

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



Trabalho de Conclusão de Curso

MELHORIA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA, NA UBS CRESO BEZERRA, NATAL/ RN

Daniella Márcia Medeiros de Sousa

Pelotas, 2015

DANIELLA MÁRCIA MEDEIROS DE SOUSA

MELHORIA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA, NA UBS CRESO BEZERRA, 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**

S725m Sousa, Daniela Márcia Medeiros de

Melhoria do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e do Câncer de Mama, na UBS Creso Bezerra, Natal/ RN. / Daniela Márcia Medeiros de Sousa; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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 este trabalho de conclusão da especialização aos meus pais, irmão, familiares, e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus Todo-Poderoso, o que seria de nós sem a fé que temos Nele.

Aos meus pais, irmão e toda família, pela confiança, sabedoria, amor e cuidado, que não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa importante da minha vida.

À orientadora Chandra Lima Maciel, pela paciência e disposição na orientação e pelo incentivo para que eu finalizasse o trabalho de conclusão de curso.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, que foram essenciais na trajetória da especialização.

Aos usuários, que sempre se mostraram colaborativos para com o meu aprendizado, contribuindo sobremaneira para minha formação profissional.

À Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, por ter concedido acesso à fonte de dados deste estudo.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e apoio constantes.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. | 63 |
| Figura 2 | Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama. | 64 |
| Figura 3 | Gráfico indicativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero. | 65 |
| Figura 4 | Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado | 66 |
| Figura 5 | Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado | 67 |
| Figura 6 | Gráfico indicativo da Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa | 68 |
| Figura 7 | Gráfico indicativo da Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa. | 69 |
| Figura 8 | Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero. | 70 |
| Figura 9 | Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia | 70 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| DM | Diabete Mellitus |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| Provab | Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBSF | Unidades Básicas de Saúde Fluviais |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 11 |
| 1 ANÁLISE SITUACIONAL..... | 12 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação..... | 12 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 14 |
| 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..... | 31 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 31 |
| 2.2.2 Objetivos específicos..... | 31 |
| 2.2.3 Metas..... | 32 |
| 2.3 Metodologia..... | 34 |
| 2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento)..... | 34 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 50 |
| 2.3.3 Logística..... | 53 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 56 |
| 3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO..... | 59 |
| 3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente..... | 59 |
| 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..... | 60 |
| 3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores..... | 60 |
| 3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à | 61 |

| | |
|--|----|
| rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra..... | |
| 4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO..... | 62 |
| 4.1 Resultados..... | 62 |
| 4.2 Discussão..... | 72 |
| 4.3 Relatório da intervenção para a comunidade..... | 74 |
| 4.4 Relatório da Intervenção para os gestores..... | 75 |
| 5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM..... | 78 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 80 |
| ANEXOS..... | 81 |
| Anexo A: Ficha espelho | |
| Anexo B: Planilha de coleta de dados | |
| Anexo C: Documento do Comitê de Ética | |
| APÊNDICES | 87 |
| Apêndice A: Fotos da Intervenção | |

RESUMO

SOUSA, Daniella Márcia Medeiros de. **Melhoria do Programa de Prevenção do câncer do colo do útero e do câncer de mama, na UBS Creso Bezerra, Natal/ RN.** 2015. 90f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O câncer é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial. No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias cada vez mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente. Sobre o câncer de colo uterino no Brasil, no ano de 2012, foram estimados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. O presente trabalho tem o objetivo de melhorar a atenção ao controle de câncer de colo de útero e de mama da Unidade Básica de Saúde Creso Bezerra, município de Natal, RN. A intervenção no programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama teve como protocolo o Caderno de Atenção Básica sobre o Controle dos cânceres de colo do útero e da mama do Ministério da Saúde, 2013 e duração de 12 semanas. Para coletar os dados necessários ao seu monitoramento foi utilizada uma ficha espelho, esta foram impressas e anexadas ao prontuário clínico da usuária. Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados, para onde os dados dos atendimentos eram repassados. As ações foram voltadas ao aumento da cobertura do programa, bem como para melhoria da qualidade dos atendimentos, da adesão das usuárias, dos registros, da avaliação de risco e promoção à saúde. Incluíram-se 300 usuárias nesta intervenção. O indicador de cobertura da melhoria da prevenção do câncer de colo do útero, atingiu apenas 35,2%. Para o câncer de mama, o valor foi de 31,4%. Essa percentagem de cobertura ficou abaixo da almejada com o início da intervenção, que era de 50% para ambas as patologias. Entretanto, os indicadores de qualidade atingiram 100% em sua maioria. Os resultados reforçam a necessidade de melhoria no rastreamento do câncer de colo uterino na área de abrangência da Unidade. A intervenção foi de grande valia para UBS, pois muitos aspectos visando a saúde da mulher mudaram. Começando pela cobertura que agora é realizada por todos os profissionais de saúde atuantes na unidade. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreamento do câncer de colo uterino e mama, sua importância e periodicidade.

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. O Curso teve início no mês de março de 2014, quando começaram as postagens das primeiras tarefas; a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado, ocorreu em janeiro de 2015

O foco da intervenção escolhido foi o programa de rastreamento do câncer de colo uterino e mama, cujo objetivo foi o de melhorar a atenção ao controle de câncer de colo de útero e de mama da Unidade Básica de Saúde Creso Bezerra, município de Natal, RN.

Este trabalho está dividido em cinco partes, a saber: 1 - Análise situacional onde abordamos as atividades realizadas na UBS Creso Bezerra, 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 em seu serviço?

Iniciada em 1994, a saúde da família é a principal estratégia para reorganização da Atenção Básica no Brasil. As equipes são multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser adicionados à essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ ou técnico em saúde.

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. As equipes atuam com ações de: promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. As atividades são desenvolvidas em uma área determinada, segundo definição territorial preestabelecida (Territorialização), em uma população previamente cadastrada (Adscrição de clientela)

A sua primeira atividade deve ser a territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade. Inicialmente, devemos saber quem é a população que iremos assistir, e além disso, qual é o maior problema de saúde dessa comunidade para maior intervenção. É um modelo que privilegia o ser humano em relação à doença e a comunidade em relação ao individual.

Com relação à da realidade do serviço no qual estou alocada, este exerce muito bem o seu papel de Estratégia de saúde da família (ESF). Irei começar falando um pouco sobre. A unidade comporta 04 equipes de ESF, onde cada uma delas tem um médico generalista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde. Também dispomos de um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal. Há uma pediatra que trabalha no serviço há 15 anos, ela não faz parte de nenhuma equipe, mas auxilia bastante na atenção à criança. Cada equipe tem sua área definida e análise situacional individual. A minha Unidade Básica de Saúde (UBS) dispõe de diversas atividades, são elas: Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área

adstrita; Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas; Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; Consultas médicas e/ou de enfermagem; Consultas e procedimentos odontológicos; Realização de procedimentos médicos e de enfermagem; Imunizações, Inalações, Curativos, drenagem de abscessos e suturas; Administração de medicamentos orais e injetáveis; Atendimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia; Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade; Realização de palestras educativas sobre diversos temas na área da saúde; Atividades de Educação física com acompanhamento do profissional Educador Físico; Reuniões semanais com toda equipe para discussão de aspectos a serem melhorados; Visita domiciliar; Teste do olhinho em lactentes de 1 a 6 meses (Referência no município de Natal).

No dia 03 de abril de 2014 foi realizada uma reunião com toda a equipe. Nela foram discutidos alguns aspectos que precisavam melhorar, um deles foi a implantação da escala de coelho como parâmetro para visita domiciliar. No momento na reunião questionamos os agentes comunitários de saúde quais critérios eles utilizavam para realizar a visita domiciliar, para surpresa de muitos, eles não sabiam do que se tratava a escala de coelho e realizavam as visitas por afinidade, necessidade ou classe social. O encontro foi muito proveitoso, pois eles poderão aprimorar suas visitas e nos ajudar na escolha das casas para a visita domiciliar. Momentos como esse de integração multidisciplinar são de extrema importância para o bom funcionamento da equipe.

O funcionamento da minha UBS no meu ponto de vista é de excelente qualidade. Ainda existem diversos pontos em que precisamos aprimorar os cuidados à saúde, principalmente a falta de medicamentos na farmácia, mas tendo em vista a qualidade assistencial da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) nos dias atuais, ela está caminhando para conseguir seguir todos os princípios do SUS e da atenção básica.

O relacionamento da equipe com a comunidade é também um ponto muito importante, em pouco tempo de serviço percebi que a comunidade é bem acolhida e existe uma relação de respeito mútuo. A começar pela administradora e diretora da UBS, as duas profissionais são extremamente acolhedoras com a equipe e com a comunidade. Fui muito bem recebida e orientada sobre o funcionamento do serviço

por elas, assim como pelos funcionários, me senti muito especial no primeiro contato com eles. A população tem acesso fácil a marcação de consultas, exames e atendimento médico. É um local muito bom de trabalho, onde todos estão sempre prontos para ajudar.

A estrutura física é outro ponto que precisa ser frisado. Uma boa estrutura física e adequada aos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde (MS) é necessária para o bom funcionamento de todos os princípios da ESF. É importante que a concepção arquitetônica das UBS se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado e que a identificação das unidades seja clara. Minha UBS é estruturada da seguinte forma: 01 sala de recepção e arquivos de prontuário; Administração e gerência; Almoxarifado; 04 Consultórios médicos; 01 Sala da enfermagem; Sala de reuniões; Sala de vacina; Sala de curativo/ procedimento; Sala de nebulização; Brinquedoteca; Farmácia; Área para compressor; Banheiro para funcionários; Copa/cozinha; Depósito de materiais de limpeza; Sala de esterilização; Abrigo de resíduos sólidos; e Depósito de lixo.

Diante do exposto acima, a unidade de saúde em que estou atuando, não está totalmente adequada para os padrões exigidos pelo MS. Necessita de uma sala de espera que comporte 60 pessoas, pois dentro do serviço há 04 equipes de ESF. Não dispõe de consultório com sanitário, pela quantidade de equipes, o MS preconiza 03 consultórios. Outra falha na estrutura é o banheiro dos usuários, são necessários 04 e só há 01 banheiro na unidade. Melhorias na estrutura física da unidade precisam ser feitas para que o funcionamento do estabelecimento traga conforto aos usuários e prestadores de serviço.

1.2. Relatório da Análise Situacional

A UBS que atuo está localizada no município de Natal. O município de Natal se localiza na região litorânea do estado do Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil, limita-se ao norte com Extremoz, ao sul com Parnamirim, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com São Gonçalo do Amarante. Natal, capital do estado, possui uma área territorial de aproximadamente 168,3Km² e fica a 30 m acima do nível do mar, numa região cercada de dunas. Abrange na sua extensão ecossistemas de

relevância ambiental tais como: estuários, restingas, dunas, falésias, baías, recifes, corais, planícies, entre outros. Está dividida geograficamente em 36 bairros, distribuídos em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste. A população de Natal, segundo o censo do IBGE de 2010, é de 803.811 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 4.734,07 hab/km².

Com relação à disponibilidade de serviços de saúde, as Unidades de Saúde da Família (USF) estão organizadas para comportar 116 equipes da ESF, o que cobriria 50,7% da população (estimativa 2009), porém, em função da falta de profissionais, essa cobertura encontra-se na competência de dezembro de 2010 em 30,81%. Atualmente existem 113 equipes, distribuídas nas seguintes modalidades: 16 Equipes de Saúde da Família; 54 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal; 34 Equipes de Agentes Comunitários + Equipe de Saúde Bucal; 09 Equipes de Agente Comunitário de Saúde.

Com vistas a aumentar o escopo das ações da ESF foram credenciados em abril de 2010 pelo Ministério da Saúde 12 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF. Esses Núcleos constituem-se em um arranjo organizacional que visa garantir suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Portanto, os NASF não se constituirão como porta de entrada do sistema, e atuarão de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família. Em novembro de 2013, foram credenciadas 3 equipes do NASF.

As UBS que ainda seguem o modelo tradicional trabalham na lógica de demanda aberta, cuja delimitação de área de abrangência não foi redimensionada para atender a real necessidade do crescimento populacional dos bairros nos quais estão inseridas. Dessas Unidades, 08 possuem Equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui uma rede de assistência odontológica na atenção primária, responsável pela garantia do acesso, viabilizando o fluxo do usuário aos demais níveis de atenção. Estão distribuídas em 55 Unidades Básicas, sendo 37 destas Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (na proporção de 1 equipe de Saúde bucal para 1 equipe de Saúde da

Família) em 101 equipes das 113 implantadas no Município. Há ainda um Ambulatório Médico de Especialidades com o atendimento odontológico dando suporte às Unidades Básicas de Saúde. A atenção secundária foi implementada a partir dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - ampliando e qualificando a atenção especializada, com a implantação no ano de 2005 de 03 Centros de Especialidades Odontológicas, com um aumento significativo no número de procedimentos de média complexidade passando de 37.854 mil em 2004, 79.337 em 2005, 70.512 em 2007, 73.875 em 2008 e 51.914 em 2009, respectivamente.

A rede Hospitalar do SUS no município conta com 35 unidades hospitalares, sendo a maioria do setor privado, cujo percentual em 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais representam 20% do total de estabelecimentos hospitalares e as unidades próprias municipais, 14,3%. A esfera federal conta com 8,6% da rede hospitalar. Essas unidades hospitalares possuíam um total de 3.039 leitos de internação com uma média de 3,8 leitos por mil habitantes. No entanto, contando apenas com os 2.252 leitos conveniados ao SUS, essa média cai para 2,8.

O município contava também em 2009 com 450 leitos complementares, dos quais 352 eram de Unidade de Terapia intensiva e os demais de Unidades Intermediárias. Já na rede conveniada ao SUS, o quantitativo é menor: 240 de leitos complementares, entre eles, 147 leitos de UTI. Quanto ao quantitativo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o município possui 48 unidades, das quais 27 pertencem à rede conveniada ao SUS.

O município no nível de atenção ambulatorial contava em 2009 com 139 estabelecimentos, dos quais 88 eram serviços próprios. Entre eles: 6 unidades de saúde com pronto-atendimento 24 horas, 5 Policlínicas, 1 Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, 1 Centro Especializado de Atenção ao Idoso e 7 serviços de Saúde Mental na rede própria de serviços.

Com o objetivo de dar cobertura as áreas descobertas da ESF, a SMS implantou 3 Ambulatórios Médicos Especializados no ano de 2010, que conta com atendimento médico de várias especialidades e equipe multiprofissional. Todas essas unidades são informatizadas e os usuários recebem cartão de identificação para o acesso ao prontuário eletrônico. Esses ambulatórios têm capacidade de

realizar em média 15.000 procedimentos/mês, inclusive exames laboratoriais. O gerenciamento dos AME é realizado por uma organização social. Conta ainda com realização de ultrassonografia e eletrocardiograma.

As 4 policlínicas atendem a demandas referenciadas pela atenção básica e estratégia da saúde da família, com especialistas em diversas áreas, como: cardiologia, angiologia, endocrinologia, neurologia, psiquiatria, reumatologia, ortopedia, gastroenterologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia entre outros.

A Rede de Saúde Mental do município de Natal conta hoje com serviços substitutivos, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e serviços ambulatoriais tanto para cuidado dos transtornos mentais, como para tratamento de dependência química nas áreas de álcool e outras drogas, incluindo tabagismo, atendendo também o público infanto-juvenil. Destaca-se também o acompanhamento de familiares dos usuários em tratamento nos CAPS.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, normatizado no Brasil a partir de 2003 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências e caracteriza-se pela prestação de socorro a vítimas em situações de agravos urgentes, nos locais onde esses ocorrem, possibilitando a garantia de um atendimento precoce e adequado ao ambiente pré-hospitalar, além do acesso ao Sistema de Saúde.

A SMS realizou uma média de 2.651.033 exames laboratoriais no período de 2006 a 2009. Em 2010 esta produção diminuiu para 1.614.980, ficando abaixo da média realizada nesses quatro anos. Essa redução ocorreu em função de problemas nos equipamentos de laboratório e redução de profissionais. Com a implantação do Plano de Cargos e Vencimentos da Secretaria de Saúde Pública, houve uma evasão dos profissionais bioquímicos e técnicos de laboratórios para o seu órgão de origem ficando a SMS com o quadro funcional reduzido.

Visualiza-se que o Sistema Municipal de Saúde está centrado no desenvolvimento da atenção integral, articulando ações de promoção, proteção e recuperação, envolvendo os níveis hierárquicos da atenção básica e especializada (Média e Alta Complexidade), tanto ambulatorial quanto hospitalar.

Quanto à Unidade de Saúde que estou atuando, esta localizada no bairro das Quintas, situado no distrito Oeste do Município de Natal. Ela é considerada uma unidade da zona urbana. Falando um pouco da realidade do serviço, ele exerce muito bem o seu papel de Estratégia de saúde da família, mesmo estando em processo de mudança para ESF desde março de 2014, e antes funcionava como unidade básica de saúde tradicional há 26 anos (312 meses). Como estamos na transição para ESF, o cadastro de todas as famílias está sendo atualizado. No nosso serviço também contamos com o auxílio de 06 vigilantes, 01 farmacêutica, 01 auxiliar de farmácia, 01 administradora, 01 recepcionista, 02 auxiliares de enfermagem, 02 auxiliares de limpeza. Por enquanto não temos o apoio do NASF. Cada equipe tem sua área definida e análise situacional individual.

A estrutura do serviço de saúde, não obedece todas as normas preconizadas pelo Ministério da saúde, mas está caminhando para o padrão ideal. A entrada da UBS é adaptada para o acesso de pessoas com deficiência visual ou física, tem uma rampa ao lado da escada, com corrimão, e a calçada é cimentada com declives para o acesso de quem está na cadeira de rodas. No corredor dentro do serviço não tem corrimão, e o chão é liso e antiderrapante, tornando segura a circulação dentro da unidade. Os banheiros são acessíveis para deficientes físicos, possuem corrimão de apoio e as portas são largas o suficiente para passagem de uma cadeira de rodas. A unidade dispõe de uma cadeira de rodas para os usuários.

O estabelecimento tem 04 consultórios médicos, 01 consultório da enfermagem, 01 consultório para coleta de Citologia Oncótica e 01 consultório odontológico. Nenhuma sala da unidade tem janela, exceto a farmácia, o que dificulta a circulação do ar no ambiente. Apenas dois consultórios médicos têm ar-condicionado. A sala que atendo é muito quente, tem apenas um ventilador que atrapalha mais do que ajuda, pois se eu ligo, todas as folhas voam, se desligo o calor é imenso, como não há janela na sala o ar não circula. É muito desconfortável trabalhar nessas condições.

Diante do exposto acima, a unidade de saúde em que estou atuando, não está totalmente adequada para os padrões exigidos pelo MS, apesar de ser muito bem equipada comparada à unidades mais carentes que existem no município. Necessita de uma sala de espera que comporte 60 pessoas, pois dentro do serviço

há 04 equipes de ESF. Não dispõe de consultório com sanitário, pela quantidade de equipes, o MS preconiza 03 consultórios. Outra falha na estrutura é o banheiro dos usuários, são necessários 04 e só há 01 banheiro na unidade. Também não possuímos sala para os agentes comunitários de saúde, o que seria de extrema importância para o planejamento de visitas e estratégias educativas com a comunidade. As janelas seriam de extrema importância para circulação do ar dentro da unidade. Apesar de existirem falhas na estrutura da minha UBS, acredito que nada atrapalha o bom funcionamento do serviço. Claro que se as melhorias necessárias pudessem ser executadas, muita coisa funcionaria com mais eficiência.

De acordo com a Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 podemos ver que no âmbito da atenção básica existem várias atribuições para todos os profissionais atuantes nela. Algumas são comuns à todos os profissionais outras são dirigidas a cada membro da equipe. Juntas todas essas atribuições trazem melhorias para o sistema de saúde público, pondo em prática os princípios do SUS.

Todos os profissionais devem participar do processo de territorialização e mapeamento da equipe; manter atualizado o cadastramento das famílias; cuidado da saúde da população adstrita; garantir atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; participar do acolhimento; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos; realizar reuniões de equipes; ações de educação em saúde; promover mobilização e participação da comunidade. Existem mais atividades comum à todos os profissionais, porém citei apenas as que percebi falha no serviço em que estou atuando.

Ao responder o questionário e observando o dia-a-dia da equipe, notei que muitas das atribuições acima citadas ficam sobrecarregadas com os agentes comunitários de saúde e enfermeiras. A territorialização, mapeamento, busca ativa quem realiza praticamente são só eles. Toda a equipe, inclusive eu, deveria se prontificar a ajudar e participar ativamente dessas atividades como ordena a Portaria. Percebo que as enfermeiras estão sobrecarregadas com essa função. Elas também são as mais procuradas para as notificações de doenças e agravos à saúde, função que é dever de qualquer membro da equipe.

Em relação a busca ativa de usuárias novamente as enfermeiras e agentes comunitários de saúde ficam responsáveis por tais funções. A realização de reuniões que deveria ter a presença de toda equipe e na maioria das vezes só há participação de médicos e enfermeiras, poucas vezes os agentes comunitários participam. A participação de todos seria de grande importância para melhorias coletivas.

Falando sobre o acolhimento, as técnicas de enfermagem praticamente realizam sozinhas, contando algumas vezes com a ajuda de alguma das enfermeiras. Sobre ações educativas, percebo que todos os profissionais a fazem muito bem, cada um com seu nível de conhecimento científico mas cada um fazendo sua parte. É muito importante conscientizar a população sobre a importância da prevenção e não valorizar apenas medidas curativas.

No âmbito da participação popular, nenhum dos profissionais realiza esse papel, além de não existir conselho de saúde na unidade, muitos desconhecem tal função da população no âmbito do SUS.

Das atribuições específicas, todos os profissionais exercem sua função de acordo com o que está descrito na Portaria. Alguns necessitam apenas realizar e ajudar demais profissionais com atribuições comuns à todos.

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. Apesar de ser porta aberta e ter que dar respostas positivas aos usuários, tenho observado muito na unidade em que estou atuando, a procura muito grande dos usuários fora do horário marcado e muitos dos funcionários da unidade impõe que devemos atendê-los, mesmo já estando com um volume grande de usuários agendados. Acredito que essa resposta positiva deve ser de forma clara e respeitando também o profissional que o atende, pois não há como ter uma consulta de qualidade com um volume grande de usuários. Já questionei inúmeras vezes com relação à isso, mas na maioria das vezes sou ignorada.

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. É de grande importância analisar como ele se dá e não apenas saber se existe acolhimento no serviço.

Não basta ter uma “sala de acolhimento” e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

Na unidade em que atuo, o acolhimento é realizado pela equipe de referência do usuário: a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adstrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

Acredito que o acolhimento na unidade é realizado de forma qualificada e atende as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Os usuários que procuram a unidade por demanda espontânea são todos atendidos com devem ser e sempre tentando educá-los para procurarem a unidade na forma de agendamento, salvo como já dito antes, situações de urgência. Pretendo reunir a equipe na próxima reunião e explicar sobre o tema acolhimento, qual o objetivo e explicar sobre como devem ser comandadas as demandas espontâneas. Apesar da falta de comunicação, as vezes por parte de alguns membros das equipes, os usuários sempre que procuram a unidade recebem a atenção necessária.

Em relação à população da área adstrita, no total temos 13.800 pessoas. Cada equipe está responsável em média por 3.450 pessoas, o que está adequado de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, que estima 3.000 pessoas

por equipe e no máximo 4.000. Temos 4.559 mulheres em idade fértil; 619 mulheres entre 25 e 64 anos; 366 mulheres entre 50 e 69 anos; 201 menores de 1 ano; 402 menores de 05 anos; 2.394; 8.881 pessoas de 15 a 59 anos; 600 pessoas com 60 anos ou mais. Podemos concluir que a população do território adstrito é composta na sua grande maioria por adultos jovens e pessoas de meia idade. A população idosa não representa uma grande parcela.

A avaliação do crescimento infantil é uma das grandes ferramentas do pediatra para avaliação das condições de vida na população pediátrica. O acompanhamento do crescimento de uma criança é um grande indicador de sua saúde e nos fornece informações sobre o ambiente em que a mesma está inserida, incluindo aspectos relacionados à sua alimentação, saúde, higiene e saneamento básico. A verdade é que o crescimento adequado está intimamente relacionado às condições de vida da criança e de sua família e, sob este aspecto, pode refletir a qualidade de vida de toda uma população.

No serviço em que estou atuando, realizamos consultas de puericultura quatro vezes por semana. Somos quatro equipes e cada dia um profissional é responsável pelo atendimento. A forma de registro no prontuário permitiu o preenchimento do caderno de ações programáticas sem dificuldades. Apesar de não existir uma ficha de atendimento protocolado, os profissionais estão registrando os dados referentes as consultas pediátricas de forma correta. Uma ficha padronizada para o serviço seria de grande valia para melhor avaliação dos indicadores de saúde e um atendimento igualitário e qualificado por todos os profissionais. Durante a coleta de dados percebi que os números estão adequados. Temos 201 crianças menores de um ano, equivalendo a 100% de cobertura.

Em todas as consultas o cartão da criança é solicitado. Imunização é orientada dependendo do estado vacinal da criança e da idade em que se apresenta. No momento da consulta explicamos a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, a forma correta de amamentar, e as fases corretas para iniciar cada tipo de alimentação até chegar à alimentação da família. As medidas e valores presentes nas tabelas do cartão da criança também são explicadas para adequado conhecimento dos pais sobre o estado em que seu filho se encontra. É de extrema importância a explanação de tudo que se observa.

Ao fim da consulta o usuário já sai com a próxima consulta agendada no cartão da criança.

A unidade não dispõe de grupo de mães. Esse momento em grupo seria um encontro de grande troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e os usuários, onde os aspectos mais importantes de cada tema seriam abordados.

Não só o médico e enfermeiro devem realizar medidas preventivas, a atuação do cirurgião dentista é de extrema importância e acaba sendo muitas vezes negligenciada, como é o caso do serviço em que estou atuando. Nas consultas de puericultura e pré-natal não estão sendo realizadas avaliações da saúde bucal. Mudanças precisam ser realizadas para qualificar cada vez mais o atendimento e a qualidade do serviço prestado.

O pré-natal deve se iniciar o mais rápido possível, preferencialmente nos primeiros 120 dias de gestação. Isto permite que doenças identificadas sejam tratadas imediatamente, minimizando os riscos e consequências tanto para a mãe como para o feto. Durante a coleta de dados percebo que os números não estão adequados para a realidade. Temos apenas 24 gestantes em toda unidade, equivalendo a 12% de cobertura.

Toda gestante deve realizar o pré-natal. O Ministério da saúde considera um mínimo de seis consultas como necessárias. Deve ser realizada da seguinte forma: uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre da gestação. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. É importante ressaltar que não existe "alta" do pré-natal. A alta só acontece quando ocorre o nascimento. Em relação ao puerpério, apenas 3 usuários o realizaram, equivalendo a 1% de cobertura.

No serviço em que estou atuando, realizamos consultas de pré-natal e puerpério quatro vezes por semana. Somos quatro equipes e cada dia um profissional é responsável pelo atendimento. As enfermeiras também realizam consultas de pré-natal. Em todas as consultas os cartões de pré-natal são solicitados, os exames laboratoriais e de imagens também são solicitados de acordo com a data correta. Imunização é orientada dependendo do estado vacinal da

usuária. Não há uma ficha específica para o atendimento das gestantes, o registro da consulta é realizado no prontuário da usuária. Na unidade realizamos atendimento de pré-natal de baixo risco, sendo os de alto risco encaminhados para serviços especializados. No serviço não temos grupo de gestantes ou ações específicas voltadas para elas, apenas realizamos a consulta médica, e dentro dela realizamos medidas preventivas, educacionais e curativas. No momento da consulta explicamos a importância do aleitamento materno, a forma correta de amamentar, métodos contraceptivos pós-parto e tiramos todas as dúvidas referentes à gestação. Não há um atendimento padronizado, cada profissional realiza o atendimento de acordo com as normas do Ministério da saúde, mas cada um do seu jeito. Ao fim da consulta a gestante já sai com a próxima consulta agendada no cartão da gestante.

Uma medida de extrema importância está sendo negligenciada, a saúde bucal, o profissional responsável não interage muito com as equipes de ESF. Ela realiza poucos procedimentos e está na unidade poucos dias na semana, ficando inacessível para as gestantes realizar um acompanhamento rotineiro. O cirurgião-dentista deve realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco, avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez.

Em relação à prevenção do Câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, a forma de registro dos dados na unidade permitiu que os dados necessários fossem coletados. Apesar de não haver um protocolo específico para os registros de dados e acompanhamento das usuárias que realizam prevenção para câncer de colo uterino e mama, coletamos os dados de alguns cadernos específicos para anotação de citologia oncológica. Em relação ao rastreamento do câncer de mama foi mais difícil pois os resultados de mamografias são apenas registrados no prontuário médico, mas o que facilitou foi o caderno para marcação de mamografias pois com eles pudemos quantificar o total do rastreio realizado na unidade.

Ao analisar os dados do Caderno de ações programáticas, podemos concluir que a cobertura de prevenção para câncer de colo uterino é excelente. Na área de

abrangência temos 619 mulheres entre 25 e 64 anos, dessas, 110 estão com o exame citopatológico em dia. Durante a coleta de dados percebi que os números não estão adequados para a realidade. Temos apenas 619 usuárias entre 25 e 64 anos, equivalendo a 17,8% de cobertura. Observo que o rastreamento não está sendo realizado corretamente e nas consultas a importância da realização da citologia oncológica é explicada. É importante também na consulta abordar sobre Doenças sexualmente transmissíveis, pois é um dos fatores de risco para o câncer de colo uterino. Uma abordagem integral deve ser realizada.

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, na área temos 366 mulheres entre 50 e 69 anos. Dessas, apenas 61 estão com a mamografia em dia. Pode observar que o rastreamento para o câncer de mama não está sendo valorizado e nem realizado como deveria ser, apenas 298 foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama. Temos 366 usuárias entre 50 e 69 anos, equivalendo a 35% de cobertura. As usuárias precisam ser mais bem orientadas sobre a importância da realização da mamografia de rastreamento. Esses valores precisam aumentar, pois a prevenção é o melhor caminho. Quanto mais cedo a descoberta de uma dessas patologias, melhor o prognóstico e a chance de cura.

Após avaliação do questionário, foi constatado que alguns aspectos precisam ser melhor avaliados para que se amplie a cobertura e a melhoria na qualidade do controle do câncer de colo uterino e mama. A cobertura poderia ser realizada não só pelo médico ou enfermeiro, mas sim por todos os profissionais de saúde atuantes na unidade. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreamento do câncer de colo uterino e mama, sua importância e periodicidade do rastreamento. Outro ponto que pode ser melhorado é a não existência de um protocolo de rastreamento. Ele é realizado em oportunidades durante a consulta médica de acordo com a idade adequada para o rastreamento. Não há profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação, acredito que havendo profissionais engajados nessas funções aumentaria a cobertura da população para o rastreamento das patologias uterinas e mamárias. Não existem reuniões para discutir sobre o planejamento das ações de rastreamento para o câncer de colo uterino. Todos esses pontos devem ser discutidos para haver melhoria no rastreamento e na qualidade da atenção prestada no serviço.

Para não perder o seguimento das usuárias que tem exame citopatológico e mamográfico alterado, é importante que ao encaminhar ao especialista orientar a usuária para pedir a ficha de contra-referencia, pois assim o profissional de saúde que encaminhou pode ter acesso ao que foi realizado na consulta e a estratégia diagnóstica e terapêutica realizada pelo colega. Podemos também orientar verbalmente a usuária sobre a necessidade do seguimento dela com o médico generalista, mesmo sendo acompanhada pelo especialista.

Apesar de não haver um protocolo específico para os registros de dados e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, coletamos os dados de alguns cadernos específicos para anotação sobre esses grupos populacionais e também dos prontuários médicos. Apenas duas informações relacionadas ao grupo dos usuários hipertensos não conseguimos coletar.

De acordo com o caderno de ações programáticas, o número de hipertensos maiores de 20 anos na área de abrangência da unidade é de 2.850. Durante a coleta de dados percebo que os números não estão adequados para a realidade. Temos apenas 881 usuários hipertensos maiores de 20 anos, equivalendo a 31% de cobertura. Em relação ao grupo de usuários diabéticos maiores de 20 anos, o caderno de ações programáticas estima que na nossa unidade esse grupo deve corresponder a 817 pessoas. Na nossa realidade, apresentamos apenas 277 pessoas nesse grupo populacional, cobrindo 34% da população.

A cobertura tanto para usuários hipertensos como diabéticos está insatisfatória. Acredito que não seja por má cobertura ou má gestão desses grupos populacionais, mas sim por falta de rastreamento e busca ativa dos mesmos. Muitos usuários não sabem que são diabéticos ou hipertensos e os que sabem muitas vezes não procuram o serviço de saúde para seguimento do quadro clínico. A grande maioria acredita que por estar usando a medicação e apresentar controle laboratorial não necessita continuar o acompanhamento clínico, e muitos até suspendem a medicação por achar que o controle laboratorial demonstra cura da doença. Na consulta sempre explicamos que são duas patologias controláveis, mas que não há cura, por isso a importância de usar a medicação regularmente e fazer o acompanhamento clínico periódico.

Os indicadores em saúde do caderno de ações programáticas estão razoáveis.

Dos 881 hipertensos, apenas 450 estão com exame periódico em dia e 450 usuários receberam orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável. Acredito que esses valores estão baixos, pois falta realizar a busca ativa dos usuários faltosos e explicar a importância do seguimento clínico periódico. Em relação a saúde bucal, como já citei em outras análises situacionais, ainda não existe. Nenhum usuário foi acompanhado quanto a saúde bucal. Esses indicadores precisam ser melhor estudados e avaliados, para realizarmos ações educativas diante deles. Em relação aos usuários diabéticos, dos 277, 140 estão com exames complementares, exame físico dos pés e orientações dietéticas e esportivas em dia. Apenas 120 foram avaliados quanto à sensibilidade dos pés e nenhum foi avaliado quanto à saúde bucal. Quanto à estratificação de risco cardiovascular, em nenhum dos grupos (hipertensos e diabéticos) foi realizada a estratificação.

Alguns aspectos do processo de trabalho precisam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A unidade precisa de um protocolo específico para o atendimento dessas patologias, visando sempre o atendimento integral do usuário, mas voltado para seus principais problemas. Há também necessidade de melhorar os registros dos dados, um caderno específico que possua espaço para várias informações, que podem ser muito úteis para uma possível avaliação no futuro. Registros apenas em prontuários clínicos podem atrapalhar no futuro a comparação de dados. Outro ponto muito importante que não podemos deixar de realizar é a estratificação de risco cardiovascular. Precisamos começar a classificar esses usuários.

Em relação à estimativa do número de idosos residentes na área, gerada pelo caderno de ações programáticas, percebo que está inadequada. A unidade possui 600 idosos cadastrados na área de abrangência da unidade. No caderno de ações programáticas, a média de idosos é de 1493, assim ou os idosos existem na área e não são cadastrados ou esses dados realmente estão errados. Acredito que o que conseguimos coletar não esteja adequado, devido à falta de organização do processo de trabalho, os dados não são fidedignos.

Pela falta de dados não temos como avaliar os indicadores em saúde da população idosa. O que nos mostra que uma grande mudança no processo de

trabalho precisa ser realizada. Os únicos dados presentes foram os idosos portadores de Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Dos 600 idosos cadastrados, temos 400 hipertensos e 150 diabéticos. Os outros indicadores não têm dados referentes.

Após análise das perguntas propostas pela atividade e a falta de resposta das mesmas, podemos concluir que uma mudança drástica precisa ser feita na unidade. Uma busca ativa e o recadastramento das famílias usuárias da unidade são medidas necessárias para que os indicadores em saúde possam crescer. É notória também a necessidade de se criar um protocolo específico para o atendimento dos idosos e o mais importante desse protocolo é a forma de registro desses dados. Não há como realizar intervenções e melhorias para a população adstrita sem realizar a análise situacional do território.

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

Ao reler a atividade proposta na segunda semana de ambientação, percebo que muitas coisas estão melhorando no serviço. Em relação à estrutura física da unidade, a mesma já comporta condicionadores de ar em todas as salas, foi uma grande mudança para os profissionais que atendiam em salas quentes e também muito proveitoso para os usuários, que agora sentem-se confortáveis durante a consulta.

Em relação ao fornecimento de medicamentos na farmácia, após a aplicação do questionário, muitos medicamentos que faltavam e eram essenciais para muitos usuários estão de volta à unidade. Os antibióticos também retornaram e ampliaram a cobertura antimicrobiana. Alguns itens continuam em falta, mas aos poucos o processo de trabalho vai se organizando.

O fornecimento de materiais também melhorou. Agora cada equipe possui o seu aparelho sonar e fita métrica, essenciais para a consulta de pré-natal. O otoscópio continua apenas um para todas as equipes, o que já foi discutido em reunião e estamos aguardando o repasse da SMS. O negatóscopio também estamos aguardando a resposta.

Outro ponto positivo que obtivemos durante a aplicação dos questionários, foi a realização de reuniões com os agentes comunitários de saúde. Os mesmos agora estão bem orientados quanto a função deles e realizam suas atividades com didática e um propósito comum. A atuação deles no serviço é de extrema importância para manter a integralidade do cuidado com a saúde.

Ao analisar todas as atividades realizadas e também o processo de trabalho, percebo que alguns aspectos no funcionamento do serviço estão melhorando. Os usuários estão sendo bem assistidos e algumas áreas antes não cobertas pela ESF, agora contam com o auxílio de toda equipe após realizado o recadastramento de todas as famílias do território adstrito. Além do aumento da oferta do serviço integral de saúde à população, a mesma tem demonstrado muito respeito pela mudança e divisão de equipes propostas. Como antes o serviço funcionava com UBS tradicional, o território não era adstrito, e contávamos com a presença de alguns médicos especialistas. Ao serem informados sobre a mudança para ESF, muitos usuários não reagiram bem. Atualmente a população já entende a proposta da ESF e é notória a satisfação da mesma. Os agentes comunitários de saúde têm um papel de grande valia nessa melhoria. Em cada turno de trabalho, algum deles se responsabiliza por explicar como se organiza o processo de trabalho e quais as vantagens da ESF.

Acredito que ao longo da caminhada, muitas mudanças positivas ocorrerão. Mesmo nas adversidades, nós conseguimos exercer uma saúde pública de qualidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1. Justificativa

O câncer é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial. No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias cada vez mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente. Sobre o câncer de colo uterino no Brasil, no ano de 2012, foram estimados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil

mulheres (BRASIL, 2011). Em 2009, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres (5.063 óbitos), com taxa de mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012). O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2008). Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

A UBS que estou atuando tem uma ótima estrutura, não obedece todas as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, mas está caminhando para o padrão ideal. Dispomos de 04 equipes, cada uma contendo 01 médico generalista, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 05 Agentes comunitários de Saúde (ACS). Também temos uma dentista e um auxiliar de higiene bucal, mas que não fazem parte da equipe de estratégia de saúde da família. Há uma pediatra que também não faz parte da equipe da ESF, mas que atua no serviço há 15 anos. O funcionamento da minha UBS no meu ponto de vista é de excelente qualidade. Ainda existem diversos pontos em que precisamos aprimorar os cuidados à saúde, principalmente a falta de medicamentos na farmácia, mas tendo em vista a qualidade assistencial da saúde do Sistema Único de Saúde nos dias atuais, ela está caminhando para conseguir seguir todos os princípios do SUS e da atenção básica. Na unidade a população de abrangência é de 13.800 pessoas.

No território adstrito temos 619 mulheres entre 25 e 64 anos, dessas, 110 estão com o exame citopatológico em dia. Observo que o rastreamento está sendo realizado corretamente e nas consultas a importância da realização da citologia oncológica é explicada. Mesmo sendo realizado de forma correta, a prevenção não está adequado para os padrões gerados, levando em conta a população adstrita. A cobertura é de apenas 17,8% das mulheres na faixa etária estudada. Em relação ao rastreamento do câncer de mama, na área temos 366 mulheres entre 50 e 69 anos,

revelando uma cobertura de 35% da faixa etária selecionada. Dessas, apenas 61 estão com a mamografia em dia. Pode observar que o rastreo para o câncer de mama não está sendo valorizado e nem realizado como deveria ser, apenas 298 foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama. As usuárias precisam ser mais bem orientadas sobre a importância da realização da mamografia de rastreo. Esses valores precisam aumentar, pois a prevenção é o melhor caminho. Quanto mais cedo a descoberta de uma dessas patologias, melhor o prognóstico e a chance de cura. No momento, nenhuma ação voltada para a saúde da mulher está sendo desenvolvida na unidade. A saúde da mulher é abordada apenas em consultas clínicas. Há a necessidade da implantação de grupos e atividades voltadas para o alvo populacional selecionado para o estudo.

A intervenção vai ser de grande valia para UBS pois muitos aspectos visando a saúde da mulher precisam mudar. Começando pela cobertura que deve ser realizada não só pelo médico ou enfermeiro, mas sim por todos os profissionais de saúde atuantes na unidade. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreo do câncer de colo uterino e mama, sua importância e periodicidade. Outro ponto que pode ser melhorado é a não existência de um protocolo de rastreo. Ele é realizado apenas em oportunidades durante a consulta médica de acordo com a idade adequada para o rastreo. Não há profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação, acredito que havendo profissionais engajados nessas funções aumentaria a cobertura da população para o rastreo das patologias uterinas e mamárias. Não existem reuniões para discutir sobre o planejamento das ações de rastreo para o câncer de colo uterino e mama. Todos esses pontos devem ser frisados e implantados para haver melhoria no rastreo e na qualidade da atenção prestada no serviço. A intervenção será muito bem recebida no serviço, pois os profissionais são bem engajados na melhoria da saúde dos usuários. Acredito que com a intervenção as ações de cada profissional ficarão bem definidas e o protocolo elaborado irá auxiliar na rotina a seguir seguida para um bom rastreo dos cânceres de útero e mama.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a detecção ao controle de câncer de colo de útero e de mama da UBS Creso Bezerra, município de Natal, RN.

2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama;
- Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde;
- Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama;
- Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde Creso Bezerra.

2.2.3 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 50%.

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 50%.

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 50%.

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 periodicamente (pelo menos trimestralmente).

Detalhamento da Ação: Através de um protocolo específico e um caderno para registros de dados é possível um bom monitoramento do rastreamento para as patologias uterinas. A forma de registro vai influenciar no futuro os indicadores em saúde da unidade, por isso é muito importante uma forma organizada para armazenar as informações necessárias.

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 de saúde (demanda induzida e espontânea).

Detalhamento da Ação: O acolhimento, de todas as mulheres na faixa etária adequada para o rastreamento, deve ser feito como também a realização da citologia oncológica, independentemente de ser da área adstrita ou não. A universalidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Detalhamento da Ação: Com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de todos os outros membros da equipe, deve ser criado um grupo voltado para à Saúde da Mulher e nesse grupo, as mulheres na faixa etária adequada para o rastreamento devem ser cadastradas para que o rastreamento seja realizado de forma correta (idade e periodicidade dentro do indicado).

Eixo 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.

Detalhamento da Ação: Através de palestras educativas e reuniões com o grupo voltado para à Saúde da Mulher, a importância da realização da citologia deve ser

explicada para a população. Médicos, enfermeiros, ACS e qualquer outro membro da equipe podem participar da ação. A informação é válida se for dada por qualquer profissional da unidade, ressaltando que apenas o médico pode indicar tratamento ao analisar o resultado das citologias.

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

Detalhamento da Ação: Em reuniões com a população feminina, a periodicidade deve ser relatada. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: A cobertura pode ser realizada não só pelo médico ou enfermeiro, mas sim por todos os profissionais de saúde atuantes na unidade. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreamento do câncer de colo uterino, sua importância e periodicidade do rastreamento. A capacitação deve ser feita através da discussão de diretrizes sobre as patologias uterinas, para que o conhecimento do rastreamento seja de todos os membros da equipe, cada um com sua importância no serviço.

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

Detalhamento da Ação: Reforçar com os ACS a importância do rastreamento do câncer de colo uterino e recomendar que ao realizarem as visitas domiciliares, levem com eles a ficha para cadastrar as mulheres na faixa etária indicada. Explicar a todos eles a forma correta do preenchimento das informações colhidas. Com essa busca ativa, muitas mulheres que não iriam à unidade podem comparecer e participar do grupo voltado para a saúde da mulher.

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

Detalhamento da Ação: Discutir em reunião com toda equipe da unidade o protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para o rastreamento de câncer de colo uterino.

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 50%.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

Detalhamento da Ação: Criar um protocolo para a coleta de dados sobre as patologias mamárias e também anotar os dados de uma forma organizada em um caderno de registros para que os dados possam ser analisados trimestralmente.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea).

Detalhamento da Ação: Independentemente do motivo da consulta da usuária na unidade, o rastreamento para as patologias mamárias deve ser realizado. A oportunidade não pode ser perdida. Mesmo a usuária não sendo do território adstrito, ela tem direito à realizar o rastreamento no serviço.

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

Detalhamento da Ação: Com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de todos os outros membros da equipe, deve ser criado um grupo voltado para à Saúde da Mulher e nesse grupo, as mulheres na faixa etária adequada para o rastreamento devem ser cadastradas para que o rastreamento seja realizado de forma correta (idade e periodicidade dentro do indicado).

Eixo Engajamento Público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade. Detalhamento da Ação: Através de palestras educativas junto com a equipe da unidade, deve ser explicada a necessidade da realização da mamografia. As usuárias devem estar cientes que o câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável. Para isso é necessário implantar estratégias para a detecção precoce da doença.

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

Detalhamento da Ação: Através de palestras educacionais é importante que as usuárias entendam porque é necessário realizar o auto-exame das mamas. Aprender como as mamas aparentam em diferentes situações pode ajudar a mulher a reconhecer o que é normal para ela. De maneira resumida, cinco alterações devem chamar a atenção da mulher (sinais de alerta): Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas; Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento); Desconforto ou dor em uma única mama que seja persistente; Mudanças no mamilo (retração e desvio); Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

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

Detalhamento da Ação: Durante reuniões com o grupo de mulheres, as usuárias devem estar cientes da recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária a cada dois anos é a rotina adotada em quase todos os países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Discutir em reunião com toda a equipe que a cobertura pode ser realizada não só pelo médico ou enfermeiro, mas sim por todos os profissionais de saúde atuantes na unidade. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreamento do câncer de mama, sua importância e periodicidade do rastreamento. A capacitação deve ser feita através da discussão de diretrizes sobre as patologias mamárias, para que o conhecimento do rastreamento seja de todos os membros da equipe, cada um com sua importância no serviço.

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

Detalhamento da Ação: Reforçar com os ACS a importância do rastreamento do câncer de mama e recomendar que ao realizarem as visitas domiciliares, levem com eles a ficha para cadastrar as mulheres na faixa etária indicada. Explicar a todos eles a forma correta do preenchimento das informações colhidas. Com essa busca ativa, muitas mulheres que não iriam à unidade podem comparecer e participar do grupo voltado para a saúde da mulher.

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

Detalhamento da Ação: Discutir em reunião com toda a equipe da unidade o protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para o rastreamento de câncer de colo uterino.

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

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

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.
 Detalhamento da Ação: Uma amostra satisfatória apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: Células escamosas; Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial); Células metaplásicas. Para que uma amostra seja satisfatória, a coleta deve ser bem feita. Os profissionais que realizam a citologia oncótica devem ser capacitados e orientados quanto a coleta de secreção da ectocérvice e endocérvice, para que a amostra possa ser analisada corretamente, abrangendo todas as células necessárias para uma amostra adequada. O protocolo do MS deve também ser frisado para uma coleta correta.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames.
 Detalhamento da Ação: Criar um caderno para anotar todos os dados referentes ao rastreio do câncer de colo uterino. No caderno anotar todos os dados necessários para uma posterior avaliação dos indicadores.
 Ação: Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados.

Detalhamento da Ação: Na unidade, as enfermeiras que colhem os exames citopatológicos, então elas ficarão responsáveis por monitorar a adequabilidade das amostras.

Eixo Engajamento Público

Ação: Compartilhar com as usuárias e a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados.
 Detalhamento da Ação: Durante reunião com o grupo voltada para a saúde da mulher, enfatizar como estão os indicadores e explicar que a melhoria desses índices, vão acarretar em melhoria da assistência à saúde para todas elas.

Eixo 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: Discutir em reunião com toda equipe o protocolo do MS para o rastreio de patologias uterinas e sua adequada coleta.

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

Meta 3.1: Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado 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

Eixo 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: Realizar a revisão dos registros de dados sobre as coletas das citologias. Importante que as usuárias com citologias alteradas ou que não estão cumprindo a periodicidade do rastreio, sejam interrogadas e realizada uma busca ativa para saber a ausência no programa de rastreio.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Junto a administração, conseguir que os resultados das citologias oncológicas sejam entregues na unidade de saúde.

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

Detalhamento da Ação: Realizar uma consulta com o médico responsável da equipe para que o resultado possa ser explicado bem como sua conduta diante do que foi impresso no resultado.

Ação: Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Detalhamento da Ação: Os ACS devem ser informados sobre as usuárias que não estão comparecendo à unidade e ir em busca delas em suas casas para saber o motivo do absenteísmo. Os ACS tem um papel muito importante nesse contexto.

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

Detalhamento da ação: O médico será responsável por analisar os resultados da citologias oncóticas.

Eixo 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: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: A população pode opinar durante os encontros com os profissionais de saúde e auxiliar para que o serviço funcione da melhor forma para atender à todas as mulheres do território adstrito.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais da unidade devem ler o protocolo do MS para que possam conduzir qualquer caso de citologia oncótica alterada, mas a conduta definitiva deve ser discutida com o médico da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Como já dito antes, os ACS devem ler o protocolo do MS para que saibam informar as usuárias sobre o rastreio adequado durante a busca ativa das mesmas.

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais da unidade devem ler o protocolo do MS para que possam conduzir qualquer caso de citologia oncótica alterada, mas a conduta definitiva deve ser discutida com o médico da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais da unidade devem ler o protocolo do MS para que possam conduzir qualquer caso de citologia oncótica alterada, mas a conduta definitiva deve ser discutida com o médico da equipe.

Meta 3.2: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada 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 Monitoramento e Avaliação

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: Realizar a revisão dos registros de dados das mamografias das usuárias da unidade. Importante que as usuárias com mamografia alterada ou que não estão cumprindo a periodicidade do rastreio, sejam interrogadas e realizada uma busca ativa para saber o motivo da ausência.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Facilitar a marcação dos exames mamográficos e fazer com que os resultados vão direto para a unidade de saúde, sem que as usuárias precisem deslocar-se mais uma vez para receber o resultado.

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

Detalhamento da Ação: Realizar consulta médica para explanação dos achados mamográficos e orientações quanto ao seguimento clínico.

Ação: Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Detalhamento da Ação: Os ACS devem ser informados sobre as usuárias que não estão comparecendo à unidade e ir em busca delas em suas casas para saber o motivo do absenteísmo. Os ACS têm um papel muito importante nesse contexto.

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

Detalhamento da ação: O médico deve ser o responsável pela leitura dos resultados mamográficos, pois é quem vai definir a conduta clínica.

Eixo Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular.
Detalhamento da Ação: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: Durante palestras educativas o tema deve ser abordado e explanado com uma linguagem acessível para toda a população.

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

Detalhamento da Ação: A população pode opinar durante os encontros com os profissionais de saúde e auxiliar para que o serviço funcione da melhor forma para atender à todas as mulheres do território adstrito.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais da unidade devem ler o protocolo do MS para que possam conduzir qualquer caso onde a mamografia se mostre alterada, mas a conduta definitiva deve ser discutida com o médico da equipe.

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

Detalhamento da Ação: Como já dito antes, os ACS devem ler o protocolo do MS para que saibam informar as usuárias sobre o rastreo adequado durante a busca ativa das mesmas.

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

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais da unidade devem ler o protocolo do MS para que possam conduzir qualquer caso onde a mamografia se mostre alterada, mas a conduta definitiva deve ser discutida com o médico da equipe.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

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 Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Através de um protocolo específico e um caderno para registros de dados é possível um bom monitoramento do rastreo para as patologias uterinas e mamárias. A forma de registro vai influenciar no futuro os indicadores em saúde da unidade, por isso é muito importante uma forma organizada para armazenar as informações necessárias.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Elaborar juntamente com toda equipe, como já foi dito antes, para que dados relevantes sobre o rastreamento do câncer de mama e útero sejam abordados e a conduta correta possa ser realizada.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.
Detalhamento da Ação: Durante reuniões quinzenais com a equipe, mostrar como estão os indicadores em saúde da unidade e como melhorar.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Detalhamento da Ação: As enfermeiras serão responsáveis por monitorar o registro das informações.

Eixo 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 usuárias que caso precisem mudar de serviço de saúde ou queiram para uso próprio, elas podem ter acesso aos registros e prontuário médico para que possam realizar o seguimento em outro serviço.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da Ação: Todos os profissionais devem ser capacitados de acordo como informa o protocolo do MS. Essa capacitação deve ocorrer sempre que houver um encontro para discutir as ações. Todas as dúvidas devem ser esclarecidas e também a forma correta do registro.

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

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 Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento da Ação: Durante a consulta médica ou de enfermagem orientar e explicar sobre os sinais de alarme para o câncer de colo uterino (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo) e também do câncer de mama (Nódulo palpável; Endurecimento da mama; Secreção mamilar; Eritema mamário; Edema mamário em "casca de laranja"; Retração ou abaulamento; Inversão, descamação ou ulceração do mamilo; Linfonodos axilares palpáveis)

Eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento da Ação: Durante consulta clínica realizar uma anamnese bem feita para que os fatores de risco possam ser abordados e de acordo com a resposta positiva para alguns deles, a atenção à saúde dessa usuária deve ser mais rigorosa.

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

Detalhamento da Ação: Acompanhamento clínico com mais rigor para as usuárias de maior risco para as patologias uterinas e mamárias.

Eixo 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: Durante encontros com a população relatar todos os fatores de risco para as duas patologias.

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

Detalhamento da ação: O controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero. A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal.

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

Detalhamento da Ação: Durante a consulta médica ou de enfermagem orientar e explicar sobre os sinais de alarme para o câncer de colo uterino (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo) e também do câncer de mama (Nódulo palpável; Endurecimento da mama; Secreção mamilar; Eritema mamário; Edema mamário em "casca de laranja"; Retração ou abaulamento; Inversão, descamação ou ulceração do mamilo; Linfonodos axilares palpáveis)

Eixo 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: Questionar as usuárias durante consulta sobre historia familiar, promiscuidade sexual, inicio da atividade sexual entre outros fatores de risco. O profissional de saúde deve ser qualificado para realizar essa avaliação e de acordo com o protocolo do MS é possível que toda equipe esteja preparada.

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

Detalhamento da Ação: Orientar as usuárias sobre mudanças nos hábitos de vida durante os encontros com o grupo de saúde da mulher.

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

Meta 6.1: 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.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar número de mulheres que receberam orientações.
Detalhamento da Ação: Registrar no prontuário clínico e no livro de registros sobre as orientações para que um adequado rastreio seja realizado.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Detalhamento da Ação: No serviço que estou atuando há distribuição de condom masculino e feminino. As usuárias são bem assistidas.

Eixo 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: Medidas educativas abordando sobre os fatores de risco modificáveis e abordando como modificá-los.

Eixo 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: Através de reuniões com toda equipe e explanando o que o MS preconiza no protocolo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Cobertura

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

Número de mulheres entre 25 e 64 anos com o exame citopatológico em dia para detecção do câncer de mama/ Número de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde;

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

Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama / Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde;

Objetivo 2: Qualidade

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

Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados / Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero;

Objetivo 3: Adesão

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;

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

Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde / Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada;

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

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 / Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à 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

Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento / Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde;

Objetivo 4: Registro

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

Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero / Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa;

Indicador 4.2: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia

Número de registros adequados da mamografia / Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa;

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

Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero / Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa;

Objetivo 5: Avaliação de risco

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

Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama / Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa;

Objetivo 6: Promoção à saúde

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

Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero / Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero;

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

Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama / 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 poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Na

unidade há apenas 35% de cobertura para câncer de mama e 17,8% para o câncer de colo uterino. Estimamos alcançar com a intervenção 50% da população dos 25 aos 64 anos e 50% dos 50 aos 69 anos. Iremos imprimir uma grande quantidade de fichas complementares que serão anexadas ao prontuário clínico da usuária. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa de intervenção, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as mulheres na faixa etária proposta que compareceram ao serviço para realizar o rastreamento das patologias uterinas e mamárias nos últimos 03 meses. O profissional responsável, localizará os prontuários dessas usuárias e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e exames complementares de rastreamento (citologia oncótica e mamografia). Anotar se realizou os exames e se os trouxe para devida avaliação do profissional de saúde. Avaliar se nos exames realizados anteriormente houve seguimento ou se a usuária não compareceu mais ao serviço após um resultado negativo de algum dos exames de rastreamento. E da mesma forma avaliar se houve comprometimento da usuária ao receber um resultado com alteração em realizar a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. Monitorar se a usuária está ausente do serviço, para que uma busca ativa seja feita.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da Unidade. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica sobre o Controle dos cânceres de colo do útero e da mama do Ministério da Saúde, para que toda a equipe utilize esta referencia na atenção à saúde da mulher. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade, para isto serão reservados 01h ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião em equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Durante o encontro muitas duvidas poderão ser tiradas e também a função de cada profissional de saúde na intervenção deve ser definida.

O acolhimento das mulheres que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Mulheres que buscarem o serviço para atendimento de clínica médica, deverão sempre ser questionadas quanto ao rastreio para as patologias uterinas, independentemente da queixa que fez a usuária procurar o serviço. A usuária deve sair com os devidos exames solicitados e orientada a retornar quando os resultados estiverem prontos. Mulheres com problemas agudos (corrimento, dor mamária entre outras queixas ginecológicas) serão atendidas no dia que procurarem a unidade e no mesmo turno, sendo incluídas nas vagas reservadas para “urgências” mesmo não sendo dia destinado à saúde da mulher. Mulheres que buscarem a unidade apenas para realizar o rastreio dos cânceres de útero e mama, terão prioridade no agendamento, sendo que a demorar deverá ser menos que 03 dias. Para agendar as mulheres provenientes de busca ativa, serão reservadas 05 consultas por semana.

Durante o projeto de intervenção é necessário sensibilizar a comunidade que se beneficiará com o projeto. É preciso esclarecer para eles a importância da realização do rastreio do câncer de colo uterino e mama nas respectivas faixas etárias, 25 aos 64 anos e 50 aos 69 anos e também sobre a importância do acompanhamento periódico das usuárias nessas faixas etárias. Palestras educativas devem ser ministradas para o grupo populacional das mulheres. É importante explicar os fatores de risco e como pode ser feita a prevenção e o rastreio. Faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do rastreio das patologias uterinas e mamárias. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de mulheres nas faixas etárias propostas para o rastreio dos cânceres de útero e mama e da necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Criar um grupo destinado à esta população também deve ser feito.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas complementares das mulheres identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos e exames complementares em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as mulheres em atraso com o rastreio das patologias uterinas e mamárias, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca já agendará a consulta para um horário disponível para essa demanda de busca ativa. Ao final do

mês as informações coletadas das fichas complementares serão consolidadas na planilha eletrônica.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| em das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo). | | | | | | | | | | | | |
| Realizar avaliação de risco para câncer de mama nas mulheres entre 50 e 69 anos. | | | | | | | | | | | | |

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Durante doze semanas foi realizada a intervenção planejada durante o Curso de Especialização em Saúde da Família. Ao longo das primeiras semanas de muitas atividades previstas foram realizadas. Surgiram algumas dificuldades, mas com muita conversa e trabalho em equipe, quase todos os impasses foram resolvidos.

Mesmo com as adversidades acredito que a intervenção trouxe algo de muito positivo para o serviço em que estou alocada. Não houve mudanças significativas por enquanto, mas a forma como o serviço está sendo realizado e a forma de pensar de muitos profissionais mudou para melhor e isso é muito bom, pois a intervenção é em longo prazo.

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

As ações realizadas foram: Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama e aspectos gerais do projeto de intervenção; Capacitação dos ACS para busca ativa e cadastramento das mulheres em seus domicílios; Capacitação de médicos e enfermeiros quanto ao preenchimento da ficha espelho e do registro em livro específico; Estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção; Cadastramento de todas as mulheres nas faixas etárias 25 a 64 anos e 50 a 69 anos da área adstrita no programa; Estabelecer parceria com a Gestão Municipal; Atendimento clínico das mulheres na faixa etária preconizada; Identificar mulheres com exame citopatológico e mamografia alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde; Obter de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero; Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero e mamografia em registro específico das mulheres cadastradas; Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal

excessivo); Realizar avaliação de risco para câncer de mama nas mulheres entre 50 e 69 anos; Grupo de saúde da mulher; Reunião de Equipe.

Senti muita dificuldade em relação à colaboração da equipe. No momento de elaboração do projeto todos concordaram em ajudar, mas quando iniciou a intervenção fiquei sozinha e sobrecarregada realizando cadastramento, preenchimento de ficha espelho e planilha de coleta de dados. Durante as reuniões expus a minha angustia e nas primeiras reuniões não surtiu muito efeito, principalmente por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que alegaram muito serviço já para realizar e isso seria uma coisa a mais para atrapalhar o dia-a-dia deles. Após perceberem o quanto a intervenção era importante e o quanto ia ser bom para a comunidade os ACS concordaram em participar ativamente e se dispuseram a me auxiliar na elaboração de palestras, busca ativa das usuárias faltosas e divulgar a intervenção nas visitas domiciliares. As enfermeiras estão participando ativamente, mas não como haviam se comprometido.

3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

A parceria com a gestão municipal não foi realizada, como havia falado antes, eles apenas querem que a produção dos médicos seja volumosa e não prezam pela qualidade do atendimento. Solicitei vários materiais para a realização da intervenção, encerrou o prazo e não obtive resposta até os dias de hoje. A mesma gestão também está devendo varias explicações para a diretora da unidade que solicitou apoio para outros projetos e não obteve êxito na sua tentativa. Tentei de várias formas conseguir o apoio da secretaria municipal de saúde, mas infelizmente a resposta não foi satisfatória. Mesmo sem a parceria a intervenção foi realizada sem qualquer dificuldade por falta de pactuação.

3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.

Não apresentei dificuldade ao realizar a coleta de dados com as usuárias e preenchimento da planilha. Todos os materiais disponíveis são de fácil utilização

e os cálculos já são feitos automaticamente. Minha maior dificuldade é conseguir coletar os dados nos prontuários médicos de cada usuária, que na maioria das vezes não contém dados suficientes sobre os exames anteriores e em grande parte das vezes solicito uma consulta extra para que a usuária retorne com seus exames antigos para que eu possa fazer o devido registro. Outro grande problema é que sempre perdem o prontuário da usuária, quando vou ao arquivo para solicitar o prontuário a funcionaria sempre relata que não encontrou. Esse problema continuou se repetindo até o fim da intervenção. A falta de organização do arquivo é significativa.

É unânime a falta de organização do arquivo de várias unidades no Município de Natal. Muitos colegas queixam-se das mesmas coisas e a secretaria não resolve nenhum impasse, pois alega que tem funcionário necessário no arquivo para organizar. Na minha unidade a arquivista realiza também outros serviços e todos os funcionários mexem nos prontuários guardados no arquivo. Está faltando gestão do serviço e planejamento das atividades que serão realizadas por cada profissional.

3.4 Análise da incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço.

Ainda está cedo para saber se realmente o serviço vai aderir ao protocolo mas já é possível notar uma mudança na unidade. A saúde da mulher está sendo muito bem realizada por todos os profissionais e a maneira de trabalhar de muitos funcionários melhorou após o início da intervenção, atuam com mais humanização e realizando o acolhimento como é para ser feito. Muita coisa ainda está para ser realizada, mas já estou muito satisfeita com o resultado que estou observando.

O serviço da unidade de saúde necessita de mudanças. Algumas coisas vêm me incomodando muito nos últimos dias. A falta de organização na marcação de consultas está cada vez pior. Durante a intervenção muitas vezes o dia de atendimento para as mulheres não foi respeitado. É necessário que a marcação seja respeitada e que vagas para outros problemas de saúde sejam redistribuídos ao longo da semana. Por vezes precisei solicitar que mulheres fossem à unidade como extra para que o dia de atendimento fosse respeitado.

Outro ponto que precisa ser melhorado é a demora na entrega das citologias oncóticas. No dia da coleta eles relatam que o laboratório entrega os resultados com 30 dias, mas as usuárias esperam muitas vezes 60 dias ou mais. O problema é com a gestão municipal que não faz a devida cobrança ao laboratório e também pela falta de material para execução do serviço.

Encerro a intervenção com a sensação de dever cumprido e muito feliz com o resultado obtido. Não foi excelente, mas melhorou significativamente desde quando comecei a coleta de dados da unidade. Muito gratificante por em prática algo que se planejou com tanta minúcia.

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 Unidade Básica de Saúde Creso Bezerra no município de Natal/RN.

Objetivo: 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 50%.

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

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 35,2% (figura 1), na área adstrita da UBS temos 619 mulheres nessa faixa etária e apenas 256 foram cadastradas com os exames em dia. Essa percentagem de cobertura ficou abaixo da almejada com o início da intervenção, que era de 50%. Entretanto, o principal motivo para o baixo indicador de cobertura alcançado e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde que atuam na unidade, sendo que das 256 mulheres, apenas 57 são de outras equipes que não a equipe da qual faço parte. Outro aspecto que dificultou a

intervenção foi a demora na entrega dos resultados das citologias oncóticas. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um incremento no número de mulheres cadastradas no último mês, a cobertura foi de 13,1% no primeiro mês, 22,3% no segundo e 35,2% ao fim do terceiro mês. Esse fato deve-se principalmente às atividades coletivas realizadas no mês de outubro (o outubro rosa) que incentivaram tanto o aumento da coleta de exames citopatológicos quanto à realização de mamografias.

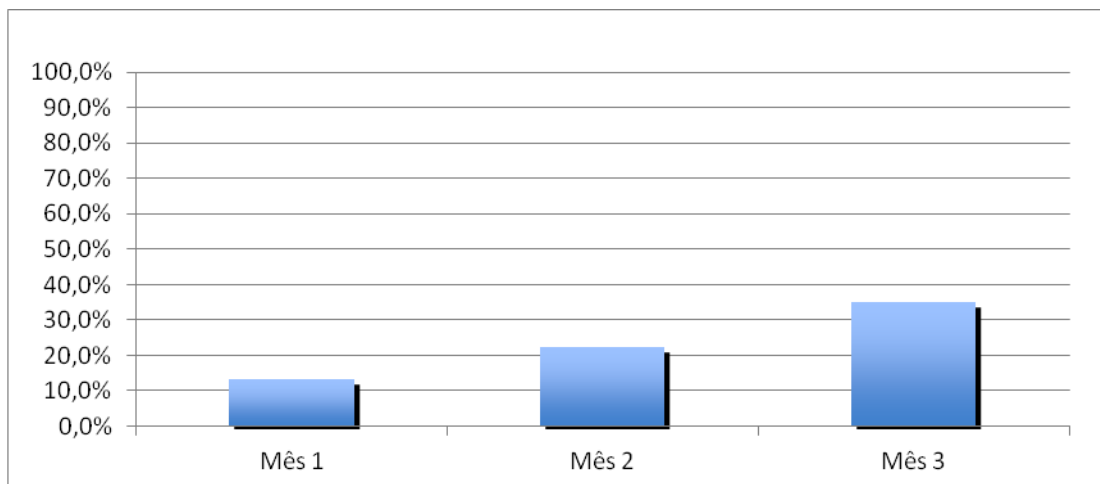


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

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 50%.

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

O indicador de cobertura da 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 31,4% (figura 2), na área adstrita da UBS temos 366 mulheres nessa faixa etária e apenas 147 foram cadastradas com os exames em dia. Essa percentagem de cobertura ficou abaixo da almejada com o início da intervenção, que era de 50%. Entretanto, o principal motivo para o baixo indicador de cobertura alcançado e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde

que atuam na unidade, deixando o meu trabalho sobrecarregado. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um incremento no número de mulheres cadastradas no último mês, a cobertura foi de 12,5% no primeiro mês, 21,9% no segundo e 31,4% ao fim do terceiro mês. Esse fato deve-se principalmente às atividades coletivas realizadas no mês de outubro (o outubro rosa) que incentivaram tanto o aumento da coleta de exames citopatológicos quanto à realização de mamografias.

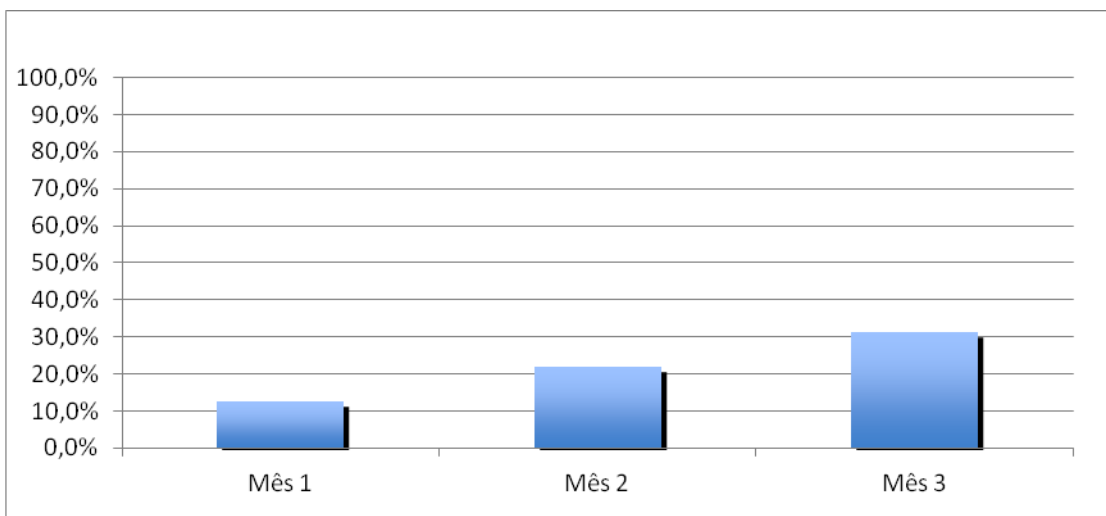


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Objetivo: 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 do colo de útero atingiu 99,5% dos 100% almejados (Figura 3). Acredito que grande parte se deve ao atraso na entrega das citologias oncóticas e também pelo fato de que dos registros antigos não estivessem sendo realizados adequadamente. Outro ponto que observei foi que as usuárias que já estavam no climatério, muitas vezes realizavam a coleta sem utilizar previamente a pomada

estrogênica e isso também diminuiu o número de amostras satisfatórias. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um aumento na porcentagem ao longo da intervenção, a cobertura foi de 98,8% no primeiro mês, 99,3% no segundo e 99,5% ao fim do terceiro mês.

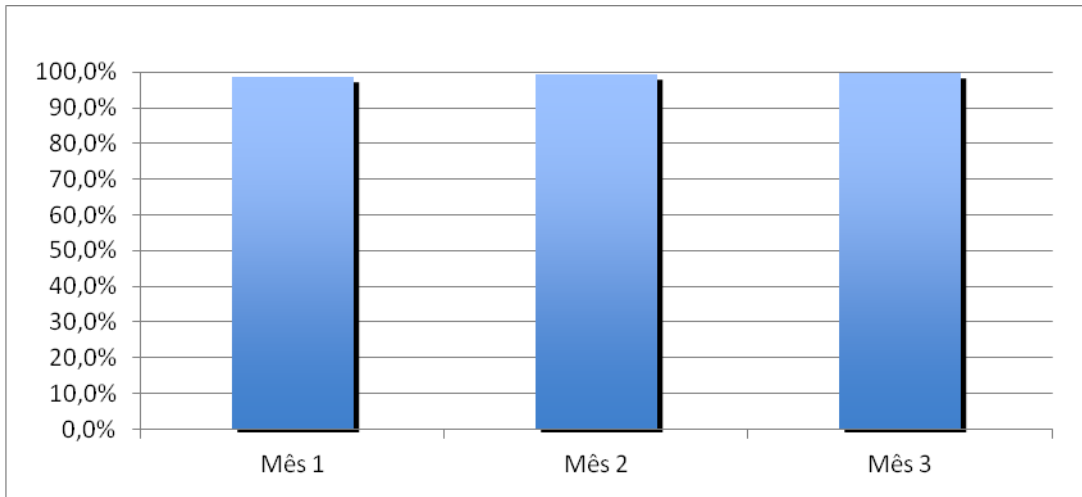


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

Objetivo: 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.

A proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde foi de 93,3% dos 100% esperado (Figura 4). Acredito que muitas das mulheres não deram continuidade ao acompanhamento na unidade pela dificuldade de marcação de consultas e também como muitas delas falavam, preferiam ser acompanhadas por um médico especialista que entendesse melhor do assunto. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um aumento na porcentagem ao longo da intervenção, a cobertura foi de 86,7% no primeiro mês, 95,2% no segundo e 93,3% ao fim do terceiro mês.

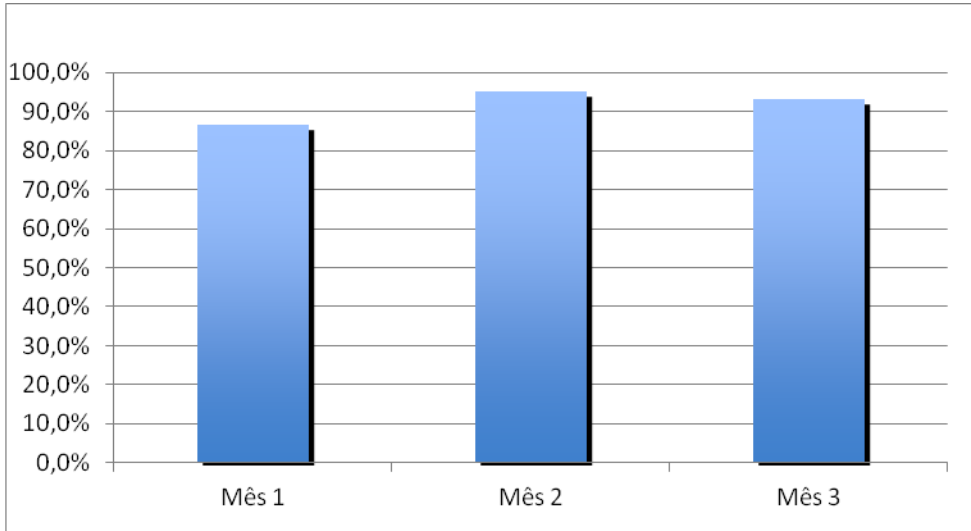


Figura 4: Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado

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 foi de 87,5% dos 100% esperado (Figura 5). Acredito que muitas das mulheres não deram continuidade ao acompanhamento na unidade pela dificuldade de marcação de consultas e também como muitas delas falavam, preferiam ser acompanhadas por um médico especialista que entendesse melhor do assunto. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um aumento na porcentagem ao longo da intervenção, a cobertura foi de 75,0% no primeiro mês, 84,6% no segundo e 87,5% ao fim do terceiro mês.

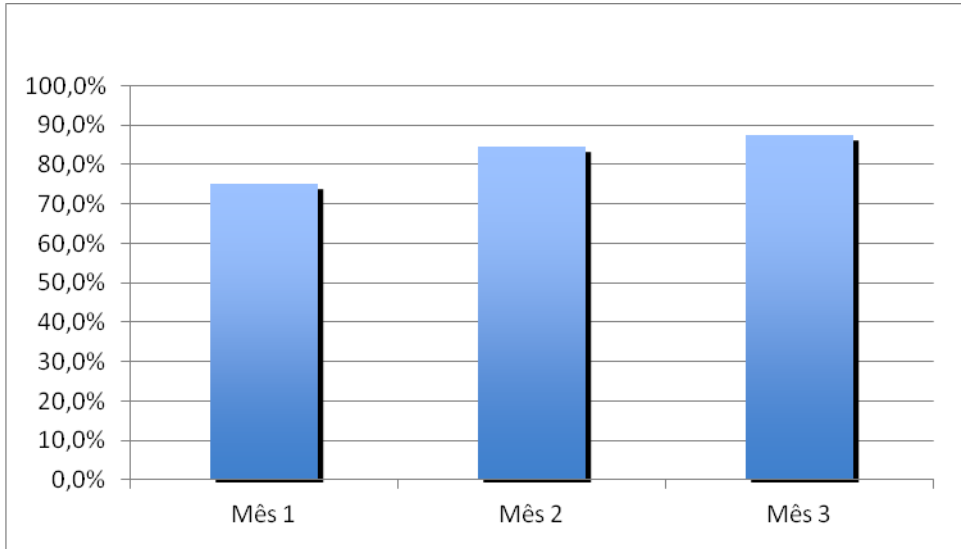


Figura 5: Gráfico indicativo da Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado

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 que com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento atingiu apenas 92,9% dos 100% esperado (Figura 6). Acredito que muitas das mulheres não deram continuidade ao acompanhamento na unidade pela dificuldade de marcação de consultas e também como muitas delas falavam, preferiam ser acompanhadas por um médico especialista que entendesse melhor do assunto. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um aumento na porcentagem ao longo da intervenção, a cobertura foi de 30,8% no primeiro mês, 95% no segundo e 92,9% ao fim do terceiro mês.

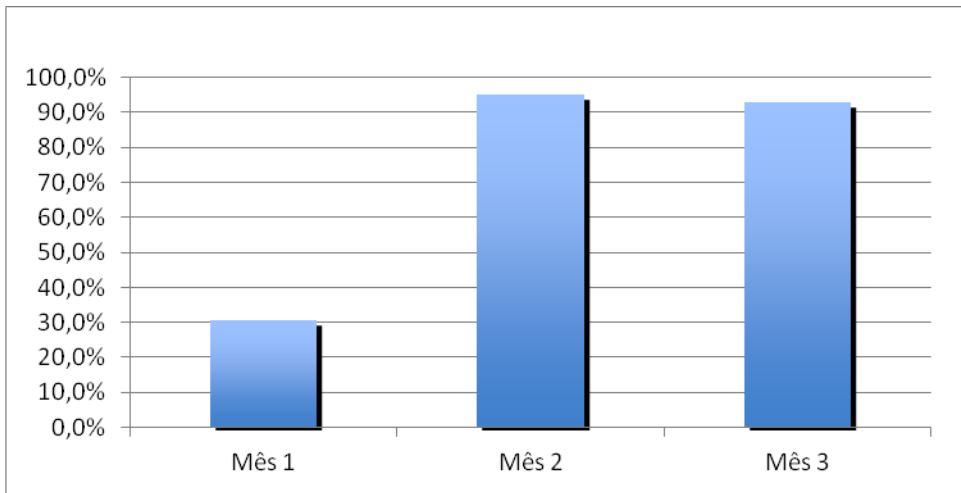


Figura 6: Gráfico indicativo da Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa

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 que com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento atingiu apenas 67,9% dos 100% esperado (Figura 7). Acredito que muitas das mulheres não deram continuidade ao acompanhamento na unidade pela dificuldade de marcação de consultas e também como muitas delas falavam, preferiam ser acompanhadas por um médico especialista que entendesse melhor do assunto. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar um aumento na porcentagem ao longo da intervenção, a cobertura foi de 25% no primeiro mês, 59,1% no segundo e 67,9% ao fim do terceiro mês.

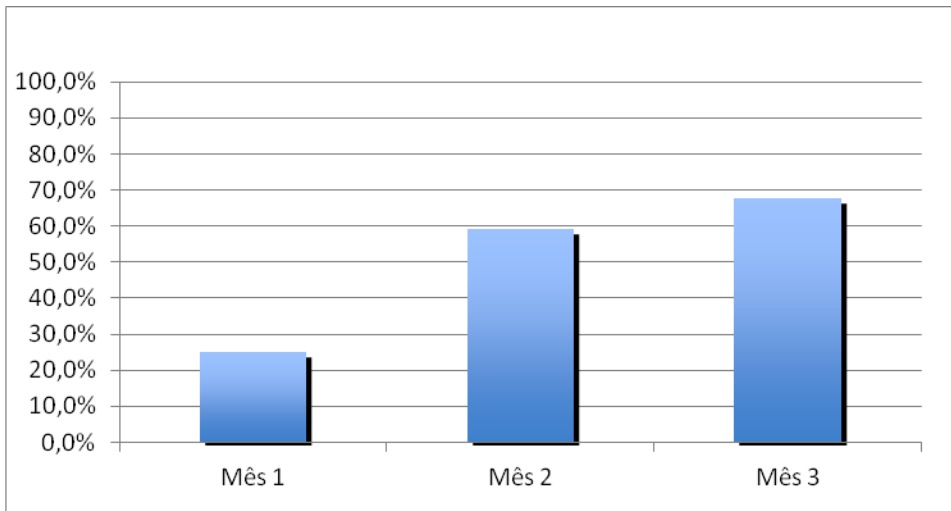


Figura 7: Gráfico indicativo da Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa.

Objetivo: 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.

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.

A meta era manter o registro da coleta de exame citopatológico e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas. Durante os 3 meses de intervenção 98,4% das mulheres tiveram seu registro coleta de exame citopatológico realizado adequadamente (Figura 8) e 98,6% com registro da mamografia (Figura 9). Acredito que as metas não foram atingidas porque o registro anterior ao meu serviço na unidade não era realizado de forma correta. Muitas vezes eu pedia para a usuária retornar em outra consulta com exames citopatológicos e mamográficos antigos para que o devido registro pudesse ser feito. A perda dos prontuários das usuárias foi algo que atrapalhou muito a intervenção. Analisando os

três meses de intervenção separadamente, podemos observar uma queda na porcentagem ao longo da intervenção, a proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero foi de 100% no primeiro mês, 96,5% no segundo e 98,4% ao fim do terceiro mês e para mamografia de 100% no primeiro mês, 96,2% no segundo e 98,6% ao fim do terceiro mês.

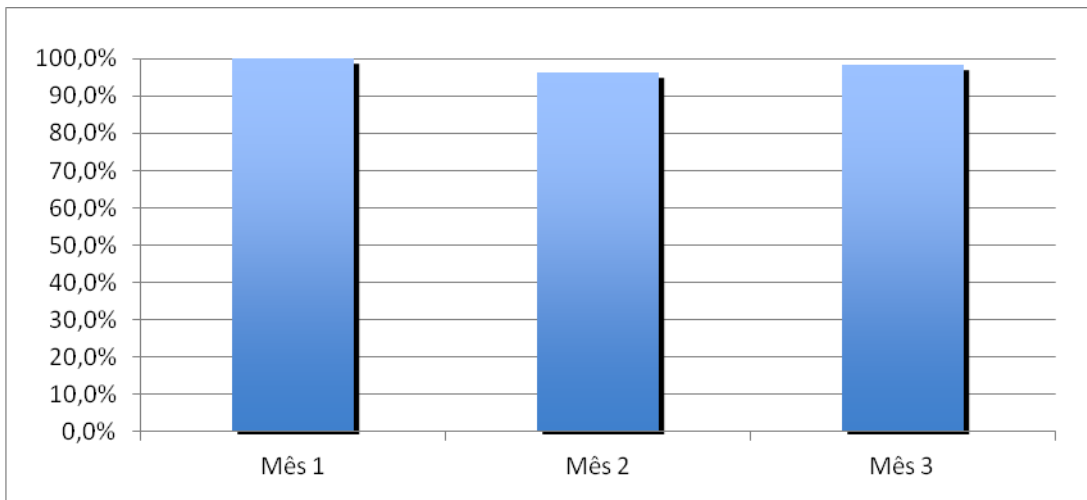


Figura 8: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

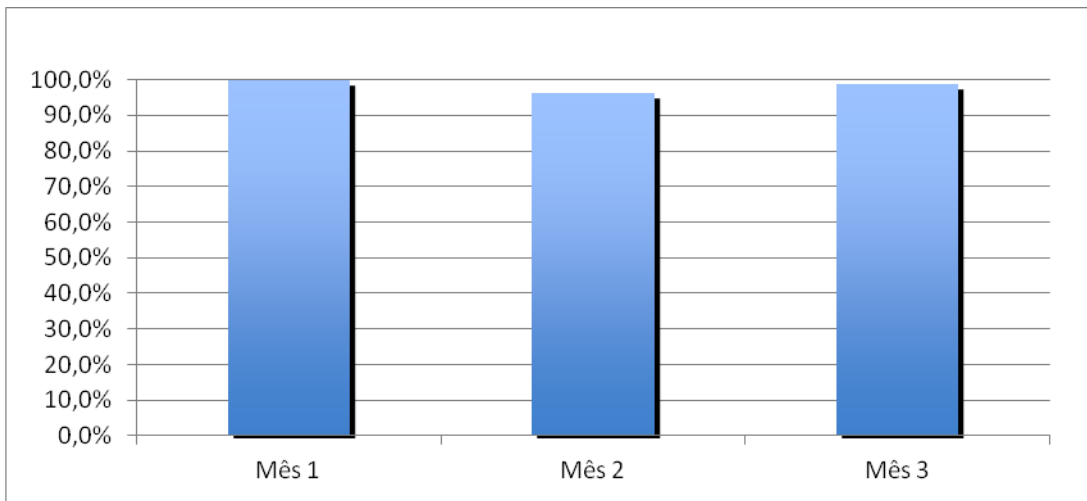


Figura 9: Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia

Objetivo: 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.

O indicador proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero atingiu durante os 3 meses de intervenção 100%. Acredito que a meta foi atingida porque durante as consultas médica ou de enfermagem era orientado e explicado sobre os sinais de alarme para o câncer de colo uterino (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo). Durante consulta clínica realizava-se uma anamnese bem feita para que os fatores de risco pudessem ser abordados e, de acordo com a resposta positiva para alguns deles, a atenção à saúde dessa usuária passava a ser mais rigorosa.

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.

O indicador proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de mama de útero atingiu durante os 3 meses de intervenção atingiu 100% da meta. Acredito que a meta foi atingida porque durante a consulta médica ou de enfermagem era orientado e explicado sobre sinais de alerta do câncer de mama (Nódulo palpável; Endurecimento da mama; Secreção mamilar; Eritema mamário; Edema mamário em "casca de laranja"; Retração ou abaulamento; Inversão, descamação ou ulceração do mamilo; Linfonodos axilares palpáveis). Durante consulta clínica realizava-se uma anamnese bem feita para que os fatores de risco pudessem ser abordados e de acordo com a resposta positiva para alguns deles, a atenção à saúde dessa usuária passava a ser mais rigorosa.

Objetivo: 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.

Indicador 6.1: Proporção de mulheres orientadas sobre 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.

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

O indicador proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e para câncer de mama durante os 3 meses de intervenção atingiu 100% da meta. Acredito que a meta foi atingida porque durante a consulta médica ou de enfermagem as usuárias eram orientadas quanto ao uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis. Também foi discutido em reunião com toda a equipe, a importância dessas orientações. Abordamos os fatores de risco modificáveis e como modificá-los durante palestras na unidade.

4.2 Discussão

Analisando a intervenção realizada, muitas atividades propostas foram feitas. Surgiram algumas dificuldades, mas com muita conversa e trabalho em equipe, quase todos os impasses foram resolvidos. A intervenção propiciou o aumento da cobertura na prevenção do câncer de colo uterino e mama; melhorou o registro nos prontuários; melhorou as informações passadas para as usuárias, tais como: sinais de alarme para câncer de colo uterino e mama.

Mesmo com as adversidades, acredito que a intervenção trouxe algo de muito positivo para o serviço em que estou alocada. Não houve mudanças significativas por enquanto, mas a forma como o serviço está sendo realizado e a forma de pensar de muitos profissionais mudou para melhor e isso é muito bom pois a intervenção é a longo prazo.

A intervenção foi muito importante para a equipe da unidade. Como antes a unidade era do estilo tradicional e atuava com demanda livre, após a mudança para Estratégia de Saúde da Família grande parte dos funcionários não sabiam como atuar em uma equipe multidisciplinar em saúde. A intervenção chegou na hora em que todos precisavam aprender a trabalhar em equipe e exigiu que se capacitassem de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Essa atividade promoveu o trabalho integrado de médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e direção. No início foi difícil, pois houve muita resistência por parte de alguns funcionários que alegavam ser perda de tempo e mais trabalho para o dia-a-dia deles. Houve muitas reuniões e muitos desses impasses foram resolvidos. Após inúmeras tentativas de engajar toda a equipe na intervenção consegui a ajuda de muitos dos profissionais, mas mesmo assim não foi o suficiente, iniciei e terminei a intervenção sobrecarregada de serviço. Ao final da intervenção eles entenderam a importância de um serviço de saúde organizado, que trabalha em equipe e que atua diretamente na melhoria de indicadores que estão falhos no território adstrito.

O serviço apresentou uma melhoria significativa após a intervenção, antes as atividades de prevenção do câncer de colo uterino e mama eram concentradas nos médicos do serviço. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um número maior de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento das mulheres nas faixas etárias propostas (25 a 64 anos para câncer de colo uterino e 50 a 69 anos para câncer de mama) viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Eles elogiaram bastante toda a equipe e percebem que há melhoria na unidade, mas ainda não notaram a mudança que a intervenção trouxe para o serviço. As mulheres demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Mesmo com toda essa adesão da comunidade, ainda há muitas mulheres descobertas ou que não se interessam em procurar o serviço de saúde. A luta em busca dessas mulheres faltosas ainda continua, mesmo com o fim intervenção para o curso.

A intervenção poderia ter sido facilitada pela parceria com a gestão municipal e com a participação de mais membros da equipe. Poucos profissionais atuaram ativamente para que ocorresse a melhoria nos indicadores. Se pudesse voltar para o início da intervenção tudo ficaria mais fácil se desde a análise situacional eu tivesse discutido com a equipe o que eu vinha desenvolvendo para a intervenção. No fim do projeto vejo que a equipe ainda está desmembrada e que precisa aprender a trabalhar mais ainda como uma equipe multidisciplinar. Acredito que ao incorporar a intervenção na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção à saúde da mulher. A equipe deve ser treinada para respeitar a marcação de consultas na agenda de cada médico, deixando sempre horário para as mulheres nas faixas etárias propostas. A desorganização dos prontuários e a falta de registro adequado nos mesmos, acabou prejudicando a coleta de dados de alguns indicadores.

Durante os próximos meses, quando teremos disponíveis ACS para as novas microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura da saúde da mulher. Tomando esse projeto com exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na unidade, que está sendo realizado por outra médica participante do PROVAB.

4.3 Relatório de intervenção para a comunidade

Durante alguns meses planejei com auxílio da equipe da Unidade de Saúde Creso Bezerra a intervenção que realizaria durante minha estadia como médica. A intervenção foi realizada com intuito de trazer melhoria na prevenção do câncer de colo uterino e mama nas mulheres que se enquadravam na faixa etária proposta pelo protocolo que utilizamos para nos guiar na intervenção.

Escolhi esse tema, pois se trata de um assunto que muitas vezes não é abordado pelos profissionais de saúde e na maioria das vezes é apenas dito que é necessário realizar os exames, mas não o principal objetivo deles. O câncer é uma doença que

se detectada inicialmente tem cura, mas para isso é necessário que se realizem exames periódicos para que a doença possa ser diagnosticada precocemente.

No período de 12 semanas a unidade e a comunidade vivenciaram algo que não era de costume acontecer. Aconteceram muitas consultas apenas para as mulheres, solicitações de mamografias, incentivo à realização do “preventivo”(citologia oncológica) e muitas palestras voltadas para a saúde da mulher. Todas essas atividades visavam o melhor entendimento do usuário em relação à importância do rastreamento precoce do câncer de mama e colo do útero.

Muitos impasses ocorreram e eu gostaria de lhes explicar. Muitas vagas de consultas foram reorganizadas para que pudesse haver um dia exclusivo para o atendimento das mulheres. Muitos usuários não gostaram, mas muitos compreenderam que isso era necessário para uma prevenção qualificada.

A intervenção não vai parar por aqui. O intuito é implantar tudo isso na rotina do serviço e fazer com que tudo se adeque de acordo com a comunidade. A prevenção sempre é o melhor caminho.

4.4 Relatório de intervenção para os gestores

Ilmo. Sr^o Gestor

Em agosto do ano de 2014 iniciei o processo de intervenção no programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde Creso Bezerra. Durante 12 semanas a intervenção consistiu em readaptar o programa com base no protocolo do 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. Além disso, obtemos um resultado bem gratificante: melhoria da assistência.

O câncer é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial. No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias cada vez mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente. Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é

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

No território adstrito da Unidade temos 619 mulheres entre 25 e 64 anos, dessas, poucas mulheres estão com o exame citopatológico em dia. Observo que o rastreio está sendo realizado corretamente e nas consultas a importância da realização da citologia oncológica é explicada. Mesmo sendo realizada de forma correta, a prevenção não está adequado para os padrões gerados, levando em conta a população adstrita. A cobertura é de apenas 17,8% das mulheres na faixa etária estudada. Em relação ao rastreio do câncer de mama, na área temos 366 mulheres entre 50 e 69 anos, revelando uma cobertura de 35% da faixa etária selecionada. Dessas, apenas 61 estão com a mamografia em dia. Pude observar que o rastreio para o câncer de mama não estava sendo valorizado e nem realizado como deveria ser, apenas 298 (81,4%) foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama. As usuárias precisavam ser mais bem orientadas sobre a importância da realização da mamografia de rastreio. Esses valores precisavam aumentar, pois a prevenção é o melhor caminho. Quanto mais cedo a descoberta de uma dessas patologias, melhor o prognóstico e a chance de cura. Antes da intervenção, nenhuma ação voltada para a saúde da mulher estava sendo desenvolvida na unidade a mesma era abordada apenas em consultas clínicas. Havia a necessidade da implantação de grupos e atividades voltadas para o alvo populacional selecionado para o estudo.

Para realizar a intervenção no programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama adotamos o Caderno de Atenção Básica sobre o Controle dos cânceres de colo do útero e da mama do Ministério da Saúde, 2013. Estimamos alcançar com a intervenção 50% da população dos 25 aos 64 anos e 50% dos 50 aos 69 anos. 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 35,2%. O principal motivo para o baixo indicador de cobertura alcançado e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde que atuam na unidade, sendo que das 256 mulheres, apenas 57

são de outras equipes que não a equipe da qual faço parte. Outro aspecto que dificultou a intervenção foi a demora na entrega dos resultados das citologias oncológicas. O indicador de cobertura da 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 31,4. Entretanto, o principal motivo para o baixo indicador de cobertura alcançado e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a falta de participação das outras equipes de saúde que atuam na unidade, deixando o meu trabalho sobrecarregado.

Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro elaboraram uma ficha complementar. Imprimimos uma grande quantidade de fichas complementares que serão anexadas ao prontuário clínico da usuária. Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados.

A intervenção foi de grande valia para UBS, pois muitos aspectos visando a saúde da mulher precisavam mudar. Qualquer profissional de saúde pode orientar sobre o rastreamento do câncer de colo uterino e mama, sua importância e periodicidade. Outro ponto que pode ser melhorado é a não existência de um protocolo de rastreamento. Ele era realizado apenas em oportunidades durante a consulta médica de acordo com a idade adequada para o rastreamento. Não havia profissionais que se dedicassem ao planejamento, gestão e coordenação, acredito que havendo profissionais engajados nessas funções aumentaria a cobertura da população para o rastreamento das patologias uterinas e mamárias. Não existiam reuniões para discutir sobre o planejamento das ações de rastreamento para o câncer de colo uterino e mama. Todos esses pontos foram frisados e implantados para haver melhoria no rastreamento e na qualidade da atenção prestada no serviço. A intervenção foi muito bem recebida no serviço, pois os profissionais são bem engajados na melhoria da saúde dos usuários. Acredito que com a intervenção as ações de cada profissional ficaram bem definidas e o protocolo elaborado auxiliou na rotina para um bom rastreamento dos cânceres de útero e mama.

Mesmo com as adversidades, acredito que a intervenção trouxe algo de muito positivo para o serviço em que estou alocada. Houve mudanças significativas, a forma como o serviço está sendo realizado e a forma de pensar de

muitos profissionais mudaram para melhor e isso é muito bom pois a intervenção é a longo prazo.

De acordo com o que foi descrito, é de extrema importância que a continuidade do projeto não seja interrompida pelos profissionais da unidade, é imprescindível também que as demais equipes da Unidade incorporem as ações. Por fim, estou disponível para maiores esclarecimentos sobre o processo ocorrido e espero que as parcerias sejam estabelecidas, pois ainda há muitos desafios a serem vencidos, como por exemplo, o alcance em 100% de todas as metas.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

O ano de 2014 foi muito marcante na minha vida profissional. Realizei o sonho de atuar como médica e iniciei o ano apenas trabalhando como plantonista em hospitais públicos do meu Estado. Com o passar dos meses surgiu a oportunidade de participar do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). A princípio fiquei receosa, pois não tinha experiência com Atenção Primária à Saúde, mas logo quando pude me informar melhor sobre o programa, me senti amparada por diversos profissionais disponíveis para me ajudar a qualquer hora.

Iniciei o ano com algumas dificuldades na prática clínica diária e também na realização das atividades da especialização, o que considero normal, pois não tinha tanta experiência como médica. Os dias foram passando e cada vez mais me senti segura no meu trabalho e na realização das atividades propostas pela UFPel.

Durante o curso de especialização cresci muito. Percebo que mudei muitos aspectos em relação à saúde da família e a maneira como estou lidando com os problemas vivenciados diariamente. Todas as atividades realizadas foram de extrema utilidade, muitos assuntos foram revisados e outros nunca vistos foram aprendidos. Hoje percebo que a especialização melhorou minha atuação como médica, ser humano e também como membro de uma equipe multidisciplinar.

Aprendi bastante com a convivência diária, o trabalho em equipe, que é muito difícil. Lidar com muitas pessoas que pensam diferente é complicado, mas o curso me ensinou a trabalhar com as diferenças de cada um e hoje tenho mais paciência e destreza para lidar o colega.

Nos dias de hoje estou mais madura profissionalmente graças ao curso de especialização em saúde da família disponibilizado pela UFPel. Foi um ano difícil e muito atarefado, mas todo o esforço valeu a pena. Sinto que estou preparada para enfrentar qualquer situação de agora em diante.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o diagnóstico das lesões palpáveis da mama**. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero: condutas do INCA/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2000 Out-Dez; 46 (4): 351-354.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Estimativa 2012: **incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2002 Jan-Mar; 48 (1): 13-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

CHAGAS, C. R. et al. Tratado de mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/atlas/> Acesso em junho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/situacao>. Acesso em junho de 2014.

PEREIRA, MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmers. Switzerland: WHO, 2007.

ANEXOS

PLANILHA DANIELLA final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Células

O306

| | A | B | C | D | N | O | P | Q | R | S | T |
|-----|------------------------------|--|----------------|-------------------|--|---|--|--|--|---|--|
| 1 | Indicadores de | | | | Indicadores de Prevenção do Câncer de Mama - Mês 1 | | | | | | |
| 2 | Dados para coleta | Número da Mulher | Nome da Mulher | Idade da mulher | A mulher está com a mamografia em dia? | O resultado da última mamografia estava alterado? | A mulher deixou de retornar na UBS para receber o resultado da mamografia? | Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou continuar o tratamento? | O resultado da última mamografia foi registrado na ficha espelho ou no prontuário? | Foi realizada avaliação de risco para câncer de mama? | A mulher recebeu orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de |
| 3 | Orientações de preenchimento | de 1 até o total de mulheres cadastradas | Nome | Em anos completos | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 326 | | 323 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 327 | | 324 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 328 | | 325 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 329 | | 326 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 330 | | 327 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 331 | | 328 | 0 | 0 | | | | | | | |
| 332 | | 329 | 0 | 0 | | | | | | | |

ANEXO C – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



APÊNDICES

APÊNDICE A – FOTOS DA INTERVENÇÃO



Foto: Integrantes da equipe da UBS Creso Bezerra.



Foto: Integrantes da equipe da UBS Creso Bezerra na realização de atividade de educação em saúde.



Foto: Médica da equipe e usuária beneficiada pela Intervenção.



Foto: Usuárias da Unidade participando de atividade educativa.



Foto: Médica e enfermeira da equipe realizando orientação quanto à pega correta.



Foto: Palestra da equipe.



Foto: Atendimento clínico.



Foto: Médica orientando usuário sobre auto-exame das mamas.



Foto: Atividade de beleza em comemoração ao Outubro Rosa.