale a 356. Aqueles entre 5 a 14 anos somam 2111 e os de 15 a 59 anos, 7831. Indivíduos na faixa etária entre 20 e 59 anos somam 6690. Os idosos contabilizam 1316 pessoas, assim, o número de pessoas com 20 anos ou mais é de 8006.

Ao levar em conta o total da população adstrita, pode-se considerar o tamanho do serviço adequado ao número de pessoas, apesar de existir excesso de

demanda. Há estratégias para lidar com esse excesso, como direcionar o excesso de demanda em momento de demanda suprimida; substituir usuários faltosos por candidatos presentes; médico extra; consultas de urgência; adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica(PMAQ) e tentativa de alcançar suas metas; visitas domiciliares a usuários idosos selecionados, mesmo que capazes de direcionar-se a ESF, e sem urgência. Com relação ao acolhimento, pode-se tentar discutir alternativas com a equipe, viáveis perante o perfil agressivo da população, que aceita grupos de atendimento, entretanto, até o momento parece aceitar bem a fila por ordem de chegada, à exceção da visita domiciliar que parece ser a única demanda verdadeiramente seletiva.

No que tange ao acolhimento, ao chegar à unidade, os usuários passam por uma agente comunitária que faz a marcação de acordo com a ordem de chegada, casos especiais são levados ao conhecimento da enfermeira, da administradora ou do médico, para a autorização de consultas extras. As visitas são selecionadas a critério das agentes comunitárias ou do médico.

Com relação às ações relacionadas às populações prioritárias, a atenção a saúde da criança é uma importante atividade realizada pelos profissionais da atenção primária. E vários trabalhos são realizados no entorno do assunto. A puericultura tem um papel de destaque na saúde da criança, bem como na prevenção de problemas futuros. É importante identificar situações para contribuir com esta prevenção e verificar se estão dentro dos padrões de normalidade, como por exemplo: crescimento e peso dentro da média; Índice de massa corpórea(IMC); perímetro cefálico (PC), padrões de desenvolvimento neuropsicomotor; atualização do estado vacinal; bem como orientação quanto a alimentação e à prevenção de acidentes.Outras ações envolvem tratar quadros patológicos agudos, crônicos ou congênitos, bem como realizar o exame físico completo e pesquisar sinais de violência ou abuso sexual.

O serviço adota o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL,2012) e busca estar fazendo o atendimento mais completo possível para essa população pediátrica, de forma que há atendimento médico, registros na carteira do menor que encontra-se em poder da mãe e vacinação. O prontuário da população pediátrica

encontra-se misturado ao dos demais grupos. Não há um monitoramento regular dessas ações, entretanto, procura-se realizar ações em favor dessa população, como por exemplo, a educação em saúde que pode envolver qualquer um dos profissionais de saúde da ESF. Por conta da existência de um hospital universitário nas proximidades da unidade contando com uma equipe especializada em pediatria vinculada, parte da demanda pediátrica é absorvida por este serviço o que ajuda no atendimento da demanda.

A cobertura deste programa, de acordo com o CAP, está em 56%. De uma forma geral, considero a cobertura da puericultura boa, e avalio os indicadores de qualidade como bons, baseado em minha observação diária. Entretanto, em função da ausência de registros na unidade, não foi possível dizer quantas crianças são verdadeiramente acompanhadas pela unidade ou estão com sua consulta em dia de acordo com o protocolo do MS; crianças que tiveram um atraso da consulta agendada em mais de sete dias; crianças que têm sua consulta antes de completar 7 dias de vida ou quantas fizeram a triagem auditiva, crianças que fizeram avaliação de saúde bucal. Acredito que a quase totalidade das crianças faz o teste do pezinho em até 7 dias, o que daria em torno de 95%. Todas as crianças têm monitoramento do crescimento na última consulta quando esta é a finalidade da consulta, bem como todas atendidas por mim apresentavam seu esquema vacinal atualizado. Todas as mães capazes de produzir leite são estimuladas a manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, além de receberem orientação para a prevenção de acidentes.

A presença de um turno exclusivo para a realização do crescimento e desenvolvimento (CD) na unidade facilitaria o registro dos atendimentos a esse grupo. Atualmente encontra-se misturado a outras atividades, o que prejudica o registro, visto que por mais que se peça para a marcação registrar o tipo e idade do indivíduo no livro, isso não ocorre. Pretendo continuar solicitando, até que tais profissionais se convençam da importância destes registros. A avaliação precoce do menor, assim como o diagnóstico precoce e as ações preventivas são importantes para evitar o surgimento ou evolução evitável de situações negativas sobre a saúde deste, e cabe ao profissional de saúde realizar seu trabalho de maneira responsável e resolutiva dentro de sua capacidade e estar aberto a abordagem multidisciplinar da atenção.

A assistência ao pré-natal é a arte exercida pelos profissionais de saúde que visa acompanhar o processo gestacional de seu início até o fim, de forma que se dê o suporte necessário à gestante, visando a segurança da gestante e do concepto (BRASIL,2012). Avaliando-se as condições na qual a gestação ocorre, e tendo um bom entendimento da fisiologia da gestação e do processo de desenvolvimento da criança intra-útero, pode-se prever e avaliar complicações presentes, além de encaminhar a gestante de alto risco a um serviço de maior complexidade.

Na minha unidade, as gestantes fazem seu primeiro atendimento com a enfermeira, que recebe a usuária com a pressão arterial aferida e peso medido. Estas preenchem ainda os primeiros dados do cartão pré-natal, solicita os exames de rotina e marca o seu retorno para o mais breve possível em posse dos exames. Na segunda consulta, também tem os valores de peso e pressão arterial mensurados. Na consulta, a gestante expõe seus problemas de saúde, caso existam, sendo estes a maioria das vezes relacionados a própria gestação. É realizado o exame físico geral e após o das mamas e clínico-obstétrico com medição da altura uterina (AU), palpação e ausculta do feto com um sonar. Há um cuidado com as orientações, bem como com a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico e solicitação de novos exames necessários, além da avaliação da necessidade de vacinação. Os dados coletados no exame são registrados em prontuário e cartão. No consultório médico não existe maca ginecológica. O exame ginecológico é feito com a enfermeira que faz a coleta da citologia oncológica. Dentro da unidade o acompanhamento multidisciplinar ainda pode ser estendido à nutrição ou odontologia.

Próximo da unidade há um hospital universitário e uma maternidade que absorve parte das gestantes adstritas a minha unidade, o que diminui a procura por atendimentos de pré-natal, de forma que o resultado obtido no CAP não pode expressar a quantidade real de gestantes que possuem atendimento médico junto ao SUS. Os registros da unidade permitiram preencher o CAP de forma principalmente estimada, pois, não tive acesso a registros anteriores, entretanto cada equipe atende uma média de 25 gestantes/ano, já dividindo essas usuárias com o serviço de ginecologia, próximo à USF, e outra parte dessas usuárias que não procuram a USF em virtude do serviço especializado. As gestantes normalmente saem da consulta com a data de retorno prevista. As gestantes possuem seu cartão

de gestante não há no serviço um prontuário específico para estas usuárias, que encontra-se misturado aos dos demais grupos.

A cobertura para o pré-natal está em torno de 55% e do puerpério 56%. O protocolo empregado é o do Ministério da Saúde. Quanto aos indicadores de qualidade, em torno de 70% das gestantes iniciam seu atendimento antes do primeiro trimestre. A maioria respeita a data de retorno da consulta e às vezes retorna até mesmo antes da data marcada o que totaliza 70%. Todas as gestantes têm seus exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, assim como tomam a vacina antitetânica e para hepatite B conforme o protocolo. Muitas vezes a usuária refere ter tomado a vacina. Esta última situação é questionada em consulta, todas que solicitei até o momento tomaram, entretanto, há uma remota possibilidade dessa informação não ser fidedigna, visto que nem todas apresentam o cartão de vacinação e recusam-se ser revacinadas.

Todas as gestantes recebem a receita para tomar sulfato ferroso conforme o protocolo, o exame ginecológico trimestral é realizado na maioria (70%), não possuo dados de quantas gestantes tem interesse em saúde bucal durante a gestação. É comum a orientação sobre o aleitamento materno, então pressuponho que todas as gestantes recebem orientação para o aleitamento materno exclusivo (100%). Quanto aos indicadores de qualidade relacionados ao puerpério, 80% das mulheres se consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e todas; 70% realizaram exame ginecológico e todas tiveram a sua consulta puerperal registrada; receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, planejamento familiar e sobre aleitamento materno exclusivo; tiveram as mamas e abdome examinados; tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências.

Algumas medidas de melhoria envolvem deixar na recepção folders ou panfletos informando sobre a importância do pré-natal e do puerpério, para ampliar a cobertura pré-natal e melhorar a qualidade da atenção a esse público em minha USF. Com relação ainda a educação em saúde, é possível estar fazendo grupos com gestantes, e estar envolvendo os membros da equipe de saúde de uma forma geral.

O câncer de colo uterino representa cerca de 23% das neoplasias ginecológicas malignas, sendo apenas precedido pelo câncer de mama como maior

incidente. Acomete, em média, mulheres entre 40 e 50 anos, principalmente nas regiões brasileiras mais carentes e com piores indicadores de saúde. O diagnóstico é acessível e de baixo custo, o que favorece a prevenção por meio do rastreamento pela citologia oncológica e a educação sexual, visando a redução do principal fator de risco: contaminação genital pelo papiloma vírus humano (HPV).

Esse tipo de câncer possui vários fatores de risco, dentre eles: início precoce da atividade sexual, multiparidade, número elevado de parceiros sexuais, uso de contraceptivos hormonais, carência nutricional, tabagismo, imunossupressão, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), infecção pelo vírus do HPV, deficiência de alfa-1-antitripsina. O diagnóstico é baseado em anamnese, exame físico ginecológico, além de citologia oncológica cervicovaginal, colposcopia e biópsia. O câncer de colo uterino pode ser mortal. Esse fato por si só justifica o *screening* em torno desse tipo de câncer, bem como a importância de estar orientando as usuárias em favor da prevenção primária.

Na unidade que atuo, o exame preventivo é executado pela enfermeira e avaliado pelo médico, que oferece orientações à mulher e a estimula a continuar o acompanhamento preventivo conforme as indicações do Ministério da Saúde. Com relação às informações do CAP referentes ao câncer do colo uterino foi possível responder a parte delas, visto que há um livro que contabiliza os atendidos. A prevenção do colo uterino na unidade parece não ser satisfatório, visto que cerca de 700 mulheres das 3058 (23%) são acompanhadas pela UBS (dados não oficiais). Entretanto, o serviço de ginecologia e obstetrícia público nas proximidades parece absorver parte do público adstrito a unidade. Com relação aos indicadores de qualidade gerados pelo caderno de ações programáticas não posso dizer quantas mulheres apresentam preventivo em dia ou atrasado, devido à falta de dados.

No que diz respeito à avaliação do risco para câncer de colo uterino, de forma geral, opto pela comunicação preventiva a fim de evitar que a usuária possa sentir-se constrangida ou julgada em caso de respostas positivas, a comunicação transcorre em sentido ao que se deve ou não fazer para evitar o câncer de colo uterino e sobre a necessidade de realização da citologia oncológica de rotina. As perguntas sobre avaliação pessoal de risco são feitas com muito cuidado, a exceção de perguntas mais simples como tabagismo ou multiparidade. A população assistida

na unidade possui um nível cultural baixo, e se os devidos cuidados não forem tomados, o profissional pode ser muito mal interpretado.

As mulheres normalmente recebem orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (93%), e quando julga-se necessário, solicita-se uma rotina laboratorial. A presença de uma DST aumenta consideravelmente a chance dessa mulher ser portadora do HPV, que é fortemente relacionado ao desenvolvimento do câncer de colo uterino. Com relação às amostras satisfatórias do preventivo é difícil avaliar, porque o clínico às vezes não registra no prontuário esse dado e solicita o exame, visto que, não é necessário ser atendido por um médico para que o exame seja solicitado, assim, as informações podem tornar-se confusas. Quanto aos exames com células representativas da junção escamocolunar, também é inviável colher essa informação mediante o prontuário.

Algumas medidas para superação destes problemas seriam: fixação de folders no mural, ou até mesmo distribuição de folhetos sobre o câncer de colo uterino com informações preventivas; conscientização quanto aos fatores de risco e reforçada importância de procurar um profissional da saúde. Acredito que seja muito importante o conhecimento sobre o andamento daquelas pessoas que apresentaram um exame alterado, poderia estar sendo aberto um fichário (desses usados em escola por alunos) para cada médico da equipe e separar positivamente de exames por doenças, não só câncer de colo uterino, mas outras também. Após, registrar os dados dessas usuárias de maior interesse, a fim de mantê-los com fácil acesso. Penso que estas ações teriam um efeito muito positivo no cuidado a essas usuárias.

Sobre o câncer de mama, pode-se dizer que é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no Brasil. Os principais fatores de risco são: sexo feminino; idade entre 45 e 55 anos; menarca precoce; menopausa tardia; ser nuligesta ou primeira gestação após os 25 anos; uso de terapia de reposição hormonal; uso de contraceptivos hormonais orais; exposição a radiação ionizante; história de câncer de mama prévio; presença de lesões mamárias com atipia; antecedente familiar de câncer de mama; história comprovada de hereditariedade (BRCA-1 e 2 mutados); obesidade; dieta rica em gordura; etilismo. As usuárias possivelmente portadoras de câncer de mama devem passar pela anamnese, ser inspecionadas, examinadas e realizar uma mamografia e/ou ultra-sonografia mamária, se necessário.

Ao preencher o CAP não foi possível obter os dados com exatidão. Estimo que aproximadamente metade das mulheres da faixa etária preconizada a uma mamografia a realize, não há um prontuário específico para isso e lembro da existência de um serviço público de ginecologia e obstetrícia nas proximidades, que atende parte das usuárias ginecológicas adstritas a unidade. Nem sempre a solicitação da mamografia fica registrada, e mais difícil ainda é dizer quantas mulheres de fato realizaram o exame, visto que, não é realizado na unidade e há uma fuga de usuárias para outro serviço. É impossível aferir com exatidão quantas mulheres estão com a mamografia em dia, ou com 03 meses de atraso, ou que fazem avaliação de risco para o câncer de mama, ou receberam uma orientação sobre o câncer de mama, entretanto, assim como o câncer de colo uterino é possível estar se estimando alguns resultados a grosso modo. Acredito que cerca de 90% das usuárias tenham recebido orientações sobre o câncer de mama e que 99% das usuárias submetidas a uma mamografia foram submetidas à avaliação de risco para câncer de mama. Os outros dados não são possíveis de estimar.

Para o câncer de colo uterino e de mama o protocolo utilizado é o do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e caderno de atenção básica para controle dos cânceres de colo do útero e da mama, porém a adesão da população pode melhorar. Falando-se sobre as formas de ampliação da cobertura e melhoras da qualidade do controle do câncer de mama na minha unidade, acho que podem ser aplicadas as mesmas medidas sugeridas para o câncer de colo uterino, a saber: informação via folder, panfletos; orientação verbal dos profissionais de saúde e cadastramento das usuárias de interesse no fichário do médico da equipe. Isso não dará todas as informações requeridas pelo CAP, mas sem dúvidas será um ganho para toda a comunidade de forma geral, e o mais importante: salvará vidas!

Falando um pouco sobre os atendimentos a hipertensos e diabéticos, na unidade temos um período destinado a eles, os quais segue o protocolo do MS. Ao chegar à unidade, os usuários são pesados e suas pressões arteriais são aferidas por um técnico de enfermagem. Durante as consultas é feita anamnese, exame físico, são prescritas as medicações rotineiras, as adaptações de dose e os acréscimos medicamentosos necessários, bem como são solicitados exames complementares necessários e dada orientação. É comum a solicitação de curva pressórica para aqueles que parecem apresentar pressão arterial significativamente

desregulada. Há também visita domiciliar, principalmente, aos idosos com dificuldade de locomoção e acamados.

Na Unidade, há um registro que informa a quantidade de hipertensos e diabéticos acompanhados. No momento não tenho acesso ao livro das outras equipes, entretanto, multiplicando-se a quantidade de minha equipe por 4 (quantidade de equipes) dará um resultado aproximado. Então foi possível responder boa parte do caderno de ações programáticas. Temos então um total de 1076 hipertensos e 420 diabéticos na população com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, o que equivale a uma cobertura de 43% de hipertensos e 58% de diabéticos pelo caderno de ações programáticas. A cobertura não é total de acordo com o caderno de ações programáticas, mas a unidade já trabalha em sua capacidade máxima, de forma que a demanda existente parece adequada à triste realidade da unidade. Apesar disso é possível estar tentando aumentar a cobertura.

Os valores dos indicadores de qualidade são os seguintes: 100% dos hipertensos e diabéticos realizam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; cerca de 95% possuem exame complementar em dia, recebem orientação sobre a prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável. Estes usuários normalmente marcam sua consulta algumas semanas antes da obrigatoriedade de renovação da receita, não saem da consulta com a data marcada. É raro um usuário não renovar a receita. Alguns perdem a requisição ou por algum motivo simplesmente não realizam o exame. Ainda, alguns destes não possuem indicação de realizar atividade física. Não tive acesso aos dados de quantos usuários possuem a avaliação de saúde bucal em dia, nem ao número de diabéticos que possuem exame físico dos pés nos últimos 03 meses, ou estão com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 03 meses ou quantos mediram a sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses.

Com relação aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos em minha USF, poderia ser disponibilizado mais um dia de atendimento especializado em função do detrimento a outra

demanda, ou estar distribuindo folders e/ou panfletos estimulando os homens a “se cuidarem mais,” visto que, a maioria dos usuários é do sexo.

Sobre a saúde do idoso posso dizer que em minha unidade não há um protocolo e nem dia específico para atendimento deste grupo, mas existem outros dias onde eles podem ser atendidos, como por exemplo, no dia do atendimento a hipertensos e diabéticos, saúde da mulher e demanda livre. A partir de dados coletados em registro, verifiquei que a quantidade de idosos na área de abrangência de minha USF ultrapassa o limite estabelecido pelo CAP, entretanto, não existe um registro específico de atendimento de idosos, portanto, os dados não são o suficiente para responder a maioria das perguntas solicitadas. Mais uma vez, podemos perceber essa limitação do serviço, má qualidade dos registros, o que impede conhecer melhor a realidade local.

Ao visualizar o CAP, parte referente à saúde da pessoa idosa, a avaliação que faço da cobertura de saúde da pessoa idosa é ótima em relação aos cadastros, embora não exista um programa específico para esse grupo. Com relação aos atendimentos, temos uma taxa de aproximadamente 204 atendimentos aos idosos todos os meses, somando-se as 4 equipes, se não houvesse o problema de falta de salas poderiam ser atendidos um número ainda maior. Resolver esse problema ampliaria a atenção, mesmo fora de dia específico, o que melhoraria a cobertura de atenção ao idoso. Com relação a maioria dos outros índices do caderno, não foi possível responder por falta de dados disponíveis.

Ao examinar os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha USF, aponto as seguintes ações: ter um dia específico para o atendimento dos idosos; manter um calendário de visitas domiciliares já com a data prevista de retorno a casa do idoso; realizar atividades educativas coletivas; registrar mais detalhadamente os dados referentes aos idosos para a confecção de relatórios; conscientizar os dentistas da importância de ações para demandas específicas, como a dos idosos; admitir na unidade um educador físico para realizar atividades físicas diárias em grupo e um fisioterapeuta, principalmente para os idosos acamados, com dificuldade de locomoção e dores potencialmente reversíveis com fisioterapia. Outra medida útil seria aumentar a

quantidade de salas disponíveis para atendimento. Não foi possível calcular os indicadores relacionados à Saúde Bucal por falta de registros.

Na minha UBS o maior desafio está em torno do fato da baixa governabilidade que o médico possui, seja devido a administração interna da unidade, ou pela gestão municipal que racionam os recursos financeiros, e que por sua vez são obrigados a agir assim. A falta de recursos é um grande desafio comum à maioria das unidades de saúde do Brasil. Outro grande problema está relacionado ao fato de muitos funcionários não se “entregarem” a saúde pública, o que leva a um menor desempenho por parte destes. É incrível ter visto de perto o como a saúde pública é deficiente e o quanto ela precisa de melhorias.

Um ponto positivo da minha unidade, especificamente para os profissionais, é ter ar-condicionado em todas as salas para consulta. Apesar das dificuldades, a existência da unidade ajuda a população dentro de seus limites.

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

Ao se comparar o texto inicial “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço” com o Relatório da Análise Situacional, percebe-se que o primeiro foi muito resumido e não entra em detalhes com relação a diversos fatores relacionados à realidade da unidade. Nesse Relatório há um nível bem maior de detalhes correspondentes ao funcionamento da unidade e perfil da população, não só pelo exigido na atividade, mas também devido a possibilidade de conhecermos melhor o nosso serviço no passar dos dias. Após a realização da análise situacional, conheci melhor minha unidade e a população, processo acelerado pelas atividades da especialização que me deram uma visão mais ampla do que deve ser a atenção primária e, dessa forma poderei refletir e melhorar minha atuação.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

O meu foco de intervenção será no Programa de Prevenção do Câncer de Mama e do Colo do Útero. Escolho esse foco devido à carência da atenção na unidade que atuo, evidenciado pelos números encontrados nos indicadores de cobertura e qualidade, principalmente, no que diz respeito a prevenção do câncer de colo uterino. O câncer de mama constitui-se como a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, registrando-se uma variação percentual relativa de mais de 80% em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (BRASIL, 2002). O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (BRASIL, 2013, 2011). Este tipo de câncer é o terceiro mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (OMS, 2008).

A USF em que trabalho é um ambiente com muitas salas pequenas e possui necessidade de aquisição de vários materiais, como negatoscópio, escada para maca, cadeiras, etc. Também há necessidade de se contratar alguns profissionais para melhor cobertura da população de forma geral, tais como: médicos especialistas, fisioterapeuta, recepcionista, educador físico e assistente social. A unidade possui uma maca ginecológica na sala da enfermeira e disponibilidade de material para a coleta do exame citopatológico. A equipe que atuo é composta por 01 médico, 04 agentes comunitárias, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório odontológico. A população adstrita a minha área é de 3.295 habitantes. A população adstrita a unidade é de 12.167 habitantes.

Não há um registro adequado para o rastreamento do câncer de colo uterino e de mama, de forma que não me encontro em situação de rastrear nesse momento casos de risco elevado para essas alterações, quer seja com fatores de risco, quer seja por um exame alterado. Não há monitoramento regular dessas informações, há necessidade iminente de um registro específico visando um rastreamento mais amplo. A cobertura para o câncer de colo uterino é de cerca de 23% (700

mulheres)de acordo com o CAP e de cerca de 55% (500 mulheres) para o câncer de mama. Segundo os denominadores do CAP existem 4017 mulheres em idade fértil (10-49 anos) na área de cobertura. O número de mulheres entre 25 e 64 anos é de 3.058 (população alvo para prevenção do câncer de colo uterino)e as entre 50 e 69 anos (população alvo para prevenção do câncer de mama) é de 914. De maneira geral, não é possível afirmar adequadamente quais são os indicadores de qualidade para essas atenções por falta de registros específicos.

A intervenção neste foco na USF Rocas é importante porque vai melhorar a cobertura; permitir um registro das ações mais adequado; melhorar os indicadores de qualidade; maior controle sobre as usuárias; aquelas de risco serão acompanhadas mais intensamente, de forma que se poderá evitar complicações em muitos casos.

2.2 OBJETIVOS E METAS

Objetivo Geral

Melhorar a atenção ao controle de câncer do colo do útero e de mama da Unidade de Saúde da Família das Rocas, município de Natal/RN, com os protocolos do INCA e do caderno de atenção básica de controle dos cânceres de colo do útero e da mama.

Objetivos Específicos

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

Objetivo 2-Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

Objetivo 3-Melhorar a adesão de mulheres aos exames complementares para a prevenção do câncer de mama e de colo do útero.

Objetivo 4-Melhorar o registro dos exames para prevenção de câncer do colo do útero e de mama.

Objetivo 5-Melhorar a avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Objetivo 6-Melhorar a promoção a saúde orientando as mulheres sobre doenças sexualmente transmissíveis e fature de risco para câncer de mama e de colo do útero.

Metas

Objetivo 1: Cobertura

Meta 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 40%.

Meta 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 65%.

Objetivo 2: Qualidade

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

Objetivo 3: Adesão

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

Meta 3.2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde

Meta 3.3: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde

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

Objetivo 4:Registro

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

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

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 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).

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

Objetivo 6: Promoção da saúde

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

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

2.3. Metodologia

2.3.1 Ações(incluindo o detalhamento)

Objetivo 1: Cobertura

Meta 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 40%.

Meta 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 65%.

Eixo monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade

Ação: Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade

Detalhamento da ação: Abrir um livro de registros para registrar os resultados das citologias oncóticas e mamografias normais, os alterados e os não recebidos das realizadas na unidade.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação: Acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na unidade.

Ação: Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia nas unidades de saúde.

Detalhamento da ação: receber todas as mulheres nessa faixa etária que demandem a realização desse exame e atender no dia da chegada. Se não for possível, marcar uma data o mais breve possível para a realização do exame.

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

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

Detalhamento da ação: cadastrar as mulheres atendidas na UBS e solicitar as agentes que façam um livro onde constem as mulheres nessa faixa etária.

Eixo do Engajamento público

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

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento da ação: Colar folders informativos na unidade e informar verbalmente.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame de mama.

Detalhamento da ação: informar as mulheres quanto tempo devem aguardar para realizar o próximo exame.

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realização do auto-exame de mamas.

Detalhamento da ação: Colar folders informativos na unidade e informar verbalmente.

Eixo da qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento da ação: treinar a equipe para acolher as mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade.

Detalhamento da ação: dialogar com os agentes sobre métodos de cadastramento das mulheres de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade e a importância da realização da mamografia.

Detalhamento da ação: Ensinar a equipe sobre a periodicidade dos exames.

Objetivo 2: Qualidade

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

Eixo de monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

Detalhamento da ação: avaliar se todas as amostras foram satisfatórias.

Eixo da organização e gestão do serviço

Ação: Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames.

Detalhamento da ação: Ter um livro para armazenar os dados básicos das usuárias.

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

Detalhamento da ação: escolher dentre os membros da equipe quem irá realizar o monitoramento das amostras.

Eixo do engajamento público

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

Detalhamento da ação: Informar a comunidade sobre os indicadores de qualidade coletados em encontros coletivos.

Eixo da qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: Orientar\capacitar a equipe sobre o como fazer a coleta do citopatológico de acordo com o protocolo do Ministério da saúde.

Objetivo 3: Adesão

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

Meta 3.2 - Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde

Meta 3.3.: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Colocar o registro dessas usuárias em livro e monitorar. Oferecer ficha espelho às usuárias.

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

Detalhamento da ação: registrar resultados de mamografia em livro e monitorar. Oferecer ficha espelho às usuárias.

Eixo da organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: Entregar o resultado as mulheres, mesmo antes da consulta.

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

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

Detalhamento da ação: Acolher todas as mulheres que procuram a UBS e atendê-las sempre que possível.

Ação: Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Detalhamento da ação: Engajar as agentes para realizar as visitas.

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

Detalhamento da ação: distribuir previamente essas usuárias em dias de atendimento ambulatorial de forma equivalente.

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

Ação: Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama.

Detalhamento da ação: Discutir responsabilidade com a equipe.

Ação: Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia.

Detalhamento da ação: não há como intervir, pois o mesmo não é realizado na Unidade.

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

Detalhamento da ação: distribuir previamente essas usuárias em dias de atendimento ambulatorial de forma equivalente.

Eixo do engajamento público

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

Detalhamento da ação: Informar por meio verbal e visual sobre a importância do exame para a detecção precoce do câncer de colo uterino e do acompanhamento regular.

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

Detalhamento da ação: procurar mulheres da comunidade para saber o motivo da evasão, caso ocorra.

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

Detalhamento da ação: orientar as mulheres da comunidade por meio verbal e visual sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

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

Detalhamento da ação: orientar as usuárias e a comunidade, sobre as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

Ação: Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero.

Ação: Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia.

Detalhamento da ação: orientar e pedir a equipe para orientar sobre o tempo de espera para retorno do resultado dos exames.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular.

Detalhamento da ação: orientar e pedir a equipe para orientar sobre a importância para a detecção precoce do câncer de mama e do acompanhamento regular.

Eixo da qualificação da prática clínica

Ação: Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

Detalhamento da ação: Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames a quem solicitar.

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

Detalhamento da ação: reunir com os agentes e capacitá-los quanto à periodicidade dos exames.

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

Detalhamento da ação: discutir com a equipe sobre como lidar com o acolhimento da demanda por resultado de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.

Detalhamento da ação: discutir com a equipe sobre o monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia.

Detalhamento da ação: Ensinar a equipe a classificação Birads e discutir sobre o monitoramento da equipe.

Objetivo 4: Registro

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

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Monitorar os registros das mulheres acompanhadas na unidade.

Eixo da organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria.

Detalhamento da ação: Discutir com a equipe sobre a atualização do SIAB ou ficha própria.

Ação: Implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Colocar o registro das usuárias em livro.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Discutir com a equipe sobre o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Detalhamento da ação: discutir com a equipe sobre o monitoramento do registro.

Eixo do engajamento público

Ação: Esclarecer as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: Orientar as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via, se necessário.

Eixo da qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: Dialogar com a equipe da UBS sobre a realização do registro adequado das informações.

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 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).

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

Eixo do monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Estar junto a equipe monitorando e executando a avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Eixo da organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação: identificar junto a equipe as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama tanto nas consultas como nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Acompanhar de forma prioritária as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama, dando prioridade no atendimento.

Eixo do engajamento público

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

Detalhamento da ação: Orientar por meio verbal e visual sobre os fatores de risco para câncer de colo do útero e de mama nas consultas e encontros coletivos.

Ação: Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

Detalhamento da ação: Combater os fatores de risco passíveis de modificação individualmente e coletivamente por meio verbal e visual.

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

Detalhamento da ação: Orientar a população por meio visual sobre os sinais de alerta para detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama.

Eixo da qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: Dialogar com a equipe da unidade sobre os critérios de risco de câncer de colo uterino e de mama.

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

Detalhamento da ação: Dialogar com a equipe de saúde sobre os fatores de risco e as medidas de controle.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para câncer de colo de útero.

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

Eixo do monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Detalhamento da ação: colocar no livro de registro uma coluna para registrar as mulheres orientadas.

Eixo da organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Detalhamento da ação: Solicitar preservativos junto a gestão sempre que necessário.

Eixo do engajamento público

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

Detalhamento da ação: Orientar por meio verbal e escrito o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

Eixo da qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação: discutir com a equipe sobre a orientação relacionada a prevenção de DSTs e estratégias para o combate dos fatores de risco para câncer de colo uterino e de câncer de mama.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Cobertura

Meta 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 40%.

Indicador 1.1: 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.

Meta 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 65%.

Indicador 1.2: 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.

Objetivo 2: Qualidade

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

Indicador 2.1: 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.

Objetivo 3: Adesão

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

Indicador 3.1: Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde

Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde/ Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado;

Meta 3.2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde

Indicador 3.2: 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.

Meta 3.3: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde

Indicador 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.

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.

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

Indicador 3.4: 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.

Objetivo 4: Registro

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

Indicador 4.1: 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.

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

Indicador 4.2: 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.

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 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).

Indicador 5.1: 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.

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

Indicador 5.2: 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.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador 6.1: 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.

Meta 6.2: Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Indicador 6.2: 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.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama vamos adotar o Caderno de Atenção Básica sobre o Controle dos cânceres de colo do útero e da mama do Ministério da Saúde, 2013.

Para monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade e de câncer de mama das

mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade, o médico da equipe irá doar um livro de registro a unidade para registrar os resultados normais, alterados, não recebidos das citologias oncóticas e das mamografias realizadas na unidade. Na unidade estima-se apenas 55% de cobertura para câncer de mama e 23% para o câncer de colo uterino. Estimamos alcançar com a intervenção 40% da população feminina dos 25 aos 64 anos e 65% daquelas com 50 aos 69 anos.

Para acolher todas estas mulheres, a agente de saúde responsável pelo acolhimento irá receber todas aquelas que demandarem a realização desse exame e procurar junto ao médico atendimento na data de chegada. Se não for possível, será marcada uma data o mais breve possível para que a usuária seja atendida. Para cadastrar todas estas mulheres da área de cobertura da unidade de saúde, será solicitada a toda equipe que o façam livro específico, no dia do atendimento.

No intuito de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino, da mamografia e do auto-exame das mamas, o médico da equipe solicitará à administração da unidade folders informativos e estes serão colados nas paredes da unidade e o médico e a equipe irão esclarecer verbalmente as pessoas sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento às mulheres dos programas, o médico da equipe irá discutir com a equipe sobre como aperfeiçoar o acolhimento destas. Para capacitar os ACS para o cadastramento, o médico também irá discutir como realizá-lo. No intuito de capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero e mamografia, o médico irá explicar a equipe sobre a periodicidade destes.

O monitoramento e a adequabilidade das amostras dos exames coletados, será feito pelo médico e a equipe ao visualizar o resultado do exame, que verificará se o resultado confirma que a amostra foi satisfatória, caso contrário isso deverá ser registrado. Para organizar o arquivo para acomodar os resultados dos exames, o médico doará a unidade um livro para armazenar os dados básicos das usuárias. O compartilhamento com as usuárias e a comunidade dos indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados, será realizado pelo médico e

pela equipe. Para atualizar a equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e do INCA, o médico e a enfermeira da equipe farão uma capacitação de acordo tais protocolos. Os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero e câncer de mama serão monitorados pelo médico e a equipe, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

No que tange ao acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero, qualquer membro da unidade entregará estes mesmo antes da consulta. Com relação ao acesso ao resultado da mamografia, não há como intervir, visto que o resultado é concedido por terceiro. O acolhimento de todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico e mamografia, será realizado pelo agente de saúde responsável pelo acolhimento de rodizio, que procurará providenciar o acolhimento da usuária para o mesmo período em que esta chegar, caso contrário para um momento breve. Para organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas, o médico da equipe procurará engajar as agentes comunitárias para realizar estas visitas. Na organização da agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas, as agentes irão distribuí-las em dias previamente marcados de forma equivalente. Para definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero e exame das mamas, o médico irá discutir a responsabilidade com a equipe.

A informação à comunidade sobre a importância de realização dos exames e do acompanhamento regular, o médico, a enfermeira e agentes comunitários irão informar por meio verbal e visual sobre a importância do exame para a detecção precoce do câncer de colo uterino e do acompanhamento regular. Para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas), as agentes de saúde irão procurar mulheres da comunidade para saber o motivo da evasão, caso ocorra. Para compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social, o médico e a equipe deverão orientar sobre as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. Sobre o tempo de

espera para retorno do resultado, estas também serão orientadas pelas agentes comunitárias ou pela enfermeira ou até mesmo o médico da equipe.

A disponibilização do protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames, será feito pelo médico a quem solicitar, desde que seja fornecido pelo serviço. Para capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas, o médico irá reunir-se com os agentes e capacitá-los. Para capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia, o médico irá ensinar à equipe a classificação Birads e discutir sobre o monitoramento dos resultados de mamografia.

Para monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde, o médico e a equipe irão fazer a partir das mulheres acompanhadas na unidade. Para manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria, o médico irá discutir com a equipe sobre a atualização destes. A implantação da planilha de coleta de dados/ficha-espelho/registro específico de acompanhamento, será feita pelo médico, as agentes comunitárias e a enfermeira, que irão colocar o registro das usuárias em um livro. Para pactuar com a equipe o registro das informações, assim como o monitoramento do registro, o médico irá discutir com a equipe sobre este registro para definir o responsável por tais atividades.

Para esclarecer as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde, o médico irá dialogar com as usuárias sobre isso. As agentes de saúde e a enfermeira equipe da unidade de saúde serão treinados pelo médico para o registro adequado das informações, o médico da equipe irá fazer o diálogo. O monitoramento de avaliação de risco das mulheres acompanhadas na unidade de saúde, também será feito pelo médico. A identificação de mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama, será realizada pelo médico, as agentes de saúde e a enfermeira, que irão estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco, sendo acompanhadas de forma prioritária.

Para esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, o médico orientará verbalmente sobre os fatores de risco para câncer de colo do útero e de mama e solicitará junto a unidade material visual para orientação. Para estabelecer medidas de combate aos fatores

de risco passíveis de modificação, o médico, as agentes de saúde e a enfermeira irão combater os fatores de risco passíveis de modificação individualmente e coletivamente por meio verbal e visual. Para ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, o médico as agentes de saúde e a enfermeira irão orientar a população por meio visual, adquirido com recursos públicos.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco, bem como medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, o médico irá dialogar com as agentes de saúde e a enfermeira sobre os critérios de risco para tais doenças. Para monitorar número de mulheres que receberam orientações, o médico da unidade, as agentes de saúde e a enfermeira irão registrar as mulheres orientadas. Para garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos, a enfermeira da equipe solicitará preservativos junto à gestão sempre que necessário.

O médico e as agentes de saúde e a enfermeira orientarão por meio verbal e visual, via folders adquiridos com recursos públicos, incentivarão a comunidade o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; adoção de hábitos alimentares saudáveis. A capacitação da equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, será feita pelo médico, que discutirá com a equipe sobre a orientação correlacionada a prevenção de doenças sexualmente transferíveis e estratégias para o combate dos fatores de risco para câncer de colo uterino e de câncer de mama.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

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

Referindo-se ao eixo de monitoramento e avaliação foram realizadas desde a data de implementação da intervenção, as ações de monitoramento descritas a seguir: cobertura de detecção precoce do câncer de colo do útero e do câncer de mama; adequabilidade das amostras dos exames citopatológicos coletados; resultados de todos os exames citopatológicos, assim como o cumprimento de sua periodicidade; periodicidade da realização da mamografia; registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde; realização da avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde; e número de mulheres que receberam orientações. Ao longo das doze semanas, todas essas ações foram realizadas, embora de forma parcial, uma vez que, os profissionais médicos e enfermeiros das outras duas equipes atuantes na USF Rocas não aderiram à Intervenção.

As acadêmicas de enfermagem somente receberam orientações de seus professores na USF Rocas, mas parecem ter se sensibilizado com a intervenção de forma que criaram folders sobre o câncer de mama e o apresentaram na unidade, e posteriormente os doaram a unidade para ajudar na intervenção.

O projeto de intervenção foi quase que integralmente executado apenas pelo médico, quer seja devido à resistência as mudanças no processo de trabalho, como por questão de desfalque de profissionais. O cadastramento de usuárias na faixa etária alvo, preenchimento de fichas espelho e entrega do cartão da mulher, foi ínfima. Outros fatores que cooperaram para isso foram a presença de um Hospital Universitário e uma maternidade vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) próximos à minha unidade de saúde e que oferece serviço de ginecologia e obstetrícia a população, assim como a realização de exames preventivos e mamografia, e mutirões esporádicos, o que evita que parte das usuárias procurem por esses serviços na atenção básica. Este foi um fator que trouxe dificuldades quanto ao cadastro de usuárias na Unidade durante a Intervenção.

Em virtude da falta de adesão, o monitoramento de todas as ações ocorreu predominantemente em mulheres de uma das equipes de saúde, gerando um número de cobertura bem abaixo do esperado para o tempo transcorrido. Durante o projeto de intervenção a meta de cobertura para o câncer de colo de útero foi de 40% e para o câncer de mama 65%. De acordo com os dados da planilha de coleta de dados final, foi alcançado 2,2% para Câncer de colo de útero e 3,9% para câncer de mama, valores muito abaixo das metas estabelecidas. Outro ponto é o fato da discrepância com os valores de cobertura estipulada na fase da Análise Situacional, que foi de 23% para câncer de colo de útero e 55% para câncer de mama, sugerindo que os dados utilizados para este cálculo não eram fidedignos, superestimando a cobertura existente. Não me foram oferecidos ou disponibilizados dados mais fidedignos por qualquer funcionário da minha unidade.

No eixo de organização e gestão de serviço, as ações também foram realizadas, ainda que parcialmente, pelas mesmas razões descritas acima. As mulheres na faixa etária preconizada pelo ministério da saúde para a detecção precoce do colo uterino podem agendar seus preventivos em qualquer horário e qualquer dia da semana, assim como aquelas na faixa etária prevista para a realização da mamografia não precisam marcar consulta para terem as solicitações do exame. As usuárias que realizam a coleta de preventivo, que é um exame realizado na USF Rocas, recebem o resultado na unidade. As usuárias que realizam mamografia, que é um exame externo, recebem seus resultados no serviço onde realizaram o exame, nem sempre trazendo o resultado, de forma que esse controle é dificultado.

A maioria das ações predefinidas para o âmbito da organização e gestão ficaram sob minha responsabilidade, como a organização do arquivo com os resultados dos exames, monitoramento dos registros e estabelecimento do acompanhamento diferenciado para as mulheres com maior risco para câncer de colo do útero e de mama. Busquei entre os resultados dos exames citopatológicos que chegam à unidade aquelas que apresentaram resultado alterado, porém, no decorrer da intervenção não registramos usuárias com laudo de exame citopatológico alterado, assim, não tivemos problemas com busca ativa.

As ações de engajamento público foram realizadas rotineiramente por meio de folders informativos e em consultório. Houve também um evento destinado a idosos onde se conseguiu reunir várias pessoas para discussão dos temas: câncer de colo do útero, câncer de mama, hipertensão e diabetes. Acadêmicas de enfermagem que estavam estagiando na unidade, também participaram levando informação a população através de um grande folder (figura 3). Outra coisa interessante é que toda a unidade aderiu ao uso da fita rosa na roupa no mês de Outubro. Um imprevisto foi a não realização do evento do Outubro Rosa na unidade, o qual fui informado de seu cancelamento um dia antes.



Figura 3: Atividade de educação em saúde realizada por acadêmicas de enfermagem estagiária da USF Rocas

A qualificação da prática clínica foi feita desde o início da intervenção, com reunião e exposição dialogada para todos os funcionários da unidade. Nessa ocasião tentei fornecer a capacitação sobre o acolhimento, o cadastramento e a periodicidade dos exames; foi disponibilizado o protocolo técnico utilizado; as equipes foram treinadas quanto ao registro adequado das informações, com o uso dos novos instrumentos e capacitadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e estratégias de combate aos fatores de risco de câncer de mama e de colo uterino.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

A capacitação dos funcionários foi realizada no início da intervenção, entretanto, por algum motivo os membros da equipe esqueceram de um dia para o outro as orientações oferecidas pelo treinamento. É possível que a explicação não tenha sido realizada de forma que se guardasse as informações adequadamente na memória. Algumas pessoas realizaram anotações e nas semanas posteriores voltaram a anotar as mesmas coisas, porque não lembravam. Em especial as agentes queixavam-se da cobrança para a realização, o mais imediato possível, de cadastros e de excesso de trabalho, num ambiente aonde as pessoas não são acostumadas a trabalhar em ritmo intenso. Outra dificuldade foi a fusão mal sucedida do dia da reunião de equipe com a reunião geral. As reuniões fundidas eram realizadas na sexta-feira à tarde, então supostamente depois das reuniões gerais haveria a de equipe. Por muitas sextas feiras poucos funcionários, de toda a unidade, compareciam a reunião geral e após acabava não se conseguindo realizar as reuniões de equipe, muitas vezes até mesmo quando muitos compareciam a reunião. Por algumas semanas as reuniões eram canceladas pela administração, por vezes tão próximo de sua realização que eu e outros membros da unidade por vezes fomos à unidade esperando participar de um evento e a unidade estava fechada, tornando a data ainda mais sem credibilidade perante os funcionários, e inclusive na maioria das reuniões gerais eu fui o único médico presente. Esse tipo de dificuldade técnica deixou a intervenção sendo realizada basicamente pelo médico da equipe.

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

Durante a coleta de dados, a principal dificuldade foi o fato de, basicamente apenas o médico estar se empenhando no cadastramento das usuárias, de forma que parecia que para muitas pessoas da minha equipe minha intervenção era “invisível” e, portanto, isso gerou um cadastramento nitidamente inferior à meta estipulada. Entretanto, as mulheres cadastradas foram assistidas com boa qualidade, ou seja, a quantidade de cadastros foi baixa, entretanto a qualidade da atenção prestada às usuárias foi garantida. A sistematização dos dados foi realizada

a partir de um livro de atas onde foram registrados os dados de relevância para a intervenção e os dados de possíveis candidatas a uma busca ativa com seus respectivos riscos.

Em posse desses dados eles eram transferidos para a planilha de coleta de dados fornecida pela UFPel, por algumas vezes para planilhas novas, em branco, em virtude de alguns problemas apresentados nas planilhas de coleta de dados para a intervenção em câncer de mama e câncer de colo uterino de um número expressivo de provabianos. Provavelmente por esse motivo, alguns indicadores pareciam não dar certo no início da intervenção. De posse do modelo final da planilha oferecido, os indicadores fluíram com naturalidade, e contei com a facilidade do cálculo realizado por esta. Uma pequena diferença em um indicador, evidenciou uma falha de digitação que foi corrigida.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Analisando as doze semanas de intervenção, pode-se observar os progressos que ocorreram e que todas as ações foram realizadas, mesmo que algumas parcialmente, pela individualidade de alguns profissionais e pela existência do serviço hospitalar próximo. Assim, algo ficou incorporado ao serviço e à mentalidade das usuárias, de forma que mesmo após minha saída algum aspecto da intervenção realizada permanecerá. No dia-a-dia até minha saída, planejo manter parte das ações de intervenção vivas orientando e estimulando as usuárias a se prevenirem e sempre avaliando o risco e necessidade de uma busca ativa ou uma atenção maior. Continuarei também realizando a coleta de preventivos, que antes da intervenção era realizada somente pela enfermeira, inclusive com demanda agendada e espontânea para tentar aumentar a cobertura. Muitas mulheres foram beneficiadas durante o andamento da intervenção e sei que fiz a diferença para a vida de algumas e que indiretamente pelos efeitos da intervenção farei a diferença na vida de outras quantas. Fico feliz por poder ter realizado este trabalho e sei que prevenção de câncer é vida!

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O projeto de melhoria da prevenção do câncer de colo do útero e do câncer de mama foi realizado durante doze semanas na UBSF das Rocas no município de Natal/RN.

Objetivo 1: Cobertura

Meta 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 40%.

Indicador 1.1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

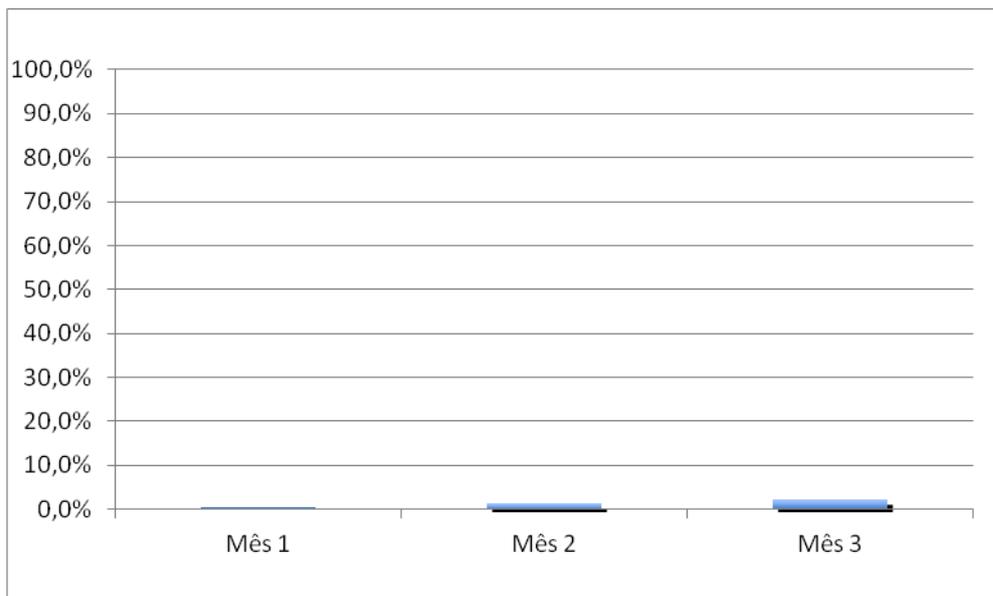


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero, na USF Rocas em Natal/RN. No primeiro mês o cadastramento de usuárias atingiu 0,6% de cobertura, no segundo mês 1,2% e no terceiro mês 2,2%.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

O indicador de cobertura da melhoria da prevenção do câncer de colo do útero, definido como a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero atingiu apenas 2,2% (figura 4). Analisando os 3 meses de intervenção, temos que no primeiro mês o

cadastro de usuárias atingiu 0,6% de cobertura, no segundo mês 1,2% e no terceiro mês 2,2%. Na área adstrita da UBSF das Rocas temos 3.058 mulheres nessa faixa etária e apenas 67 foram cadastradas com os exames em dia. O principal motivo para os baixos indicadores de cobertura alcançados e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde que atuam na UBSF, bem como dos profissionais de minha própria equipe, além do fato da existência de um serviço de ginecologia e obstetrícia e hospital universitário nas proximidades, que absorvem boa parte das usuárias da área de abrangência da unidade. Outro fator foi o cancelamento do evento do Outubro Rosa nas vésperas de sua data programada, o que atrairia muitas usuárias.

Meta 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 65%.

Indicador 1.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

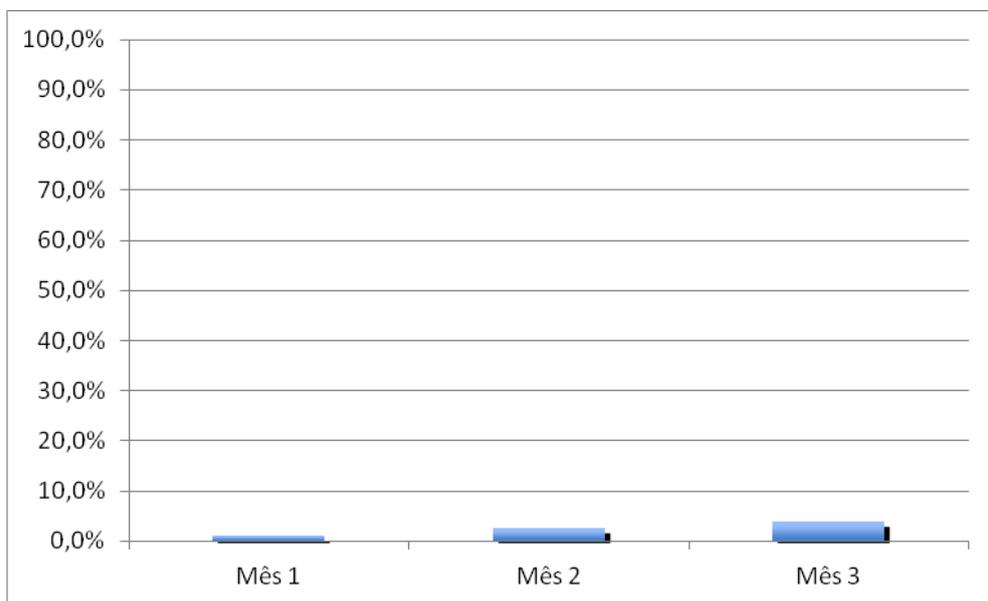


Figura 5: indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN. No primeiro mês o cadastramento de usuárias atingiu 1,0%, no segundo mês 2,5% e no terceiro mês 3,9%.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

A cobertura do programa de melhoria da prevenção do câncer de mama, definido como a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para

detecção precoce do câncer de mama atingiu apenas 3,9% (figura 5). Na área adstrita da UBSF das Rocas temos 914 mulheres nessa faixa etária e apenas 36 foram cadastradas com os exames em dia. Analisando os 3 meses de intervenção, temos que no primeiro mês o cadastramento de usuárias atingiu 1,0% de cobertura, no segundo mês 2,5% e no terceiro mês 3,9%. O principal motivo para os baixos indicadores de cobertura alcançados e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde que atuam na UBSF, bem como dos profissionais de minha própria equipe, além do fato da existência de um serviço de ginecologia e obstetrícia e hospital universitário nas proximidades, que absorvem boa parte das usuárias da área de abrangência da unidade. Outro fator foi o cancelamento do evento do Outubro Rosa nas vésperas de sua data programada, o que atrairia muitas usuárias.

Objetivo 2: Qualidade

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

Indicador 2.1. Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

O indicador de proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero nas mulheres dentre 25 e 64 anos atingiu 100% em todos os meses da intervenção. Acredito que o fato deva-se a usuária ser questionada antes da realização do preventivo se está em condições adequadas para realizá-lo.

Objetivo 3: Adesão

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

Indicador: 3.1. Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Não foi detectada nenhuma mulher com exame citopatológico alterado. Portanto, o indicador não foi gerado, foi zero. Inclusive este foi um resultado curioso para os exames citopatológicos, visto que as mulheres do bairro normalmente possuem uma sexarca precoce, muitas têm filho cedo, não usam preservativo, possuem múltiplos parceiros e, algumas são profissionais do sexo.

Meta 3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador 3.2. Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

A proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde, o indicador também foi zero, nesse caso, todas que tiveram o resultado alterado, retornaram à Unidade.

Meta 3.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador 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.

A Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento é zero visto que não houve citopatológico alterado.

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

Indicador 3.4. Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

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

tratamento é zero, já que aquelas com resultado alterado da mamografia, retornaram à Unidade, não sendo necessária busca ativa.

Objetivo 4: Registro

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

Indicador 4.1. Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

A proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico foi de 100% das usuárias cadastradas em todos os meses da intervenção. Como o registro das usuárias foi basicamente realizado pelo médico da equipe, este se preocupou em fazer o registro adequado para todas as mulheres cadastradas.

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

Indicador 4.2. Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

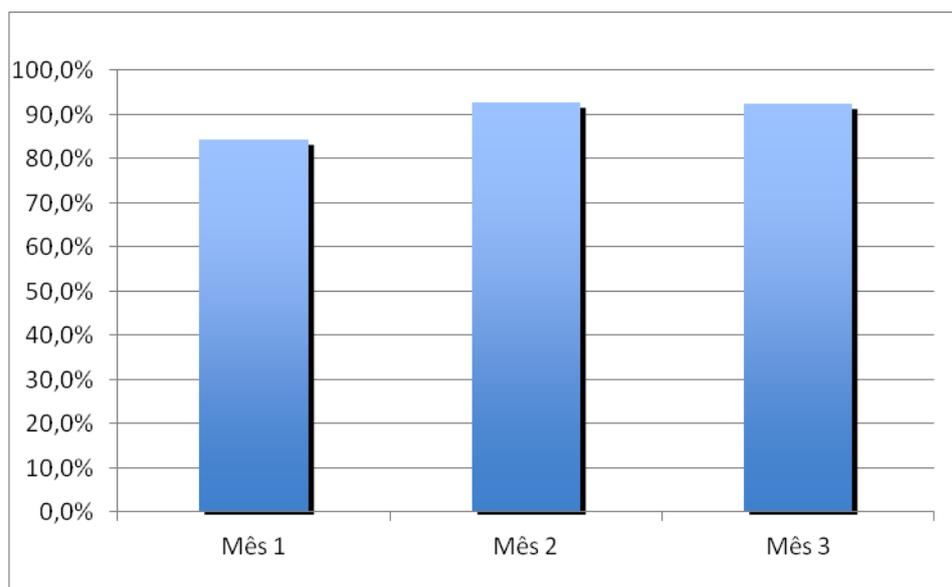


Figura 6: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia, na USF Rocas em Natal/RN. No primeiro mês a proporção dos registros foi de 84,2%, no segundo mês 92,9% e no terceiro mês 92,5%.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

A proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia foi de 92,5% das usuárias cadastradas ao final da intervenção (figura 6). O registro das usuárias foi basicamente realizado pelo médico da equipe, este se preocupou em fazer o registro adequado para as mulheres cadastradas, conseguindo esse resultado satisfatório. Por algumas vezes, usuárias me pararam na unidade sem um registro adequado em mãos. No primeiro mês a proporção dos registros foi de 84,2%, no segundo mês 92,9% e no terceiro 92,5%.

Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 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).

Indicador 5.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

A proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, foi de 100% em todos os meses, em virtude dos cadastros das usuárias terem sido realizados basicamente pelo médico, que se preocupou em pesquisar os sinais de alerta em todas as consultas.

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

Indicador 5.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

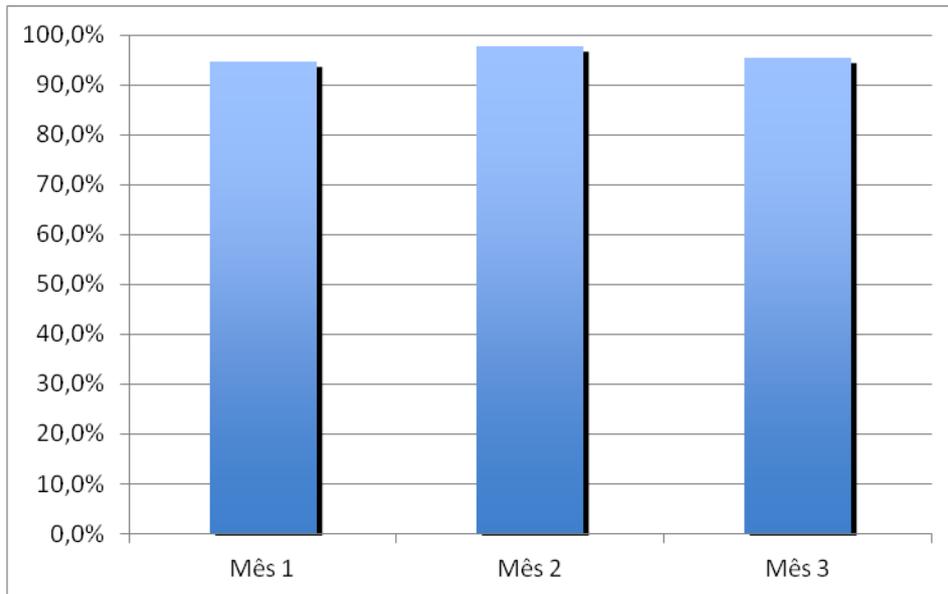


Figura 7: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN. No primeiro mês a proporção foi de 94,7%, no segundo mês de 96,7% e no terceiro mês 95,5%.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama foi de 95,5% ao final da Intervenção, em virtude do fato de algumas usuárias na faixa etária alvo não saberem da história familiar de neoplasias. No primeiro mês a proporção foi de 94,7%, no segundo mês de 96,7% e no terceiro de 95,5% (figura 7).

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador 6.1. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

A proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero foi de 100% em todos os meses, em virtude dos cadastros das usuárias terem sido realizados basicamente pelo médico, que preocupou-se em orientar as usuárias em todas as consultas.

Meta 6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Indicador 6.2. Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

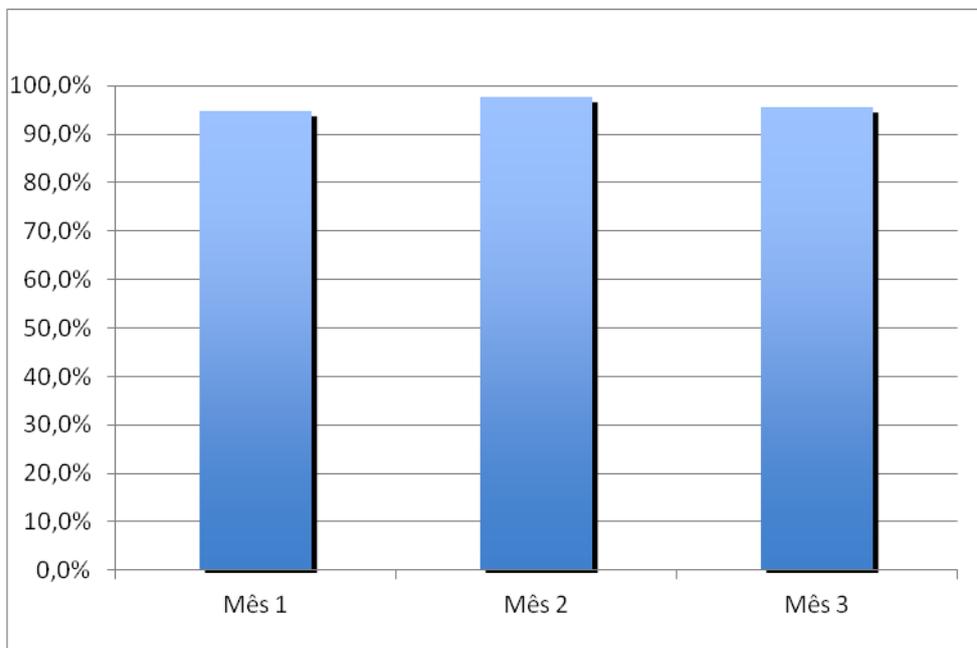


Figura 8: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama, na USF Rocas em Natal/RN. No primeiro mês a proporção foi de 94,7%, no segundo mês foi de 97,6%, e no terceiro mês de 95,5%.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

A proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama foi de 95,5% em virtude dos cadastros das usuárias terem sido realizados basicamente pelo médico, que preocupou-se em orientar as usuárias chegando a um resultado próximo a meta, pois nem mesmo o médico da equipe conseguiu orientar a todas as mulheres cadastradas, visto que nem sempre o manejo da relação médico paciente permitiu essa orientação. No primeiro mês a proporção desse indicador foi de 94,7%, no segundo mês foi de 97,6%, e no terceiro mês de 95,5% (figura 8).

4.2 Discussão

A intervenção realizada na USF Rocas alcançou um pequeno número de cadastro de usuárias em números absolutos, entretanto, os registros que

representam a qualidade do manuseio dessas usuárias são de boa qualidade e podem ser considerados satisfatórios. Foi possível melhorar os registros e a qualidade da atenção a essas usuárias, antes da intervenção os registros das mulheres candidatas a uma mamografia não existiam. Também ocorreram qualificações no que diz respeito à pesquisa de sinais de alerta, orientação sobre DST's e fatores de risco para o câncer do colo do útero.

Quanto à importância para a equipe, não houve grande interesse por parte desta pela intervenção e, a enfermeira necessitou afastar-se por 30 dias por motivo de lesão acidental. A equipe pareceu ter tido dificuldade para manter na memória os aspectos relevantes para a intervenção. Os profissionais tiveram participação discreta nas ações, mas acham bonita a ideia de se ampliar a prevenção em saúde da mulher. Por conta disso, acredito que não tenham usufruído de todos os benefícios das ações e, este também seria o motivo pelo qual as atividades não tenham avançado como pretendido.

Ao levar em consideração o serviço e analisando as doze semanas de intervenção, pode-se observar os progressos que ocorreram e que todas as ações foram realizadas, mesmo que algumas parcialmente, pela individualidade de alguns profissionais. Porém, algo ficou incorporado ao serviço e à mentalidade das usuárias, de forma que mesmo após minha saída algo da intervenção realizada permanecerá, como a melhoria dos registros e otimização da agenda para o atendimento deste grupo de mulheres.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. As usuárias informam-se umas com as outras de maneira progressiva, de forma que isso é visto efetivamente em consultório e comprova que a educação em saúde progride à medida que é trabalhada. Muitas usuárias demonstraram satisfação na facilidade de se conseguir um preventivo com o médico, que buscou abrir um período para coletar também preventivos, entretanto muitas ainda mantêm a mentalidade de que é preferível realizar o exame preventivo com uma mulher.

Nesse momento, se eu fosse iniciar do zero uma nova intervenção, antes procuraria me aconselhar melhor com meus tutores do PROVAB para saber suas opiniões sobre qual foco poderia beneficiar mais a população. A prevenção em câncer de colo de útero e mama é um bom foco, mas eu concorro com o serviço

hospitalar no cadastramento e atenção as usuárias do bairro. Eu fiz diferença na vida de muitas mulheres, mas a ampliação desse cuidado depende em grande parte de se permitir aos futuros membros do PROVAB que continuem a intervenção, para que se tente implementá-la definitivamente no serviço.

As atividades da Intervenção são viáveis de serem incorporadas à rotina de serviço, porém é necessário fortalecer o interesse dos novos médicos e dos outros profissionais que entrarão na unidade de saúde, além de manter o interesse da equipe que permanece, caso contrário, o que irá acontecer é o abandono do interesse especial nessas usuárias com minha saída. Outro ponto importante é a valorização da saúde pública, inclusive no quesito do profissional, em sentir-se valorizado e bem pago. Tenho certeza que os membros da equipe estariam mais inclinados a agir de forma mais eficaz se houvesse uma sensação de “valorização”, o que é essencial para que um profissional atinja seu desempenho máximo. Assim, os próximos passos estão concentrados em estimular a equipe a participar mais das atividades.

As mudanças precisam de pessoas interessadas nelas para que ocorram, assim elas são mais eficazes. Também não se deve e nem se pode abandonar a educação em saúde, pois a mágica da medicina preventiva está no fato de se prevenir os problemas e assim evitar gastos maiores por parte do SUS, além de reduzir a morbidade e mortalidade prevenível, como é o exemplo de um câncer diagnosticado precocemente.

4.3 Relatório da Intervenção Para Gestores

Ilmo. Srº Gestor

Em agosto do ano de 2014 iniciei o processo de intervenção no programa de prevenção de câncer de colo de útero e de mama na UBSF das Rocas. Nesse período a intervenção consistiu em readaptar o programa com base no preconizado pelo Ministério da Saúde. Para isso, foi preciso reorganizar todo o processo de agendamento, material utilizado, organização da equipe e do setor de trabalho, planejar capacitações com a equipe e divulgação para a comunidade.

A população total na área de abrangência, conforme os últimos registros oficiais é de 12.167 pessoas. A faixa etária alvo para a prevenção do câncer de colo do útero são mulheres entre 25 e 64 anos de idade (3.058 usuárias) e para o câncer de mama mulheres entre 50 a 69 anos (914 usuárias). O câncer de colo de útero é um tipo de câncer, de maneira geral, facilmente controlável se diagnosticado precocemente, e o exame preventivo não aumenta o risco de surgimento de neoplasias, além de ser um método barato. Já o câncer mama, está entre os mais incidentes na população feminina brasileira e sua prevenção e identificação precoce são importantes. O exame de rastreamento é a mamografia e ao contrário do exame preventivo para o câncer de colo do útero, esse pode predispor o surgimento de lesões.

A intervenção impôs mudanças na estratégia de captação, de atendimento e alterações nos processos de trabalho dos profissionais da unidade, portanto, como em qualquer situação de mudança, houve resistência por parte de alguns profissionais, de forma que o médico da equipe executou a intervenção praticamente só.

Foi criado um cadastro de mulheres na faixa etária do grupo escolhido para intervenção e utilizadas fichas-espelho, para auxiliar no controle dessas usuárias e na prevenção dessas neoplasias. Buscando aumentar o número de usuárias que realizam o exame preventivo, o médico da equipe também passou a realizar coleta de preventivos, mas com pouca adesão das usuárias, supostamente por muitas terem preconceito a realizar o exame com um homem, e que também não é ginecologista. Outro fator que parece ter diminuído a demanda por preventivos é a existência de um serviço de ginecologia e obstetrícia nas proximidades, com abertura ao público do SUS e com residentes médicos nessa especialidade incorporados ao serviço. Existem outros fatores que podem ser correlacionados a pequena abrangência relativa da intervenção, como a dificuldade de se realizar reuniões de equipe, o afastamento por motivo de saúde da enfermeira da equipe durante a intervenção, a dificuldade de assimilação de pontos-chaves no manuseio da intervenção por alguns membros da equipe, dentre outros.

Apesar de se ter alcançado um número de usuárias cadastradas pequeno perante as metas pretendidas, conseguiu-se uma alta qualidade no manejo das

usuárias cadastradas, conforme se comprovam pelos indicadores de qualidade alcançados. Obtemos 100% de coletas amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero. Mantivemos registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em todas usuárias cadastradas. A proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia foi de 92,5%.

A proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, foi de 100%. A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama foi de 95,5%. A proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama foi de 95,5%. A proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero foi de 100%. Isso leva a crer que essa intervenção criou um grupo de usuárias mais capazes de prestar atenção a manutenção de sua saúde, bem com mais capazes de reproduzir conhecimento e trazer usuárias no futuro ao serviço, fato que já tem sido observado, graças ao interesse do médico no projeto de intervenção.

A continuidade das ações é de extrema importância para a comunidade, espero que os profissionais da unidade, bem como os que serão substituídos entendam a relevâncias destas atividades. Para isso, também peço o apoio da gestão, proibindo as reuniões nas segundas e sextas-feiras para evitar a evasão de funcionários, sugiro ainda a promoção de mais cursos de educação continuada compulsórios para os agentes comunitários para que se tornem mais eficazes, sugiro ainda que acelere a instalação do e-SUS a fim de aumentar ainda mais a eficácia do cadastramento de usuárias. Sugiro que torne a atividade do Outubro Rosa compulsória a fim de aumentar a cobertura e a educação continuada. Sugiro ainda que envie folders informativos frequentemente a atenção básica para estimular a educação continuada e o aumento da cobertura. O fato é que há muitos obstáculos a serem vencidos, mas acredito que podemos fortalecer a atenção básica progressivamente cada vez mais.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Durante 12 semanas foi realizada uma Intervenção comunidade das Rocas dentro da área de abrangência do PSF Rocas, em Natal/RN, e buscou melhorar a atenção a saúde da mulher focando na prevenção do câncer de colo do útero e na prevenção do câncer de mama.

A população total na área de abrangência conforme os últimos registros oficiais são de 12.167, e o número esperado de mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade é de 3.058, o que corresponde às mulheres na faixa etária alvo da intervenção em prevenção do câncer de colo do útero. Esse é um tipo de câncer, de maneira geral, facilmente controlável se diagnosticado precocemente, assim como, o exame preventivo não aumenta o risco de surgimento de neoplasias e é um método barato. Há uma previsão da existência de 914 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, o que representa a população na faixa etária alvo para a intervenção na prevenção do câncer de mama. Esse câncer está entre os que têm um maior número de casos na população feminina brasileira e sua prevenção e identificação precoce são importantes.

Como vocês puderam perceber, a agenda foi ampliada para que todas pudessem participar do programa de intervenção, foram cadastradas e bem recebidas. Como praticamente o médico ficou responsável pelo cadastramento, apenas 137 usuárias foram cadastradas no programa de intervenção, mas o atendimento as mulheres foi de boa qualidade.

Com a intervenção conseguimos enfatizar de forma mais abrangente a importância da realização dos exames preventivos para o câncer de colo de útero e câncer de mama, além de melhorar os registros do público que precisa prevenir-se para esse problema. Quanto às mamografias, encontramos algumas usuárias com exame alterado e, assim pudemos fazer o encaminhamento precoce. O fato de se falar em prevenção para esses cânceres ativou de forma maior a discussão sobre esses temas, de forma que o que se aprendeu na unidade a respeito foi repassado aos seus familiares e amigos por parte de algumas usuárias, e muitas mulheres começaram a procurar o exame em decorrência da indicação de outras. Tivemos um prejuízo temporário na marcação de preventivos em decorrência do afastamento temporário da enfermeira da equipe por motivo de saúde, mas o médico esteve

durante esse tempo disponível para realizar os preventivos e, ajudou a ampliar dentro do possível a cobertura de preventivos.

Assim, mesmo com todas as dificuldades podemos observar muitos ganhos na assistência às mulheres da faixa etária alvo para prevenção do câncer do colo do útero e de mama. Sei que muitas vezes preferem ser atendidas no Hospital Universitário, mas saibam que a atenção básica também está preparada para fazer estes exames de rastreamento e fornecer todas as orientações necessárias. Esperamos poder continuar contando com o apoio de vocês para que essas ações sejam continuadas e que estimulem, cobrando as outras equipes e profissionais para que também as desenvolvam, dessa maneira, mais mulheres poderão ser beneficiadas.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE MEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Após analisar o aprendizado adquirido na Especialização em Saúde da Família da UFPel, associando à atividade prática na USF Rocas em Natal-RN, considero que o mesmo foi intermediário em relação às minhas expectativas iniciais.

O fato de se avaliar a Unidade de Saúde, analisá-la associando-se ao aporte teórico oferecido pelo curso sobre como deve ser uma UBS, como devem funcionar os programas, ficou fácil identificar várias falhas da saúde pública prestada no município. Isso é muito importante, pois forma médicos mais capazes de exercer sua governabilidade. “O fato é que qualquer um torna-se melhor jogador a partir do momento que entende as regras do jogo”. Quem ganha com isso é a sociedade.

Meu conhecimento estratégico sobre a unidade deu-se de forma cartesiana, ou seja, por partes, de forma que ao associá-los tornei-me um médico mais capacitado e mais consciente das dificuldades enfrentadas pelo posto de saúde. Não sei o que o futuro me reserva, mas quem sabe um dia eu dirija um PSF. Nunca se sabe.

No início das atividades no posto de saúde, apesar de não ser um médico recém formado, nunca havia trabalhado num PSF, e procurei me adaptar à realidade e aos medicamentos mais condizentes com a rotina de um posto de saúde. No caso de dúvidas, meu melhor amigo foi um Aplicativo chamado “Hipocrates”, que possui a maior parte das bulas disponíveis, além de disponibilizar o Código Internacional de Doenças (CID) e o preço das medicações, o que foi essencial para o sucesso terapêutico de muitos casos, visto que muitas usuárias abandonam o tratamento muitas vezes antes de começá-lo. O acesso à internet através do celular também ajudou.

Outro aprendizado relevante se deveu aos casos clínicos disponibilizados pela UFPel e à realização dos estudos de prática clínica, tornando-me um médico ainda mais habilidoso no manejo clínico dos usuários. A realização de um teste de qualificação cognitiva, que é uma prova semelhante à de residência médica, também foi de boa utilidade para a avaliação dos meus conhecimentos médicos. Minhas notas forma intermediárias, o que fortalece a hipótese de que meu aprendizado foi intermediário. A atenção oferecida pelo supervisor do Provac em Natal, o Dr. Ricardo, também foi muito importante, pois a existência de um supervisor local ajudou-me ainda mais a entender a realidade dos postos de saúde e a “sobreviver” da melhor forma possível nesse ambiente, assim como me estimulou a aderir a métodos para prestar um melhor acolhimento à população.

A existência de uma supervisora a distância, a Sra. Chandra, ajudou a tornar-me um médico mais “lapidado” e melhor preparado para agir com elegância e postura médica perante minha maneira de escrever e falar, assim como tem sido de importância fundamental para a qualidade das atividades semanais da pós graduação. Essa supervisora impressiona por sua vontade de trabalhar, sua garra para ir a fundo nas atividades. Sua vontade de ver os seus alunos fazendo bem e bonito é admirável, e inclusive, em minha casa possui grande admiração da minha esposa, que diz: “o mundo devia ter mais gente assim, gente trabalhadora como sua supervisora”.

Um ponto facilitador, foi o fato de eu gostar do que faço, atendo as pessoas com prazer, atenção e sem necessidade de agir com vaidade, o que me torna ainda mais próximo delas, de forma que passei a ver os resultados de minhas condutas

com mais detalhes, coisa que era de certa forma restrita na atenção via pronto-socorro.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: cadernos de atenção básica**. 2.ed. Brasília, n.13, 2013.128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro, 2004. 39p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. Associação médica brasileira. Agência nacional de saúde suplementar. **Câncer de mama: Tratamento cirúrgico**. 2011.12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**.Rio de Janeiro, 2009.

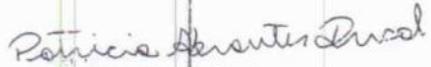
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília, 2012.320p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. 1.ed. Brasília, 2012. 272p.

ANEXOS

ANEXO C – Documento do Comitê de Ética. Fonte: Universidade Federal de Pelotas.

 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	
<i>Projeto: 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.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

APÊNDICES

APÊNDICE A – FOLDER SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA UTILIZADO NA INTERVENÇÃO. FONTE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.

O que é câncer de mama?

É uma doença causada pela multiplicação anormal das células da mama, que forma um tumor maligno. O câncer de mama tem cura, se descoberto no início.

Como é possível descobrir a doença cedo?

Por meio da realização de alguns exames, principalmente do exame clínico das mamas e da mamografia. Todas devem ter cuidados com sua saúde, mas, para o controle do câncer de mama, algumas mulheres devem realizar exames periodicamente, mesmo que não tenham alterações em suas mamas. O diagnóstico precoce aumenta a chance de cura do câncer de mama.

Quem deve fazer exames periodicamente?

Toda mulher com 40 anos ou mais deve procurar um posto de saúde para ter suas mamas examinadas por um profissional de saúde anualmente. Entre 50 e 69 anos, a mulher também deve fazer uma mamografia a cada dois anos. O risco de câncer de mama aumenta com a idade.

E as mulheres com história familiar de câncer de mama?

Uma parte delas tem herança genética e, por isso, é importante que procurem o médico para avaliar seu risco de desenvolver a doença. A mulher com mãe, irmã ou filha que teve câncer de mama antes dos 50 anos, ou câncer de ovário, deve, a partir dos 35 anos, realizar o exame clínico das mamas e a mamografia uma vez por ano.

O que é o exame clínico das mamas?

É o exame em que o médico ou enfermeiro observa e apalpa as mamas de sua paciente na busca de nódulos ou outras alterações.

O que é mamografia?

É uma radiografia das mamas, realizada por um equipamento chamado mamógrafo. É feita uma compressão das mamas para visualizar pequenas alterações, o que permite descobrir o câncer de mama em fase inicial.

E o que a mulher pode fazer?

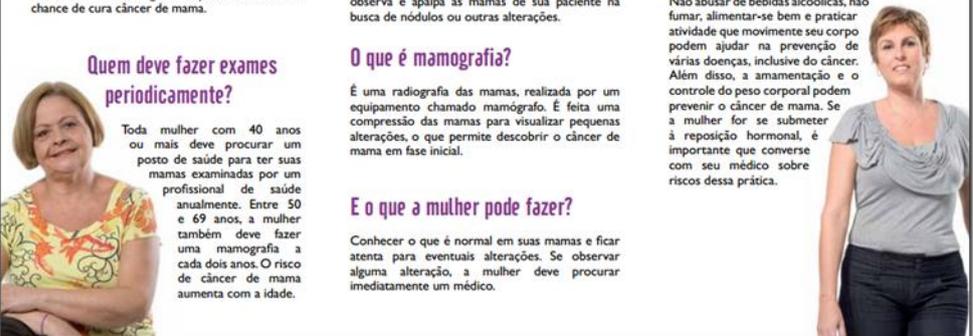
Conhecer o que é normal em suas mamas e ficar atenta para eventuais alterações. Se observar alguma alteração, a mulher deve procurar imediatamente um médico.

Como a mulher pode perceber a doença?

O câncer de mama pode ser percebido pela mulher como um caroço, acompanhado ou não de dor. A pele da mama pode ficar vermelha ou parecida com uma casca de laranja ou surgirem alterações no bico do peito, o mamilo. Também podem aparecer pequenos caroços na região abaixo dos braços, nas axilas. Lembre-se de que nem sempre essas alterações são sinais de câncer de mama.

O que mais a mulher pode fazer para se cuidar?

Não abusar de bebidas alcoólicas, não fumar, alimentar-se bem e praticar atividade que movimentem seu corpo podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer. Além disso, a amamentação e o controle do peso corporal podem prevenir o câncer de mama. Se a mulher for se submeter à reposição hormonal, é importante que converse com seu médico sobre riscos dessa prática.



APÊNDICE B – FOLDER SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO UTILIZADO NA INTERVENÇÃO. FONTE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.

O que é câncer do colo do útero?

É um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de lesões precursoras e são curáveis na maioria das vezes. Se não tratadas podem, após alguns anos, se transformar em câncer.

O que a mulher pode sentir?

Quando a mulher tem uma lesão precursora não sente nada. Apenas o exame preventivo pode descobrir a alteração. O câncer no início também não dá sinais. Porém, mais tarde, podem aparecer corrimento, sangramento e dor.

O que pode levar ao câncer do colo do útero?

A causa é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano, o vírus HPV. Existem mais de 100 tipos de HPV, embora poucos causem o câncer do colo do útero. A infecção pelo HPV é muito frequente e quase sempre cura-se espontaneamente, ou seja, a persistência da infecção e a evolução para o câncer são raras. Embora o HPV seja um vírus sexualmente transmissível, o uso de preservativo (camisinha) não impede totalmente o contágio.

O fumo aumenta o risco do câncer.

Como evitar o câncer do colo do útero?

Fazendo o exame preventivo (Papanicolaou). Quando as alterações que antecedem o câncer são identificadas e tratadas, é possível prevenir a doença em 100% dos casos.

O que é exame preventivo?

É a coleta de material do colo do útero por meio de espátula e escovinha. Este material é enviado ao laboratório para análise. O exame é rápido e, para a maioria das mulheres, não causa dor. Em alguns casos, pode provocar incômodo passageiro.

Quem deve se submeter ao exame?

Mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual.

Com que frequência deve ser feito o preventivo?

Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano. Se os resultados desses exames forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos.

O exame pode ser feito durante a gravidez se estiver na época recomendada.

Quais os cuidados para a realização do exame preventivo?

- Não estar menstruada.
- No dia anterior ao exame: não ter relação sexual e não usar duchas, lubrificantes ou medicamentos vaginais.

Em caso de sangramento fora do período menstrual, a mulher deve sempre ser examinada por médico.

O que fazer após o exame?

A mulher deve retornar ao local onde foi realizado o exame para receber o resultado e as orientações. Tão importante quanto realizar o exame é saber o resultado.

E se o resultado der alguma alteração?

O médico poderá solicitar a repetição do exame preventivo ou encaminhar a mulher para a realização de outros tipos de exame. Caso necessário, será indicado um tratamento.



APÊNDICE C - FOTOS DA INTERVENÇÃO



Foto: Dr. Ciro Rego ao lado do cartaz doado à Unidade sobre prevenção do câncer de mama na USF Rocas em Natal, Rio Grande do Norte.



Foto: Dr. Ciro Rego na sala de coleta de preventivos na USF Rocas em Natal, Rio Grande do Norte.



Foto: Atendimento clínico à usuária na USF Rocas em Natal, Rio Grande do Norte.



Foto: Usuária beneficiada pela Intervenção na USF Rocas em Natal, Rio Grande do Norte.