

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4



Qualificação à Saúde da Mulher: prevenção e detecção de câncer de colo do útero e de mama, da Clínica da Família Fiorello Raymundo, Rio de Janeiro – RJ.

Júlia Marques dos Santos

Pelotas, 2014

Júlia Marques dos Santos

Qualificação à saúde da mulher: prevenção e detecção de câncer de colo do útero e de mama, da Clínica da Família Fiorello Raymundo, Rio de Janeiro – RJ.

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

Orientadora: Stelita Pachêco Dourado Neta

Pelotas, 2014

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

S237q Santos, Júlia Marques dos

Qualificação à saúde da mulher: prevenção e detecção de câncer de colo do útero e de mama, da Clínica da Família Fiorello Raymundo, Rio de Janeiro – RJ / Júlia Marques dos Santos; Stelita Pachêco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

80 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da mulher 4.Programas de rastreamento 5.Neoplasias do colo do útero 6.Neoplasias da mama I. Dourado Neta, Stelita Pachêco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus que permanece todo o tempo ao meu lado não me deixando desistir, mesmo quando os desafios parecem impossíveis aos meus olhos e a minha capacidade, Ele mostra que tudo é possível em Seu Nome.

Agradecimentos

Agradeço a minha família que embora sem grande compreensão do estudo realizado ajudou-me a concluí-lo. Em especial, minha mãe que cuidou da minha comida para que me mantivesse forte, da minha roupa para que sempre estivesse apresentável, da organização do meu quarto para que em meio aos infinitos papéis eu tivesse um ambiente limpo e tranquilo para estudar.

Ao meu namorado que me ajudou com as planilhas, compreendeu-me nos momentos de ausência e apoiou minhas decisões.

A minha Unidade que cedeu o espaço para o desenvolvimento da intervenção, aos profissionais e gerente que alimentaram os dados e enriqueceram a pesquisa, a minha equipe pelas ricas discussões e a disponibilidade ao serviço.

Também agradeço essa Universidade a qual me acolheu e contribuiu de forma ímpar na minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

E, minha profunda gratidão à orientadora Stelita Pacheco Dourado Neta pelo seu carinho, compreensão, paciência, preocupação e grandes contribuições na realização deste trabalho.

Lista de Figuras

<u>Figura 1: Mapa da área adscrita da Clínica da Família Fiorello Raymundo.</u>	14
<u>Figura 2: Mapa com a área de abrangência de cada equipe.</u>	14
<u>Figura 3: Placas sinalizadoras com os nomes das salas.</u>	15
<u>Figura 4: Gráfico da distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade do município do Rio de Janeiro no ano de 2010.</u>	17
<u>Figura 5: Mapa da Divisão das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro.</u>	177
<u>Figura 6: Tabela da Distribuição dos serviços municipais de saúde, por Área de Planejamento.</u>	18
<u>Figura 7: Fotografia da entrada da Clínica da Família Fiorello Raymundo.</u>	19
<u>Figura 8: Fotografia do Dr. Fiorello Raymundo.</u>	19
<u>Figura 9-Gráfico Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.</u>	53
<u>Figura 10 Gráfico Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.</u>	54
<u>Figura 11 Gráfico Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.</u>	55
<u>Figura 12 Gráfico Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado.</u>	56
<u>Figura 13 Gráfico: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita a busca ativa.</u>	57
<u>Figura 14 Gráfico :Proporção de mulheres com mamografia alterada.</u>	57
<u>Figura 15 Gráfico : Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.</u>	59
<u>Figura 16 Gráfico : Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.</u>	60
<u>Figura 17 Gráfico: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST.</u>	62

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AP – Áreas de Planejamento
APS – Atenção Primária de Saúde
CA – Câncer
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CFFR – Clínica da Família Fiorello Raymundo
CMS – Centro Municipal de Saúde
DOE – Diálogos Orientador/Especializando
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EaD – Educação a Distância
IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OS – Organização Social
PS – Posto de Saúde
RJ – Rio de Janeiro
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPel – Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
USG – Ultrassonografia

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	10
1 ANÁLISE SITUACIONAL	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS postado em 22/04/2013 .	11
1.2 Relatório da Análise Situacional postado em 11/07/2013	16
1.3 Comparativo entre o Texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
2.1 Justificativa	28
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão	63
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores	65
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	69
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	76
Anexo A Planilha de Coleta de Dados	77
Anexo B Ficha espelho para coleta de informações	78
Anexo C Ficha A do SIAB	79
Anexo D Termo do comitê de ética	80

Resumo

SANTOS, Júlia Marques dos. **Qualificação à Saúde da Mulher: prevenção e detecção de câncer de colo do útero e de mama, da Clínica da Família Fiorello Raymundo da zona oeste do município de Rio de Janeiro – RJ.** 2014. 80f.

Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O Câncer de Mama e o Câncer de Colo de Útero são duas patologias prevalentes atualmente e responsáveis por grande morbimortalidade da população feminina e, quando precocemente diagnosticadas, têm grandes chances de cura e redução de sequelas. Contudo, ressaltamos a importância da realização de atividades de caráter preventivo entre as tantas que são desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde, uma vez que na Atenção Primária em Saúde é a principal porta de entrada do sistema de saúde. O objetivo deste trabalho foi o de qualificar a atenção à saúde da mulher para melhorar a detecção de câncer de colo do útero e de mama nas mulheres da área de abrangência Clínica da Família Fiorello Raymundo, localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Para isso, traçamos os seguintes objetivos específicos: 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo do útero e do câncer de mama; 2. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia; 3. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde; 4. Melhorar registros das informações; 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama; 6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde. Utilizou-se como referencial bibliográfico o Caderno de Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde do ano de 2013 e como instrumentos de monitoramento e avaliação foram utilizados a Planilha de Coleta de Dados para o Programa Prevenção de Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama, a Ficha Espelho de Câncer de Colo de Útero e Mama, Ficha A dos prontuários familiares, registros específicos dos exames de citopatológico e mamografia, livro de registro de eventos e grupos educativos, além do prontuário eletrônico. Após o período da intervenção alcançamos os seguintes resultados: melhoria na adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia; 100% na adequabilidade das amostras do exame citopatológico; 96% nos registros das informações para os cânceres em tela; 100% do mapeamento das mulheres de risco; 94,2% das mulheres receberam orientações sobre DST; 100% das mulheres receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero e mama. Por fim, percebe-se que a sistematização do processo de trabalho é essencial para organizarmos a assistência prestada à comunidade, somando-se a motivação e empenho por parte de todos os profissionais, pois é a colaboração, a ética, a moral, a justiça social, a solidariedade, a equidade, o controle social e o amor ao próximo presente em cada um que faz com que o Sistema Único de Saúde aconteça na prática.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, Programas de Rastreamento.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica, coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos e oferta de organização dos serviços da UBS e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para a “Qualificação à Saúde da Mulher: prevenção e detecção de câncer de colo do útero e de mama, da Clínica da Família Fiorello Raymundo, Rio de Janeiro – RJ”.

O volume se inicia pela análise situacional, que discorre sobre a situação da ESF antes da intervenção, seguida da análise estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. Ainda apresenta-se um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análise da intervenção, com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade. Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APSpostado em 22/04/2013

Trabalho em uma Clínica da Família da zona oeste do município do Rio de Janeiro, a mesma é de responsabilidade de uma Organização Social (OS). Essa nova organização da atenção básica pela prefeitura deu uma nova roupagem aos antigos Postos de Saúde (PS) que possuem (pois ainda existem) uma estrutura antiquada, sem reformas ou manutenções.

A Unidade onde atuo possui a seguinte estrutura:

- 07 consultórios médicos com sanitários, destinados 01 para cada equipe;
- 01 sala dos agentes comunitários;
- 01 consultório de acolhimento mãe-bebê, comum a todos;
- 01 consultório de saúde da mulher, comum a todos;
- 01 consultório de saúde da criança, comum a todos;
- 01 sala de reunião;
- 01 centro de culturas e ideias, espaço de atividades coletivas;
- 01 sala de radiografia;
- 01 sala de ultrassonografia;
- 01 sala de imunização;
- 01 sala de coleta de sangue;
- 01 sala de observação clínica;
- 01 sala de saúde bucal com 04 cadeiras odontológicas;
- 01 administração;
- 01 recepção;

- 01 farmácia;
- 01 expurgo;
- 01 almoxarifado;
- 01 sala de curativo;
- 01 sala de procedimento;
- 01 copa;
- 02 banheiros (masculino e feminino) de uso exclusivo de funcionários;
- 02 banheiros (masculino e feminino) para uso dos usuários;

O processo de trabalho desenvolve-se da seguinte forma:

- 06 equipes de saúde de família, cada uma composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde. Cada profissional deste grupo cumpre carga horária de 44 horas/semanais.

Cada área, ou seja, cada equipe é responsável por uma população média de 4.000 a 4.700 pessoas, esse número sofre variações em virtude de peculiaridades de cada microárea e da rotatividade de moradores no domicílio.

Na minha equipe (a segunda maior área adscrita da Unidade), cada agente comunitário é responsável aproximadamente por 200 a 270 famílias.

- 01 equipe de saúde bucal, composta por: 03 dentistas, 01 técnicos de saúde bucal e 03 auxiliar de saúde bucal. Cada profissional deste grupo cumpre carga horária de 44 horas/semanais.
- 01 equipe de núcleo de apoio a saúde da família (NASF), composta por: 01 psiquiatra, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 terapeuta ocupacional e 01 professor de educação física. Cada profissional deste grupo cumpre carga horária de 20 horas/semanais.
- Grupos educacionais e atividades coletivas: grupo de artesanato, grupo de “contação” de história, grupo de caminhada, atividades de saúde bucal, grupo de tabagismo, grupo de dança, grupo de hipertensão, grupo de planejamento familiar e grupo de gestantes. Atualmente, os quatro últimos grupos não retomaram suas atividades desde dezembro do ano passado.

Os grupos educacionais e atividades coletivas sempre possuem um profissional responsável e é aberto a todos que desejam participar (profissionais ou

comunidade). São desenvolvidos em dias e horários específicos, para assim não coincidirem um com outro. Possuem mediana adesão pela comunidade.

As equipes possuem autonomia para traçarem suas estratégias de ação, na tentativa de aumentar a oferta de serviço e melhorar qualidade do atendimento, o que nem sempre é alcançado e muitas vezes geram grandes frustrações para profissionais e usuários. Há reunião de equipes toda semana, contudo não há reunião geral, o que gera divergências de posicionamento e falas dos profissionais perante a comunidade.

Os registros estão informatizados, são feitos todos por meio eletrônico. O “*vitacare*” é o sistema que contem os prontuários eletrônicos, através dele fazemos os registros das consultas e podemos acessar o prontuário de qualquer usuário e suas consultas anteriores (as consultas só podem ser visualizadas por médicos, enfermeiros e gestores). Também, neste sistema ficam armazenados os mapas de produção e os indicadores de saúde geral da Unidade, ou compilados por equipes, ou profissionais. Alguns dados possuem sistemas próprios através do *googledocs*, que são alimentados pelo gestor da Unidade, como é o caso dos tratamentos de tuberculose, sífilis em gestante e recém-nascido de risco e alto-risco.

A identificação da equipe é feita através do endereço da residência, na recepção há um mapa com a área geográfica de cada equipe com cores diferenciadas (Figura 1). Assim, como, ao lado da porta de cada consultório possui o mesmo mapa colorido apenas a área à qual se destina aquela equipe (Figura 2). Todas as salas da Unidade possuem placas com o nome e placas que sinalizam a direção de cada sala (Figura 3). O mapa detalhado da área de abrangência da Unidade com o nome de todas as ruas, dividido com o agente comunitário responsável e equipe encontra-se salvo em todos os computadores, mas não em um local acessível aos usuários.

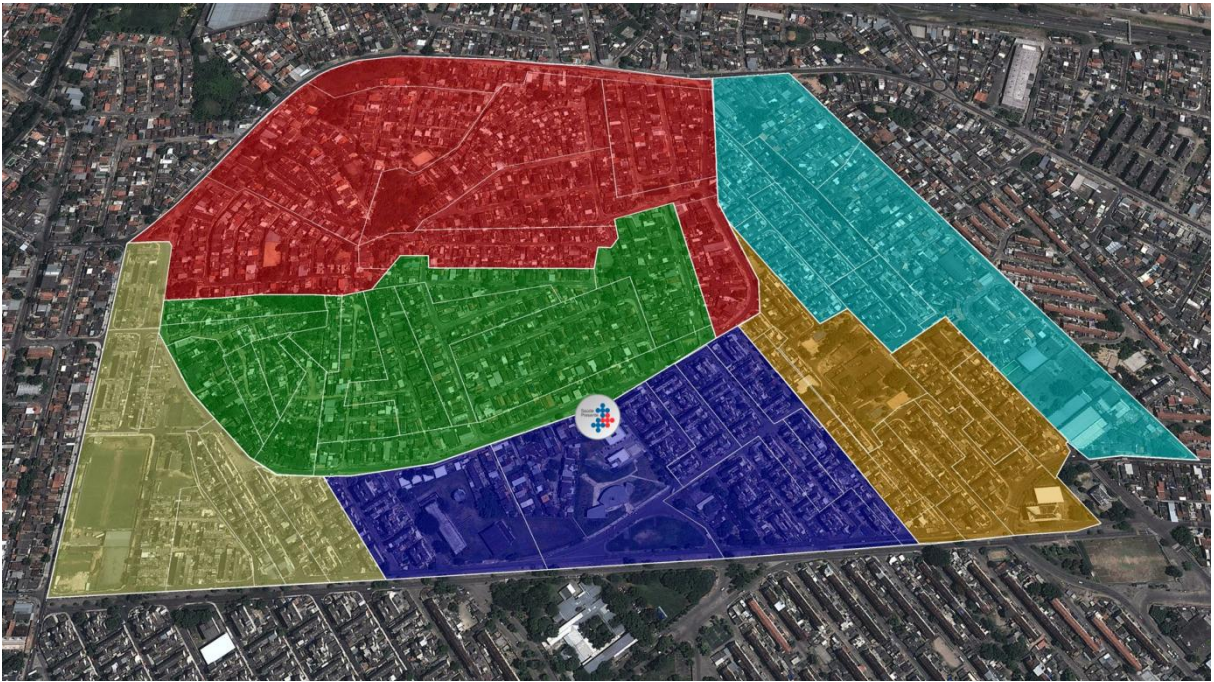


Figura 1: Mapa da área adscrita da Clínica da Família Fiorello Raymundo.
Fonte: CEMAPS/SUBPAV/SMS-RJ.



Figura 2: Mapa com a área de abrangência de cada equipe.
Fonte: Próprio Autor.



Figura 3: Placas sinalizadoras com os nomes das salas.

Fonte: Próprio Autor.

A relação de trabalho entre as equipes fluem satisfatoriamente bem, exceto alguns profissionais que dificultam isso quando não cumprem a carga horária ou não atendem a demanda espontânea. A relação com o NASF ainda está engatinhando, pois este grupo iniciou este ano na Unidade e a demanda é muito grande para poucos profissionais, como por exemplo, nossa Unidade de referencia no atendimento a doentes psiquiátricos não nos atende mais alegando que já possuímos um psiquiatra, com isso acabam esquecendo o papel do NASF na Estratégia de Saúde da Família.

Quanto ao processo de trabalho da saúde bucal, não tenho grande conhecimento, pois o mesmo ocorre desvinculado das equipes, eles ofertam as vagas para os agentes comunitários de saúde e os mesmos distribuem para as suas famílias cadastradas. O atendimento às crianças e aos portadores de tuberculose que deveria ser garantidos, não ocorre, somente as gestante que acompanham o pré-natal conosco tem esse livre acesso ao atendimento odontológico.

Há 1 ano e 4 meses que ingressei nesta UBS, já participei de quatro equipes diferentes, pois era enfermeira substituta, agora tenho minha própria equipe, mas a relação com a saúde bucal não se difere muito. Desde que comecei na Unidade há este relacionamento distante da saúde bucal, eles não participam das reuniões de

equipe nem das atividades coletivas desenvolvidas pela equipe. Desenvolvem suas próprias ações nas escolas e nas creches, sem haver comunicação entre nós somente com a gerência da Unidade.

O processo de trabalho da UBS como um todo encontra alguns obstáculos para ser desenvolvido: demora com a regulação para especialidades e agendamentos de exames; falta de medicamentos, materiais como, aparelhos de pressão, termômetros, impressora, balança infantil e solução para esterilização de materiais; sistema de refrigeração do ambiente inadequado; falta de consultórios para atendimento de todos os profissionais.

Há inúmeros problemas na Unidade e por isso, não conseguimos alcançar a proposta da Estratégia de Saúde da Família. Traçar linhas de cuidado baseadas na promoção da saúde e prevenção de doença, às vezes, parecem metas inalcançáveis, pois ainda estamos focados no tratamento da doença.

A relação Unidade-comunidade desenvolve-se de maneira positiva, é possível realizar visitas domiciliares ou atividades “extra-muros” sem conflitos. As parcerias com escolas, creches e associação de moradores fluem de maneira satisfatória. No entanto, não conseguimos atender toda a população em tempo hábil, temos uma fila de espera grande, pois acabamos priorizando sempre os casos mais graves, o que gera motivo para infundáveis reclamações por parte dos usuário, afinal, saúde é direito de todos e dever do Estado.

1.2 Relatório da Análise Situacional postado em 11/07/2013

De acordo com o Censo de 2010 do IBGE, o município do Rio de Janeiro possui uma área territorial de 1.200,278 km², que abriga uma população de 6.320.446 pessoas, distribuídas de acordo com a pirâmide etária abaixo (Figura 4):

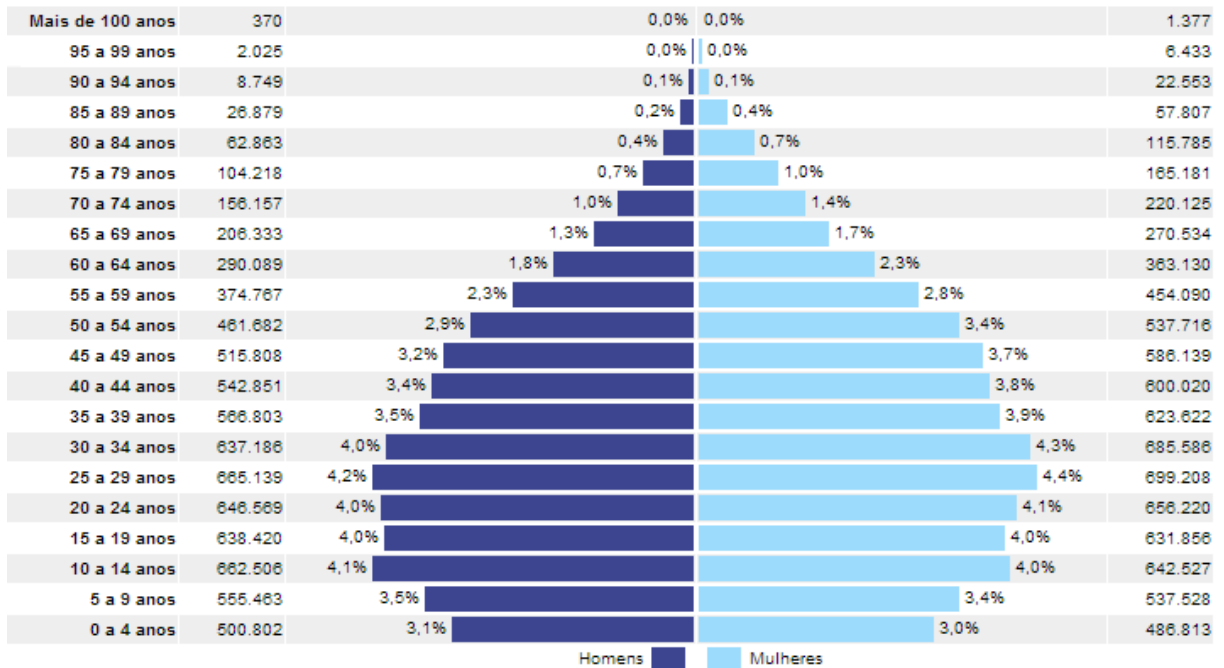


Figura 4: Gráfico da distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade do município do Rio de Janeiro no ano de 2010.
 Fonte: IBGE, censo 2010.

Para organização da assistência a saúde o município do Rio de Janeiro encontra-se dividido administrativamente em 10 Áreas de Planejamento (A.P.), conforme mostra a Figura 5.



Figura 5: Mapa da Divisão das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro.
 Fonte: www.redeoticsrio.org

A distribuição dos serviços municipais de saúde estão organizados na Tabela Figura 6 de acordo com a Área de Planejamento.

SERVIÇOS DE SAÚDE	AP 1.1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	TOTAL
Hospital	5	3	3	2	3	2	5			1	24
Maternidade	1				1	2	1	2			7
CMS	8	8	9	18	7	14	10	13	20	13	120
Policlínica	1		1	2	1		1	1	1	1	9
Clínica da Família	2	4		10	10	11	3	8	9	13	70
UPA		1		2	1	2	1	3		1	11
CAPS		2	1	3	4	2	2	2	3	1	20
CER	1	1					1				3
TOTAL	18	19	14	37	27	33	24	29	33	30	264

Figura 6: Tabela da Distribuição dos serviços municipais de saúde, por Área de Planejamento.

Fonte: Informações do site da Prefeitura do Rio de Janeiro.

A Clínica da Família Fiorello Raymundo (Figura 7) é uma Unidade Básica Saúde do tipo Estratégia de Saúde da Família, situada no município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 5.1, vinculada ao Sistema Único de Saúde através do Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) uma Organização Social.

Inaugurada no dia 28 de fevereiro do ano de 2011, recebeu este nome em homenagem ao Dr. Fiorello Raymundo (Figura 8), médico que dedicou sua vida profissional à saúde da família, à saúde pública e ao bem estar do trabalhador. Assistiu as famílias banguenses, por longo tempo, realizando consultas domiciliares.



Figura 7: Fotografia da entrada da Clínica da Família Fiorello Raymundo.

Fonte: Próprio autor.



Figura 8: Fotografia do Dr. Fiorello Raymundo.

Fonte: Próprio autor.

Possui 06 equipes de saúde da família compostas cada uma por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde. 03 equipes de saúde bucal compostas por 03 dentistas, 01 técnico de higiene bucal e 03 auxiliares de saúde bucal. NASF com 01 psicóloga e 01 educador físico. Ainda há

03 agentes de vigilância em saúde, 01 farmacêutica, 02 técnicos de farmácia, 03 técnico de raio X, 01 médico ultrassonografista, 01 técnico em ultrassom, 01 técnico de enfermagem volante.

Esta UBS é composta pela seguinte estrutura física:

- 07 consultórios médicos com sanitários, destinados 01 para cada equipe;
- 01 sala dos agentes comunitários;
- 01 consultório de acolhimento mãe-bebê, comum a todos;
- 01 consultório de saúde da mulher, comum a todos;
- 01 consultório de saúde da criança, comum a todos;
- 01 sala de reunião;
- 01 centro de culturas e ideias, espaço de atividades coletivas;
- 01 sala de radiografia;
- 01 sala de ultrassonografia;
- 01 sala de imunização;
- 01 sala de coleta de sangue;
- 01 sala de observação clínica;
- 01 sala de saúde bucal com 04 cadeiras odontológicas;
- 01 administração;
- 01 recepção;
- 01 farmácia;
- 01 expurgo;
- 01 almoxarifado;
- 01 sala de curativo;
- 01 sala de procedimento;
- 01 copa;
- 02 banheiros (masculino e feminino) de uso exclusivo de funcionários;
- 02 banheiros (masculino e feminino) para uso dos usuários;

A proposta do trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família é fascinante e funcional, pois antes cada profissional atuava de forma isolada dentro de sua área de conhecimento. Com a equipe temos a interação dos diferentes

saberes dos profissionais que a compõe e o resultado é um plano terapêutico mais eficiente.

As equipes de saúde da família por diversas vezes fazem a interconsulta (médico/enfermeira; médico/outro médico; enfermeira/ outra enfermeira; enfermeira/técnico de enfermagem; médico/técnico de enfermagem; médico/NASF; enfermeira/NASF), e as consultas intercaladas (médico e enfermeira), assim, percebemos que o vínculo com a família fica mais estreito e pensamos juntos (por conhecer o caso) na reunião de equipe a melhor conduta.

Todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento, cada um com atribuições específicas dentro de sua categoria profissional, contudo não há o levantamento das vulnerabilidades da nossa população, esta é uma dimensão que deve ganhar mais espaço dentro do nosso processo de trabalho.

A identificação de grupos de agravos (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase) é feita por cada equipe nas visitas domiciliares e nas consultas médicas ou de enfermagem e não no processo de territorialização e mapeamento, o que dificulta o reconhecimento da área, pois até todos os usuários cadastrados terem consultas demanda algum tempo.

Os encaminhamentos são feitos através do sistema de regulação, ou seja, o paciente quando recebe a vaga já sabe o local, data e hora onde está agendada a sua consulta ou internação, exceto as urgências/emergências as quais solicitamos a chamada “Vaga-zero”, onde o paciente aguarda na UBS a ambulância para removê-lo até o hospital.

Em situação de internação hospitalar não há comunicação dos profissionais da UBS com os profissionais do hospital, somente através das visitas domiciliares do agente comunitário é que recebemos notícias do usuário, isso prejudica a terapêutica adotada e a continuidade do tratamento, pois em algum momento este usuário retorna ao seu domicílio e fica submetido aos nossos cuidados.

O desenvolvimento e participação em grupos é ativa e satisfatória, todos os profissionais estão envolvidos em alguma atividade, contudo não há estímulo ao controle social, o que influencia negativamente o engajamento público e priva o usuário de exercer um de seus direitos.

Em relação ao foco das atividades de qualificação de atenção a saúde, há apenas atualização de técnicas, transformação de práticas é algo longe de nossa

realidade, os profissionais costumam fazer sempre as mesmas coisas como aprenderam e não estão abertos as inovações, apesar dos treinamentos e capacitações realizadas pela secretaria de saúde.

A população adscrita Unidade de Saúde é de 25.729 usuários, sendo 11.087 de homens e 14.642 de mulheres, o que equivale a respectivamente, 43,1% e 56,9% da população. O perfil predominante da população são mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (7.776 mulheres), o que equivale a 30,2% da população total. Os menores de 1 ano equivalem a aproximadamente 1% (239) e os idosos de 60 anos ou mais ocupam 17,8% (4.568) da população.

“O Ministério da Saúde recomenda que em uma UBS trabalhem, no máximo, cinco ESF” (Manual de Estrutura Física, 2008, pág. 15), e que cada equipe tenha uma população adscrita de 4 mil pessoas. A Unidade onde atuo possui 6 equipes de saúde da família e uma população de 25.729 pessoas, o que equivale a aproximadamente uma população de 4.600 indivíduos por equipe. Ou seja, um pouco além do preconizado. Logo o tamanho da população não está adequado e isso dificulta o processo de trabalho proposto pelo modelo de atenção a saúde da família, pois temos grande dificuldades na organização das agendas, nas atividades de grupos e no acolhimento a demanda espontânea, em virtude da estrutura física, da falta de espaço e da escassez de profissionais.

Algumas estratégias estão sendo utilizadas na tentativa de absorver toda a demanda desta população, como: atendimentos através de grupos, troca de receita é feita pelo agente comunitários e a determinação de intervalos entre as consultas de puericultura, hipertensos, diabéticos, gestantes e portadores de tuberculose.

O acolhimento é realizado pela equipe de referência do usuário, seguindo o fluxo ACS→Enfermeiro→Médico (se necessário). Assim optamos em nossa Unidade para fortalecer os vínculos e evitar demandas espontâneas inconsistentes, ou aqueles usuários que desejam apenas pegar sua medicação, ou realizar algum procedimento de enfermagem, estes são acolhidos pelo ACS que os auxiliam nas suas necessidades.

O atendimento a demanda espontânea é feito durante todo o horário de funcionamento da UBS e inicia-se com os agentes comunitários, que conseguem distribuir essa demanda, seja agendando consulta, direcionando para a realização de procedimentos de enfermagem ou exames complementares (raio x e USG) ou auxiliando na retirada de medicamentos, e em média fazemos de 5 a 10

atendimentos por turno, e assim mantemos as agendas de consultas, não havendo a necessidade de horários ou dias exclusivos para acolhimento.

As ações de atenção a saúde da criança estão reduzidas a puericultura realizada nos menores de 2 anos, que segue o calendário de consultas mínimas estipulado pelo Ministério da Saúde. Nas crianças maiores de 2 anos são agendadas consultas médicas de acordo com a necessidade de saúde, estamos revendo as agendas para garantir o direito de uma consulta anual para as crianças entre 2 e 6 anos, mas nossa maior dificuldade é a grande demanda de adultos e idosos com doenças crônicas, muitas vezes ficamos sem horário para realização de atividades em grupo ou externas.

Não há protocolo de atendimento de puericultura, o prontuário eletrônico possui itens que direcionam o atendimento e que necessitam ser preenchidos para que a consulta seja validada, como por exemplo, avaliação antropométrica, desenvolvimento psicomotor, alimentação, vacinação. Há um campo de observações, onde o profissional pode escrever informações que julgar pertinentes. A ausência de protocolo não prejudica o processo de trabalho visto que as informações constam no prontuário eletrônico, a dificuldade é a compilação desses dados.

A sala de imunização conta com o auxílio de um registro específico que fornece informações como: nome da criança, nome da mãe, data de nascimento, endereço, telefone e cartão espelho de vacina, mas este só norteia quanto ao atraso das vacinas. Mas através desse registro conseguimos fazer ações de monitoramento rápido de vacina e busca ativa dos faltosos.

A equipe de saúde bucal realiza ações preventivas e educativas nas escolas e creches, mas não há atividades em grupos específicas para as crianças, as ações com esta finalidade são realizadas no momento da consulta, em forma de orientações e precauções, como imunização, higiene bucal, aleitamento materno e alimentação, teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha, entre outros.

Não há um profissional responsável pela atenção a saúde da criança, e a ausência deste prejudica a qualidade da assistência, pois não há planejamento de ações voltadas para este público.

As ações de atenção a gestante constam de captação, identificação e visita domiciliar mensal dos agentes comunitários, procedimentos de enfermagem (peso, altura, vacinas e pressão arterial) realizados pelo o técnico de enfermagem,

consultas médicas e/ou de enfermagem, atendimentos de saúde bucal e o projeto “Cegonha Carioca”, uma ação do município que garante a toda gestante uma visita a maternidade de referência, com recebimento do kit enxoval do bebê e ambulância para levar até a maternidade no momento do parto, sendo esta solicitada por telefone pela gestante.

A Unidade adota os seguintes manuais propostos pelo Ministério da saúde: “Assistência ao Pré-natal” (BRASIL, 2000) e “Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada” (BRASIL, 2006). E os registros são realizados no prontuário eletrônico e monitorados regularmente pela Coordenação de Área Programática.

A cobertura de atenção ao pré-natal é satisfatória, a maior dificuldade é a captação de gestantes no primeiro trimestre da gravidez, pois algumas vezes essa gestante só deseja acompanhar o pré-natal quando a gestação já está avançada e não é rotina na Unidade a realização de exame citopatológico em gestantes, embora os manuais do Ministério da Saúde e do INCA liberem a realização do mesmo. Esta não realização do exame está associado as habilidades técnicas de cada profissional.

A Unidade não possui grupos educativos voltados para saúde das gestantes e puérperas, e só na consulta de rotina do pré-natal é que se fornecem informações detalhadas sobre nutrição, higiene do bebê, aleitamento materno, cuidados com as mamas e coto umbilical, vacinação, entre outros, porém, muitas vezes, não há tempo hábil que este tipo de atividade necessita. A criação de um grupo de gestantes auxiliaria neste aspecto e proporcionaria um espaço de convivência e troca de experiência entre gestantes ou puérperas.

Em relação a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, os agentes comunitários fazem a captação das mulheres em idade fértil e algumas equipes agendam o exame preventivo e/ou consulta médica, outras equipe separam um turno de atendimento para preventivo e o atendimento é realizado em demanda espontânea.

As enfermeiras realizam o exame citopatológico e exame clínico das mamas com avaliação de risco, solicitação de mamografia, se necessário, e agendamento de consulta médica, se necessário e prescrevem medicações protocoladas pelo Ministério da Saúde.

O profissional médico faz a avaliação de risco, o exame clínico das mamas, solicita exames complementares, prescreve medicamentos e encaminha para especialidades, se necessário.

O registro dessas ações é feito no prontuário eletrônico e existe um livro específico para registro de preventivos realizados. Contudo, a atualização desses registros não é realizada e não temos como monitorar quanti e qualitativamente essas ações. Também não há adoção de nenhum manual ou protocolo específico.

A UBS não possui a figura de um profissional que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer do colo do útero e mama, e tampouco ações educativas com este grupo de mulheres.

Poder-se-ia realizar a captação por qualquer profissional de saúde deste grupo de mulheres, por exemplo, em consulta odontológica ou médica, no cadastramento do bolsa família, na vacinação de uma criança.

Em relação a atenção aos hipertensos e diabéticos é realizado grupos de caminhada, artesanato, atividades de relaxamento e alongamento, consultas médicas e/ou de enfermagem, procedimentos de enfermagem (peso, altura, pressão arterial, eletrocardiograma, curativos, vacinas) e avaliação do pé diabético mensalmente.

Não há monitoramento das ações e tampouco, adoção de protocolos ou manuais específicos, os registros são realizados no prontuário eletrônico e há envolvimento de diversos profissionais (agente comunitário, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e educador físico).

As mesmas ações descritas na atenção aos hipertensos e diabéticos são realizadas com os idosos, não há profissionais especializados na atenção a essa população em crescimento progressivo. E os profissionais em atuação não estão preparados ou capacitados para lidar com o envelhecimento populacional.

Seria interessante o desenvolvimento de atividades voltadas para esta população, como grupos terapêuticos e educativos, atividades de lazer; elaboração de protocolos de atendimento a saúde da pessoa idosa; implementação do programa de atenção ao idoso; figura de um profissional responsável pelo planejamento, gestão e coordenação das ações direcionadas a população idosa.

Sem dúvida, os melhores recursos que a Unidade apresenta são os profissionais, pois exercem seu trabalho da melhor maneira possível, com responsabilidade, improvisação e muita criatividade, mesmo diante das

adversidades, de estrutura física insuficiente, da falta de medicamentos e recursos tecnológicos, visando sempre a qualidade de vida do sujeito.

É importante o Manual da Estrutura da UBS, pois é um guia baseado em evidências da melhor forma do projeto arquitetônico de uma Unidade. Contudo, nem sempre é possível dispor de tudo o que está previsto no Manual, é justamente, neste momento que o profissional de saúde lança mão de todo o seu conhecimento científico, para não infringir nenhum princípio básico do cuidado, e sua criatividade para adaptar ou criar espaços de assistência à saúde.

1.3 Comparativo entre o Texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O processo de trabalho da UBS sofrera inúmeras mudanças positivas, destaco em especial a colaboração de todos os profissionais, pois sem isso não conseguiríamos avançar em nada.

Embora a população adscrita tenha aumentado, e conseqüentemente, a população média de cada equipe, com a sistematização de algumas partes do processo de trabalho estamos conseguindo dar suporte a todos os sujeitos, como é o caso dos grupos educativos e atividades extra-muros, conseguimos retomá-los e garantimos sua periodicidade. Isso também fortaleceu os vínculos entre os profissionais, principalmente com a saúde bucal, agora trabalhamos mais próximos e conhecemos as atividades de todos os profissionais.

Tratando-se da equipe de saúde bucal tivemos algumas perdas, só disponibilizamos agora de 03 dentistas, 03 auxiliares de saúde bucal e 01 técnico de saúde bucal, que formam 03 equipes. Este fato dificulta as consultas de saúde bucal, pois a população cresceu e temos uma equipe a menos.

Também o Núcleo de Apoio a Saúde da Família sofreu alterações, contamos com os seguintes profissionais: 01 psicóloga, 01 educadora física e 01 terapeuta ocupacional, contudo a relação deles com a equipe está fluindo satisfatoriamente.

A chegada da nova gerente no início deste ano colaborou muito com essas mudanças e o estabelecimento de alguns fluxos que ainda não estavam determinados, como era o caso do atendimento da primeira consulta da gestante.

Todos os profissionais agora possuem falas semelhantes, devido o estabelecimento mensal de reuniões de equipe técnica e geral, nestes espaço são passados todos os informes, casos, posicionamentos e tomado as decisões.

Alguns obstáculos foram superados como a regulação para especialidades e agendamentos de exames, estamos tendo resposta entre 30 e 60 dias e dependendo do exame conseguimos agendar para a semana seguinte; reposição de materiais e medicamentos em tempo hábil; o sistema de refrigeração do ambiente está funcionando de forma satisfatória.

Embora, possamos perceber alguns avanços, ainda esbarramos em velhos obstáculos como escassez de profissionais e espaços para atendimento e atividades de grupo dentro da Unidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

Após a finalização do relatório de análise situacional da Unidade tornou-se visível a necessidade de ações de intervenções na dimensão relacionada à saúde da mulher sob os aspectos do controle de câncer de colo uterino e mama. Há um grande déficit quanto às informações (registros específicos, SISCOLO e SISMAMA) sobre esta temática. E, de acordo com o Ministério da Saúde:

“Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.” (BRASIL, 2013)

Assim, a implantação de uma intervenção voltada a esta temática auxiliará no planejamento das ações, com monitoramento e controle de detecção precoce dessas patologias, e isso impactará diretamente nos indicadores de saúde da Unidade.

A Clínica da Família Fiorello Raymundo (CFFR) possui uma população adstrita de 25.729 indivíduos, sendo composta por seis equipes completas de saúde da família (um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde) e três equipes de saúde bucal, compostas por três dentistas, três auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal.

De acordo com os dados obtidos do prontuário eletrônico no segundo semestre de 2013, a população feminina residente na área de abrangência da Unidade na faixa etária de 25 a 69 anos é no total 8.426 mulheres.

A partir das análise do Caderno de Ações Programáticas _ Abas Controle do Câncer do Colo e Controle do Câncer de Mama vimos que para as ações do programa de controle de câncer de colo uterino entre as mulheres de faixa etária de 25 a 64 anos residentes na área temos uma cobertura de 116% e para o programa de controle do câncer de mama temos uma cobertura de 159% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos da área de abrangência da CFFR. Isso ocorre devido à planilha eletrônica do Caderno de Ações programáticas gerar um número de mulheres inferior ao da realidade da Unidade, a planilha trabalha com valores estimados.

Esta intervenção se propõe a melhorar a qualidade de atenção a saúde para melhorar a detecção de câncer de colo do útero e de mama nas mulheres atendidas pela CFFR, com ações de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica qualificando a atenção a saúde.

Para se alcançar os objetivos e metas propostos nesta intervenção, temos como fundamental o envolvimento de todos os profissionais, em especial os agentes comunitários, que têm o papel de educadores e mobilizadores da comunidade, além de realizarem a buscaativa. Sabemos que algumas dificuldades para a implantação deste Projeto será a mobilização junto aos profissionais de saúde da equipe para as novas formas de registros e monitoramento, assim como a limitação de espaço para o desenvolvimento de atividades educativas com profissionais e população.

O desenvolvimento desta intervenção será sem dúvida um grande desafio, mas também será um enorme crescimento da Unidade frente às solicitações do Ministério da Saúde, e as demandas de saúde da população, bem como proporcionará uma melhoria no processo de trabalho da equipe e também, uma nova forma de se pensar a saúde no nosso processo de trabalho individual.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral:

Qualificar a atenção à saúde da mulher para melhorar a detecção de câncer de colo de útero e mama.

2.2.2 Objetivos específicos e Metas:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama, para se alcançar este objetivo traçamos as seguintes metas:

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 90%;

Meta1.2 Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos de idade para 70%.

Objetivo 2. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia.

Meta 2.1: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a Unidade de Saúde;

Objetivo 3. 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 3.1 Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Objetivo 4. Melhorar registros das informações,

Meta 4.1 Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da Unidade de Saúde;

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

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo;

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 entre 50 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para a qualificação da atenção à saúde da mulher com ênfase nas ações para prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero (para mulheres de 25 a 64 anos de idade) e de mama (para mulheres de 50 a 69 anos de idade) da área de abrangência da UBS. Para isso, detalharemos cada ação que será realizada para melhorar a qualidade da atenção a saúde da mulher.

2.3.1 Detalhamento das ações

1. 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 e cadastrá-las.

Detalhamento:

- Cadastrar todas as mulheres na área de abrangência da UBS na faixa etária de 25 a 64 anos, através das visitas domiciliares dos agentes comunitários e da procura pelo serviço de saúde na demanda espontânea;
- Acolher todas as mulheres-alvo, seja em demanda espontânea ou programada, em atividades educativas ou grupos, atendidas na saúde bucal ou pelo NASF, e questionar sobre a coleta de exame citopatológico, e as que estiverem em atraso agendar a coleta do exame;
- Estabelecer um fluxo com todas as mulheres que participam do grupo de planejamento familiar para a realização do exame citopatológico.

2. Ação: Acolher todas as mulheres de 50 a 69 anos de idade que demandem a realização de mamografia na Unidade de Saúde e cadastrá-las.

Detalhamento:

- Cadastrar todas as mulheres na área de abrangência da UBS na faixa etária de 50 a 69 anos, através das visitas domiciliares dos agentes comunitários e da procura pelo serviço de saúde na demanda espontânea;
- Acolher todas as mulheres-alvo, seja em demanda espontânea ou programada, em atividades educativas ou grupos, atendidas na saúde bucal ou pelo NASF, e solicitar a mamografia as que estiverem em atraso com este exame;
- Estabelecer um fluxo com o grupo de artesanato, que é composto em sua maioria por idosos, fazer classificação de risco e solicitar a mamografia, se necessário.

3. 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:

- Eleger um profissional responsável para 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);
- Este profissional verificará no prontuário eletrônico e no registro específico de coleta de exame citopatológico a cobertura do mesmo e a compilação dos dados.

4. 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:

- Eleger um profissional responsável para 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);
- Este profissional verificará no prontuário eletrônico e no registro específico de solicitações de mamografia a cobertura da mesma e a compilação dos dados.

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

Detalhamento:

- Criar estratégia com os grupos já existentes na Unidade (artesanato, atividade corporal, caminhada, dança e planejamento familiar) de conscientização e sensibilização da importância da realização do exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo uterino;
- Nas consultas programadas (médicas, enfermagem e saúde bucal) orientar quanto à importância da realização do exame, assim como na própria consulta de coleta de preventivo.

6. Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade, a realização do auto-exame de mamas e a periodicidade do mesmo.

Detalhamento:

- Criar estratégia com os grupos já existentes na Unidade (artesanato, atividade corporal, caminhada, dança e planejamento familiar) de conscientização e sensibilização da importância da detecção e prevenção do câncer de mama;
- Nas consultas programadas (médicas, enfermagem e saúde bucal) orientar e ensinar a realização do auto-exame das mamas e solicitar as mamografias.

7. Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade e a periodicidade da realização do exame citopatológico de colo do útero. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 25 a 64 anos.

Detalhamento:

- Promover espaço de capacitação e treinamento com toda a equipe para o acolhimento das mulheres-alvo e a conscientização da realização do exame citopatológico e sua periodicidade;
- Orientar o ACS sobre a importância do cadastramento dessa população e periodicidade da realização do preventivo.

8. Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade. Capacitar os ACS para o cadastramento das mulheres entre 50 a 69 anos de idade. Capacitar à equipe de saúde quanto à periodicidade e a importância da realização da mamografia.

Detalhamento:

- Promover espaço de capacitação e treinamento com toda a equipe para o acolhimento das mulheres-alvo e a conscientização da realização da mamografia para a detecção e prevenção do câncer de mama e sua periodicidade;
- Orientar o ACS sobre a importância do cadastramento dessa população e periodicidade da realização da mamografia.

9. Ação: Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia e acolher todas as mulheres que procuram a Unidade de Saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero e/ou mostrar o resultado da mamografia. Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama

Detalhamento:

- Entrega de resultado dos exames citopatológicos em todos os turnos de funcionamento da UBS pelo médico ou enfermeira, sem a necessidade de agendamento prévio de consulta.
- Atendimento em demanda espontânea, pelo médico ou enfermeira, para mostrar resultado de mamografia.

10. Ação: Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas e organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

Detalhamento:

- Busca ativa de mulheres faltosas pelo ACS através da visita domiciliar com o agendamento de consulta para entrega de resultado do exame;
- Entrega domiciliar do resultado do exame, nas visitas médicas e de enfermagem.

11. Ação: Monitorar os resultados de todos os exames para detecção do câncer de colo de útero e de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela Unidade de Saúde.

Detalhamento:

- Eleger um profissional responsável para monitorar os resultados de todos os exames periodicamente (pelo menos trimestralmente), sinalizando e registrando os exames alterados e convocando as mulheres para as devidas condutas de acordo com as alterações;

12. Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

Detalhamento:

- Promover espaço de comunicação, interação e participação da comunidade, como roda de conversas, para que possam juntos criar estratégias para captação de usuárias faltosas.

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

Detalhamento:

- Na consulta de coleta do preventivo informar a data prevista do resultado.

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

Detalhamento:

- Disponibilizar para cada profissional por meio impresso e/ou digital o protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

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

Detalhamento:

- Realizar capacitação e treinamento do ACS quanto à periodicidade do exame citopatológico e da mamografia.

16. Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames e monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.

Detalhamento:

- Capacitar a equipe no acolhimento da demanda por resultado de exames e registrar em local próprio os resultados para monitoramento posterior.

17. Ação: Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames.

Detalhamento:

- Disponibilizar os resultados dos exames por equipe em locais próprios com destaque para os que apresentarem alguma alteração para facilitar a busca ativa.

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

Detalhamento:

- Cada profissional coletor do exame citopatológico é responsável pela adequabilidade da amostra.

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

Detalhamento:

- Promover espaços interativos com a comunidade onde se possa expor os indicadores de rastreio de câncer de colo de útero e de mama da Unidade.

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

Detalhamento:

- Realizar capacitação e treinamento da equipe na coleta do citopatológico do colo de útero.

21. Ação: Manter as informações do prontuário eletrônico atualizadas. Implantar registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Detalhamento:

- Todos os profissionais da equipe devem atualizar as informações no prontuário eletrônico;
- Disponibilizar registro específico de acompanhamento e monitoramento para as anotações dos exames de preventivo e solicitações de mamografias por equipe;
- Eleger um profissional responsável para o monitoramento desses registros periodicamente (pelo menos trimestralmente).

22. Ação: Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na Unidade de Saúde.

Detalhamento:

- Cada equipe deve eleger um profissional responsável para monitorar os registros de todas as mulheres acompanhadas na Unidade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

23. 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:

- Cada equipe deve eleger um profissional responsável para 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.

24. Ação: Treinar a equipe da Unidade de Saúde para o registro adequado das informações.

Detalhamento:

- Realizar capacitação e treinamento da equipe para o correto e adequado registros das informações.

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

Detalhamento:

- Realizar classificação de risco nas consultas programadas (médica, enfermagem e saúde bucal);
- Estabelecer fluxo de registro, acompanhamento e monitoramento para as mulheres que apresentam risco elevado.

26. Ação: Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na Unidade de Saúde.

Detalhamento:

- Cada equipe deve eleger um profissional responsável para monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na Unidade de Saúde.

27. Ação: Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação. Ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento:

- Desenvolver atividades de grupos educativos para esclarecer sobre fatores de risco e medidas de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama e orientar quanto aos sinais de alerta para detecção precoce de câncer.

28. Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para realizar avaliação de risco e para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação para câncer de colo de útero e de mama.

Detalhamento:

- Realizar capacitação e treinamento com a equipe de saúde para avaliação de risco e para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação para câncer de colo de útero e de mama.

29. Ação: Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Detalhamento:

- Solicitar a coordenação de área programática preservativos;
- Distribuição de preservativos pelo ACS nas visitas domiciliares e eventos da UBS;
- Livre oferta de preservativos na farmácia da Unidade, no grupo de planejamento e nos consultórios das equipes.

30. Ação: Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Detalhamento:

- Disponibilizar registro das mulheres que participam das ações e eventos realizados na UBS.

31. Ação: Incentivar a 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:

- Livre oferta de preservativos nos consultórios das equipes, na administração, na saúde bucal, no acolhimento e na farmácia da Unidade;
- Disponibilizar cartazes educativos e folders de: uso de preservativo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, malefícios do uso de tabaco, álcool e drogas, alimentação saudável;
- Incentivar a participação nos grupos de caminhada, práticas corporais de relaxamento e dança.

32. 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:

- Realizar capacitação e treinamento da equipe sobre prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

2.3.2 Indicadores

A fim de monitorar quantitativamente as metas apresentadas anteriormente e acompanhar a evolução das ações implementadas foram traçados os seguintes indicadores:

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 90%;

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

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

Denominador: número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta1.2 Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos de idade para 70%.

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

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

Denominador: número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a Unidade de Saúde;

Indicador 2.1 Proporção de mulheres que tiveram exames alterados (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia).

Numerador: número de mulheres que tiveram exames alterado (citopatológico de colo do útero e/ou mamografia).

Denominador: número de mulheres cadastradas com exame em dia.

Indicador 2.2 Proporção de mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram à Unidade de Saúde.

Numerador: número de mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram à Unidade de Saúde.

Denominador: número de mulheres cadastradas no programa com exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia).

Indicador 2.3 Proporção de mulheres que não retornaram a Unidade de Saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: número de mulheres com exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram a Unidade de Saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: número de mulheres com exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram a Unidade de Saúde.

Meta 3.1 Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

Indicador 3.1 Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

Numerador: número de mulheres com amostra satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero realizados.

Denominador: número total de mulheres cadastradas no programa da Unidade de Saúde que realizaram exame citopatológico do colo do útero.

Meta 4.1 Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da Unidade de Saúde;

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

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

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

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

Numerador: número de registros adequados do exame de mamas e mamografia.

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

Meta 5.1 Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo;

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

Numerador: número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo do útero (dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

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

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

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

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

Meta 6.1 Orientar 100% das mulheres cadastradas entre 50 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

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

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

Denominador: número de mulheres cadastradas no programa da Unidade de Saúde para detecção precoce de câncer de colo do útero e no de mama.

2.3.3 Logística

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses. A intervenção será realizada na Clínica da Família Fiorello Raymundo, localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro, do Estado do Rio de Janeiro.

Buscaremos a implementação e a incorporação na rotina da UBS, uma ação programática de atenção primária em saúde na atenção básica voltada à melhoria da qualidade da atenção a saúde da mulher sob os aspectos do câncer de colo de útero e mama.

A escolha do foco da intervenção teve como base o cadastro de famílias do prontuário eletrônico e o livro de registro dos exames citopatológicos coletados na UBS.

Para realizar a intervenção no programa de Controle do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde do ano de 2013.

Ao curso da intervenção, utilizaremos alguns instrumentos para o monitoramento e avaliação que foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), denominados “Planilha de Coleta de Dados para o Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama” (Anexo A) e a “Ficha Espelho Câncer de Colo de Útero e Mama” (Anexo B) que foram elaboradas pelo Ministério da Saúde. Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários familiares “Ficha A” do SIAB (Anexo C) utilizadas para cadastro e acompanhamento das pessoas da área de abrangência da UBS. Todos os meios de coleta de dados serão utilizados durante as semanas da realização da intervenção. Os dados serão analisados e quantificados gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

Utilizaremos também os registros específicos da coleta de citopatológico e das solicitações de mamografia, livro de registro de eventos e grupos educativos, o prontuário eletrônico e as informações do SISCOLO e SISMAMA. Os registros específicos conterão um item referente ao risco de desenvolvimento dos respectivos cânceres, assim obteremos todos os dados para a construção dos indicadores.

Entraremos em contato com a Coordenadoria de Saúde da Área Programática 5.1 para obtenção dos dados do SISCOLO e SISMAMA.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Cada equipe dispõe de seu registro específico que é alimentado pelo médico e pela enfermeira. Para organização e monitoramento dessas informações o responsável pelo programa de Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama, mensalmente compilará esses dados, identificando resultado de risco e fazendo busca das mulheres faltosas.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe. Assim, iniciaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica nº 13 para que toda a equipe técnica utilize esta referencia no controle de câncer de colo uterino e mama. Esta capacitação ocorrerá na própria Unidade com todos os médicos e enfermeiros, em dois treinamentos de 3 horas cada. Nestes treinamentos serão disponibilizados materiais atualizados do Ministério da Saúde e a abordagem dos seguintes temas: técnica de coleta de citopatológico, periodicidade da realização dos exames, monitoramento dos resultados, importância do registro adequado das informações, avaliação de risco, medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificações e prevenção de doença sexualmente transmissível.

Nas reuniões gerais daUBS, que ocorrem mensalmente, serão disponibilizados 30 minutos para a capacitação de toda a equipe quanto o acolhimento das mulheres de 25 a 69 anos, a periodicidade e a importância da realização dos exames citopatológico e mamografia, e estratégias de combate aos fatores de risco para o câncer de colo de útero e mama.

O cadastramento da população-alvo será realizado pelos agentes de saúde durante a visita domiciliar e supervisionado, semanalmente, nas reuniões de equipe, pela enfermeira.

O acolhimento é realizado por toda a equipe nas visitas domiciliares, nas consultas programadas e no atendimento a demanda espontânea durante todos os turnos e dias da semana de funcionamento da Unidade. Neste acolhimento, já serão fornecidas às orientações necessárias de prevenção e controle dos cânceres em tela, assim, como o agendamento da coleta do exame citopatológico se necessário.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações que foram realizadas (facilidade e dificuldades)

Melhorar a atenção à saúde da mulher na Clínica da Família Fiorello Raymundo com ênfase na prevenção e detecção precoce dos cânceres de colo uterino e mama foi o grande desafio deste projeto. Para isso, foi proposto que durante 16 semanas fossem realizadas ações de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Algumas das ações previstas foram realizadas integralmente e outras parcialmente.

3.1.1 Eixo Organização e Gestão de Serviço

O acolhimento e cadastramento das mulheres da população-alvo (25 a 69 anos) obteve bastante sucesso, chegando a mais de 95% da população cadastrada da área adscrita, os 100% não conseguimos alcançar em virtude da inconstância dos moradores da área. Também foi possível solicitar e realizar o citopatológico e a mamografia das mulheres participantes dos grupos de planejamento familiar e artesanato, conforme previsto o estabelecimento de parceria com os grupos já existentes na UBS.

Um novo fluxo para a realização da laqueadura tubária fixado pela prefeitura ajudou bastante neste processo, pois só é possível realizar a cirurgia quem está com o preventivo atualizado, assim houve maior participação das mulheres na convocação para a coleta do citopatológico.

As entregas dos resultados dos exames estão sendo realizados nas consultas de rotina e em livre demanda, cada equipe entrega o de sua área. Foi feito

uma boa estratégia para entregar os resultados na visita domiciliar, assim conseguimos atingir aquelas mulheres que não retornaram a Unidade. Quando ocorre a entrega do resultado já é fornecida a mulher a data de retorno para realização de novo exame. Também contamos com o monitoramento da periodicidade do prontuário eletrônico que fornece a lista nominal das mulheres com atraso na realização do citopatológico.

Sem encontrar nenhuma dificuldade conseguimos organizar o arquivo para acomodar os resultados dos exames separadamente por equipe, destacando os que apresentam alguma alteração. Cada enfermeiro é responsável pelo seu arquivo.

As informações atualizadas no prontuário eletrônico alimentam o banco de dados da prefeitura não havendo necessidade de preenchimento manual do SIAB, estes dados são exportados automaticamente. Por isso, é essencial que haja o correto registro das informações no prontuário.

As mulheres de maior risco para os cânceres de colo de útero e mama são identificadas na anamnese no momento da consulta e seguem com acompanhamento habitual de acordo com os resultados dos exames (preventivo e mamografia) e se estabelece uma periodicidade diferente das demais mulheres. Este acompanhamento é realizado pelo médico e/ou enfermeiro de cada equipe.

A livre oferta de preservativos (masculinos e femininos) já ocorria na Unidade, mas conseguimos fixar na entrada da UBS uma caixa de acrílico dispensadora de preservativo, assim o usuário leva o quanto achar necessário para seu uso e não fica constrangido em estar solicitando a algum profissional.

3.1.2 Eixo Engajamento Público

Foram realizados dois grupos educativos e uma roda de conversa com a comunidade e os líderes comunitários de esclarecimento da importância da detecção precoce das patologias em discussão, a periodicidade das mesmas, a realização do auto-exame das mamas, os fatores de risco para cânceres e incentivo ao uso de preservativos, a não adesão ao tabaco, álcool e drogas, a prática de atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis, e este espaço também proporcionou a

entrega de resultados dos exames citopatológicos e oportunidade de escuta da população de estratégias para diminuição da evasão. Além disso, todo o grupo de planejamento familiar já aborda a temática e no grupo de artesanato foi realizado um evento do “Outubro Rosa” onde foi discutido sobre o câncer de colo uterino e mama.

A análise das lâminas dos exames citopatológicos é realizada por um laboratório privado conveniado da prefeitura, o mesmo libera o resultado do exame em 10 dias úteis e cada amostra enviada possui um numero de protocolo e senha para que a mulher possa ter acesso ao seu resultado de exame pela internet.

As mamografias são realizadas em uma clínica privada também conveniada da prefeitura e o resultado com o laudo fica pronto em 25 dias úteis e a própria mulher pega o resultado no local onde realizou o exame.

3.1.3 Eixo Qualificação da Prática Clínica

A equipe de saúde foi capacitada e treinada para o acolhimento das mulheres-alvos e a conscientização da importância da realização dos exames para a detecção precoce desses cânceres, sua periodicidade, avaliação de risco e medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação e prevenção de DST, nestes treinamentos foram disponibilizado o caderno de atenção básica nº 13. Esta ação não obteve sucesso maior em virtude da não adesão de alguns profissionais em participar dos treinamentos, ainda há resistência por parte de alguns profissionais em mudar ou se adequar as novas rotinas do processo de trabalho.

A prefeitura fez parceria com um novo laboratório que capacitou todos os profissionais para a coleta do citopatológico com uso de fixador nas laminas, isso conserva mais as amostras, com isso obtivemos 100% da adequabilidade das amostras dos exames coletados.

No momento da consulta a mulher, o profissional que está atendendo-a já realiza todos os registros no prontuário eletrônico.

3.2 Ações não realizadas ou que apresentaram dificuldades para serem executadas

Não foi possível compartilhar com a comunidade e equipe de saúde os indicadores de monitoramento obtidos com desenvolvimento do projeto, foi solicitado a gerencia da Unidade um espaço para que haja uma apresentação com os resultados, como forma de retorno a comunidade, estamos aguardando resposta.

Após muita insistência e grande resistência conseguimos incorporar na rotina de trabalho a atualização do prontuário eletrônico, essa resistência ficou evidente no primeiro mês de registro da planilha de monitoramento, no entanto depois foi sendo realizado naturalmente.

Ainda não conseguimos estabelecer um fluxo de registro, acompanhamento e monitoramento das mulheres que apresentam risco elevado para o câncer de colo de útero e mama, tampouco acompanhar as que apresentam diagnóstico de câncer in situ, encaminhamos para o especialista e o tratamento segue com o mesmo, não há retorno para a UBS e estamos pensando em estratégia de captação dessas usuárias.

3.3 Coleta e sistematização dos dados

A coleta dos dados foi realizada por todos os profissionais (médico e enfermeiros) que registraram em local específico e atualizaram o prontuário eletrônico, já a sistematização dos dados foram realizados pela própria autora do projeto em virtude dos interesses pessoais e a não figura do profissional responsável para tal ação.

3.3.1 Eixo Monitoramento e Avaliação:

O monitoramento da cobertura dos cânceres em tela foi realizado de forma integral no ultimo trimestre, conforme previsto, até mesmo por causa do

desenvolvimento do projeto. Contudo, ainda não há a figura de um profissional responsável pela atenção à saúde da mulher, mas está sendo realizado na Unidade a comissão de prontuário, onde os prontuários eletrônicos são revisados pela gerente e os responsáveis técnicos de enfermagem e medicina, eles monitoram essa ação a cada trimestre.

O monitoramento dos resultados, periodicidade dos exames, adequabilidade das amostras, os registros específicos e avaliação de risco são feitos pela enfermeira de cada equipe.

3.4 Incorporação da intervenção na Unidade

O apoio de alguns profissionais foi fundamental para a incorporação da intervenção. Estes, colaboraram no preenchimento da ficha-espelho, na intensificação da atualização do prontuário eletrônico, na coleta dos exames e na entrega dos resultados.

Foi possível contar com a presença de uma médica em todos os grupos educativos e roda de conversa realizado com a comunidade, isso foi muito rico nas atividades e obteve um bom retorno dos participantes, isso intensificou a importância de grupos multidisciplinares, assim toda a atividade educativa que é realizada na Unidade conta com a presença mínima de médico, enfermeira e agente comunitário de saúde.

O trabalho proposto foi realizado, não em sua totalidade, mas os indicadores da planilha já mostram grandes avanços, os resultados já estão sendo vistos, cito como um grande exemplo o registro e atualização do prontuário eletrônico, um documento valioso como este não estava tendo sua verdadeira importância, agora já foi incorporado à rotina da UBS, assim como outras ações previstas no projeto.

Há ainda um longo caminho a percorrer para alcançarmos com louvor os objetivos do projeto, mas os primeiros passos já foram dados isso é fundamental e necessário para que haja a diminuição da mortalidade pelos cânceres de colo de útero e mama.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Para a população de 25.729 pessoas da área de abrangência da Clínica da Família Fiorello Raymundo, de acordo com o Caderno das Ações Programáticas desenvolvido pelo Curso, tínhamos a estimativa de 6.690 mulheres entre 25 e 64 anos sendo 24,1% da população cadastrada na UBS. Para a prevenção de CA de mama a faixa etária estabelecida foi de 50 a 69 anos de idade e de acordo com a estimativa temos 2.136 mulheres nesta faixa etária, sendo 7,7% da população.

Nosso foco foia detecção do câncer ginecológico tendo com público alvo prioritário as mulheres de 25 a 64 anos para a prevenção de câncer de colo de útero e para a prevenção do câncer de mama as mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Antes da intervenção de acordo com o levantamento de dados realizados na Análise Situacional, através da Análise dos Dados dos registros da UBS, encontramos que, nos dois anos de existência da Unidade, tínhamos 7.776 mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no Programa e, destas, 3.488 estavam com exames em dia para a detecção precoce de câncer de colo de útero, ou seja, havia uma cobertura de cerca de 45%, mas não tínhamos como garantir a aferição da qualidade destas ações. Quanto à cobertura de prevenção do câncer de mama, tínhamos que das 2.136 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, cerca de 3.388 estavam cadastradas no Programa na UBS, mas não conseguimos aferir quantas estavam com exame em dia.

Então como encontramos grande déficit quanto às informações (registros específicos, SISCOLO e SISMAMA) decidimos intervir nesta ação programática para “Qualificar a atenção à saúde da mulher para melhorar a detecção de câncer de colo

de útero e mama para as mulheres atendidas na Clínica da Família Fiorello Raymundo no município do Rio de Janeiro-RJ”.

Na análise dos indicadores que foram utilizados para o monitoramento das metas, tivemos os seguintes resultados:

No Objetivo 1 de “Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama” tínhamos como metas:

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 90%.

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

Na meta 1.1 de “Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 90%”, utilizamos como indicador 1.1 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero tivemos que durante as 16 semanas de Intervenção alcançamos uma proporção de 19,7% (1.528) de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para a detecção precoce de câncer de colo do útero (Figura 9).

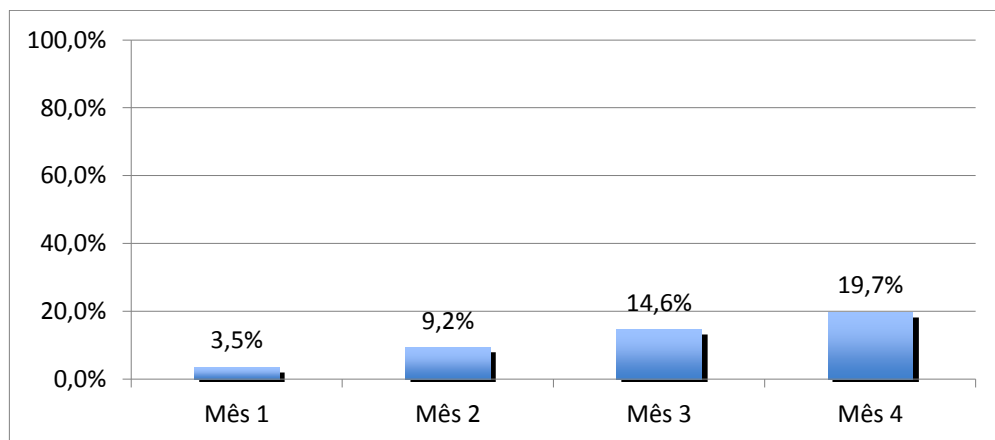


Figura 9-Gráfico Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

O acolhimento e o cadastramento das mulheres nessa faixa etária foi realizado sistematicamente e, ao analisarmos o Gráfico 1 percebemos que no Mês 1 o registro foi de 275 (3,5%) mulheres, no Mês 2 tivemos cadastradas 717 (9,2%), no Mês 3, 1.133 (14,6%) e chegamos ao final do Mês 4 com mais do que o quádruplo do Mês 1, com 1.527 (19,7% de cobertura). Contudo, nem todas as mulheres que foram acolhidas foram registradas na ficha-espelho, pois alguns profissionais se mostraram

resistentes em colaborar com o desenvolvimento da pesquisa, alegando que isso era mais trabalho. E, talvez por isso, a dificuldade em se alcançar a meta.

Na meta 1.2 de “Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 70%” utilizamos como indicador 1.2 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama alcançou 14,7% (498) mulheres desta faixa etária (Figura 10). Não havia na Unidade nenhuma forma de registro para este parâmetro, logo a implantação de um livro de registro para as solicitações de mamografias e a atualização do prontuário eletrônico com os resultados das mesmas auxiliou para que se chegasse a esse resultado.

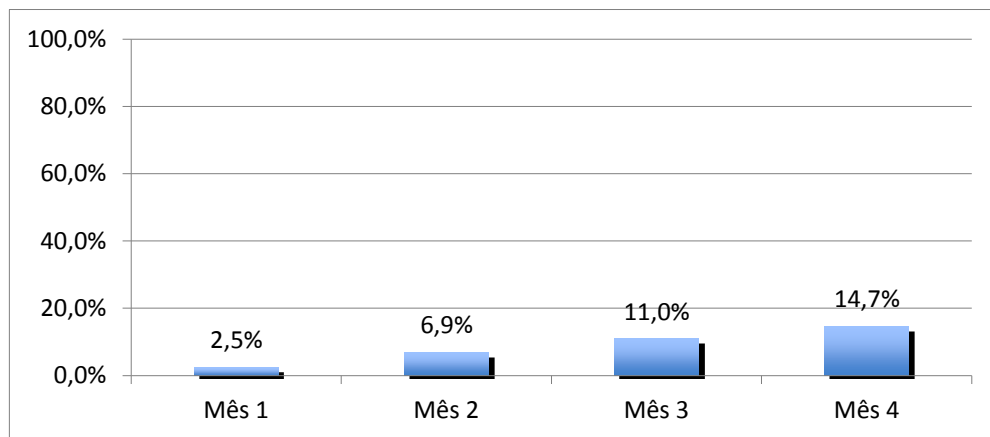


Figura 10 _Gráfico Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

De igual forma, o acolhimento e o cadastramento das mulheres da faixa etária em questão foi mostrando um aumento gradual. No Mês 1 tivemos o registro de 84 mulheres (2,5%) e encerramos a etapa da intervenção com 498 (14,7%) no Mês 4. Apesar da incorporação das novas formas de registros ao processo de trabalho, ainda não foi possível alcançar a meta estabelecida de 70%, porém espera-se que com a incorporação das ações da intervenção na rotina da UBS, ao longo de mais um ano possa se alcançá-la.

Para o Objetivo 2 de “Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia” tivemos como meta 2.1 buscar

100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a Unidade de saúde.

Para a análise desta meta trabalhamos com os seguintes indicadores:

2.1 Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.

2.2 Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer o resultado.

2.1a Proporção de mulheres com mamografia alterada.

2.2a Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado.

2.3 Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa.

2.3a Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa.

A proporção de mulheres com exame citopatológico alterado passou de 2 no Mês 1 para 10 mulheres (0,7%) no Mês 4, e, infelizmente a tendência deste indicador é aumentar ao passo que se realize mais preventivos (Figura 11).

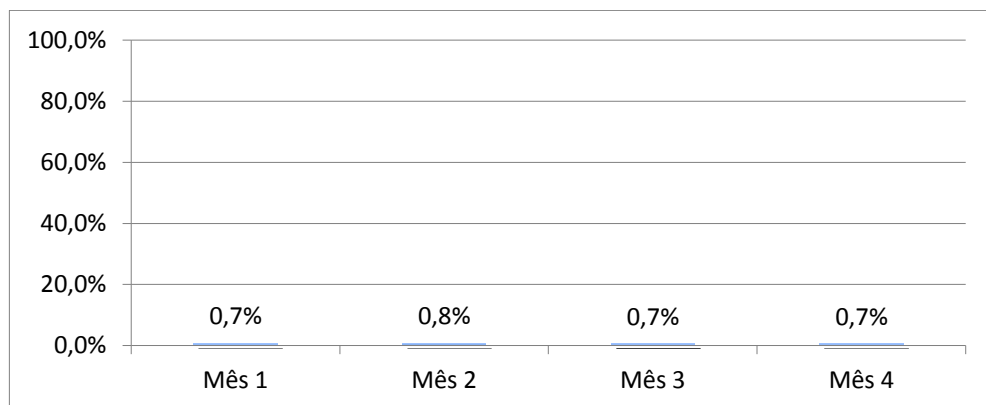


Figura 11_ Gráfico Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Comparando o indicador de Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado com o indicador de Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer o resultado (Figura 12), vimos que, no Mês 1, tivemos dois resultados alterado e apenas uma mulher (50%) não retornou para buscar o resultado. Ao longo dos outros meses, tivemos melhorias neste indicador, onde evoluímos com o retorno das mulheres para buscar os resultados, sendo que, no Mês 2 tivemos seis resultados alterados e apenas duas

(33,3%) não retornaram. No Mês 3, das oito que tiveram resultados alterados, apenas duas (25%) não haviam retornado e no Mês 4 finalizamos com dez resultados alterados e todas as mulheres retornaram para buscar o resultado, portanto foi possível zerar este indicador no período da Intervenção.

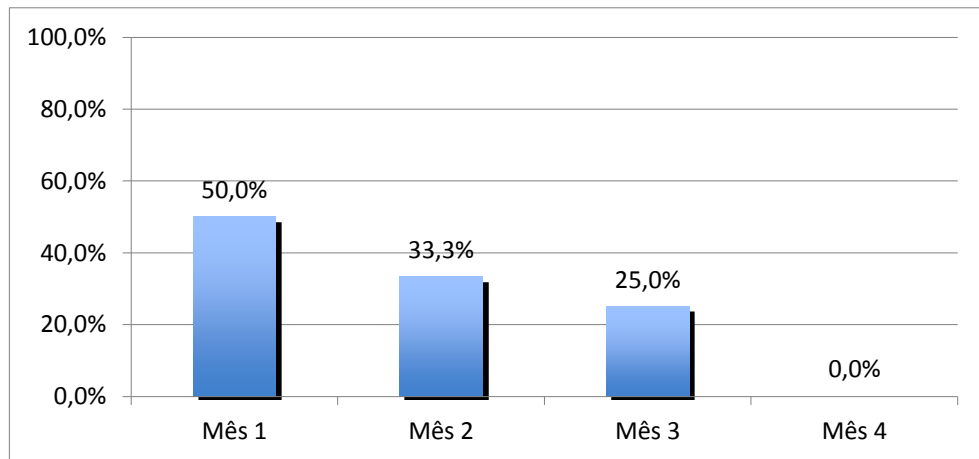


Figura 12_Gráfico Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Analisando o indicador de Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa, tivemos que o planejamento detalhado das ações para a intervenção foi fundamental para a obtenção deste resultado, tais como: a busca ativa das faltosas e facilidade na entrega dos resultados, sendo este realizado todos os dias como demanda espontânea pelo médico ou enfermeira de cada equipe, assim entrega, avalia e discute o resultado, define o tratamento necessário e atualiza o prontuário eletrônico.

A Figura 13 mostra que a busca ativa das mulheres que possuem o exame citopatológico alterado obteve grande sucesso para zerar o indicador de “Proporção de mulheres que não retornaram para o resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa”. Mesmo como número de mulheres que não retornaram ter aumentado de uma para duas mulheres, foi possível captá-las e realizar o tratamento adequado.

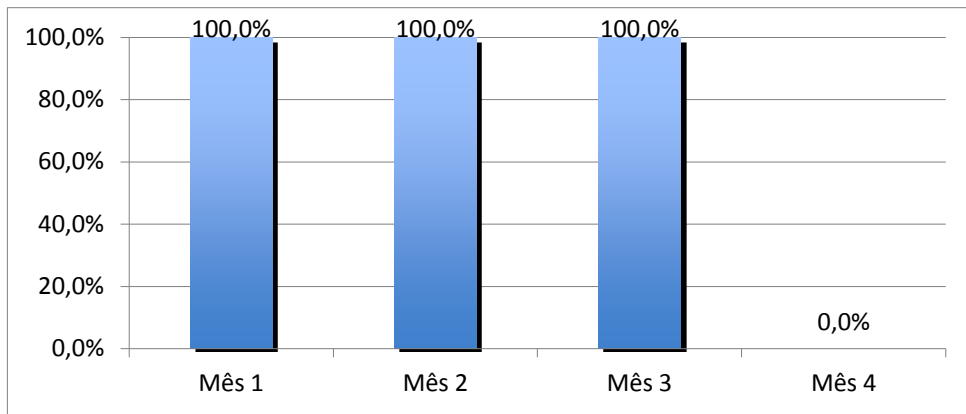


Figura 13_Gráfico: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita a busca ativa.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

O indicador 2.1a, referente à Proporção de mulheres com mamografia alterada, também tende há um aumento progressivo à medida que são realizados novos exames. Observa-se na Figura 14, que, embora há uma diminuição da proporção ao longo dos meses, o número absoluto de mulheres com exame alterado aumentou. Isso ocorre pois este indicador tem em seu numerador o número de mulheres com a mamografia alterada e no denominador o número total de mulheres com a mamografia em dia.

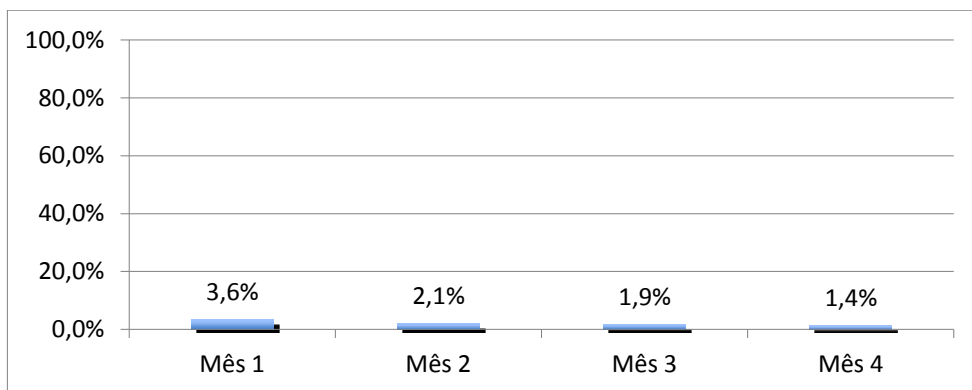


Figura 14_Gráfico :Proporção de mulheres com mamografia alterada.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

No Mês 1 tínhamos três (3,6%) mulheres com o exame alterado, ao passo que, no Mês 2, este número passou para cinco (2,1%) e nos Meses 3 e 4 manteve-se com sete (1,9% e 1,4% respectivamente) mulheres. Nota-se que, embora haja um aumento dos casos de mamografia alterada, essas mulheres não deixam de retornar para conhecerem seu resultado. Talvez isto esteja associado ao fato da realização da mamografia ser em um local externo à UBS, assim responsabilizando-

as a buscar o resultado e retornar à Unidade para mostrar ao profissional responsável para saberem se há alguma alteração, diferentemente do citopatológico que ocorre a convocação caso haja alguma alteração.

Assim, percebemos que as ações referentes a facilidade do acesso ao resultado, a conscientização da importância da detecção precoce do câncer de mama e o acolhimento dessa demanda de forma espontânea impactam diretamente os indicadores ligados a meta de buscar 100% das mulheres com a mamografia alterado.

Por isso, o indicador de Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita a busca ativa está sempre zerado, pois está não é uma realidade da UBS, conforme discorrido acima.

No Objetivo 3 de “Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de útero e de mama na Unidade de Saúde” traçamos como meta 3.1 a obtenção de 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino, para isso contamos com o indicador 3.1 de Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

Conforme planejado alcançamos os 100% de amostras satisfatórias em todos os meses da intervenção, mas isso é uma realidade no histórico da Unidade. Após a mudança de laboratório para a análise das amostras e a introdução do spray fixador nas lamínas com a amostra em substituição do álcool a 70%, isso favorece a durabilidade da amostra, a fixação das células e o não ressecamento das mesmas. Todos os profissionais que realizam o preventivo foram atualizados, treinados e capacitados para a coleta do citopatológico de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Para o Objetivo 4 “Melhorar registro das informações” estipulamos por meta 4.1 manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da Unidade de Saúde.

Para a análise desta meta traçamos os seguintes indicadores:

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

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

Não foi possível alcançar esta meta, contudo estamos caminhando progressivamente, com bastante sucesso e adesão dos profissionais em manter atualizados os registros específicos e o prontuário eletrônico. Cremos que em breve conseguiremos alcançar os 100%.

A proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero apresenta-se em aumento gradativo, no Mês 1 registramos 227 (82,5%) exames, no Mês 2, 664 (92,5%), no Mês 3, 1.080 (95,2%) e no Mês 4, 1.474 (96,5%), conforme vemos na Figura 15.

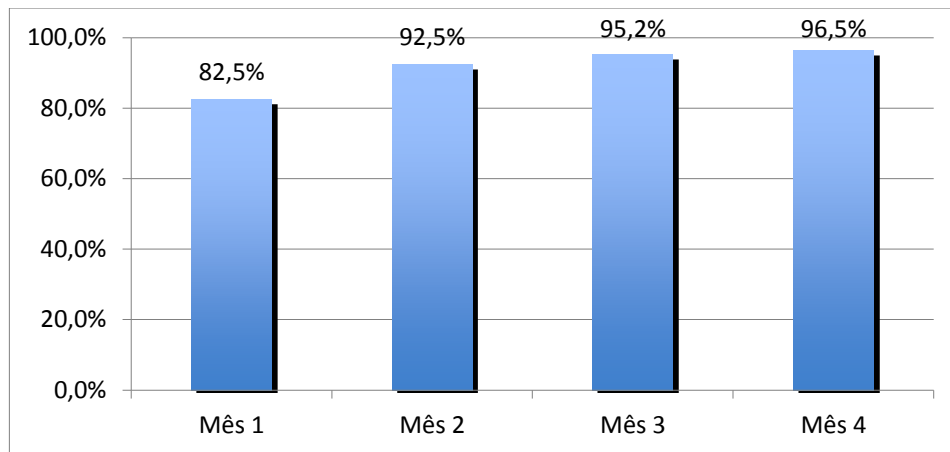


Figura 15_Gráfico : Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Mesmo com a intensificação da atualização dos registros dos exames no local específico, não conseguimos resgatar e atualizar as mulheres às quais já havia sido entregue o resultado do exame, por isso não alcançamos os 100%. Mas sem dúvidas, ações previstas no projeto tiveram grande êxito, pois conseguimos pactuar com as equipes o correto registro e atualização das informações nos locais específicos.

De forma semelhante podemos analisar a proporção de mulheres com registro adequado da mamografia, faço um adendo para a questão que este exame tem praticamente 100% de retorno com o resultado, isso favorece a atualização dos registros. Assim, embora ainda não alcançamos a meta estipulada, estamos próximos a ela (Figura 16).

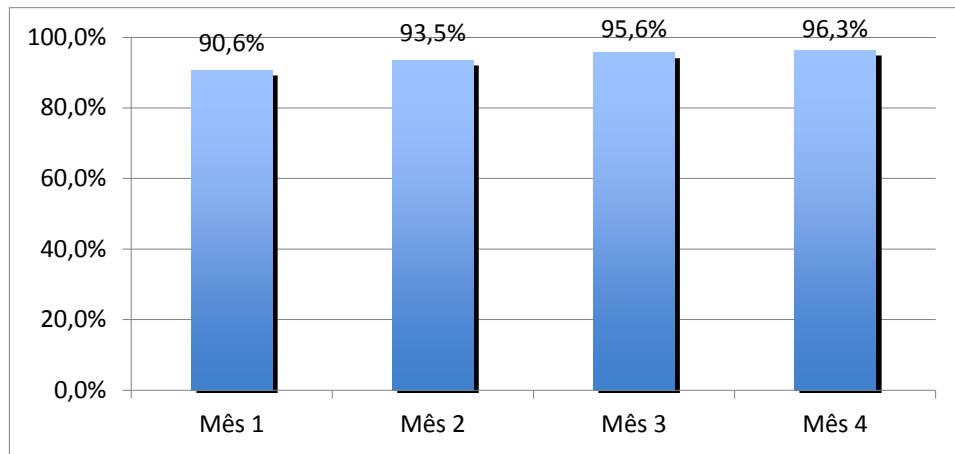


Figura 16_Gráfico : Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Acompanhando a Figura 16, vemos que no Mês 1 registramos 87 (90,6%) exames, já no Mês 2 duplicamos este número e, conseguimos registrar 231 (93,5%), no Mês 3, alcançamos 369 (95,6%) e, no Mês 4, chegamos a 494 (96,3%) exames registrado. Percebe-se que ao longo da intervenção o número absoluto de exames que não foram registrados adequadamente está decrescendo, no Mês 1 tivemos nove exames não registrados, no Mês 2, sete do mês anterior, no Mês 3, um do mês anterior e, no Mês 4, dois do mês anterior. Este fato está associado a incorporação a rotina de trabalho da correta forma do registro dos resultados dos exames.

No Objetivo 5 “Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama” tínhamos como meta 5.1 realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo. Para isso, foram propostos os seguintes indicadores:

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

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

Esses indicadores atingiram a proporção de 100%, ou seja, todas as mulheres atendidas na UBS no período da Intervenção tiveram estabelecida sua classificação de risco para o câncer de colo de útero e de mama.

A Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, durante os quatro meses do desenvolvimento da

pesquisa conseguimos manter os 100%, o que indica que as ações propostas de realização de classificação de risco nas consultas programadas e o adequado registro dessas informações foram incorporados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, o que sem dúvida auxiliará no acompanhamento e monitoramento das mulheres que apresentam risco elevado.

De forma semelhante podemos analisar a Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama, no qual também obtivemos uma proporção de 100% em todos os meses. Contudo, essa já é uma prática da UBS nas consultas de saúde da mulher e nos grupos educativos referentes ao tema sempre ocorre a realização do auto-exame das mamas, solicitação de mamografias das mulheres acima de 50 anos e a avaliação de risco. Assim, não foram encontradas dificuldades no que se refere a esse indicador.

Quanto ao Objetivo 6 “Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde” traçamos por meta 6.1 a orientação de 100% das mulheres cadastradas entre 50 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Para se atingir essa meta propomos os seguintes indicadores:

6.1 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs.

6.1a Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero.

6.1b Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de mama.

O indicador de Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs não alcançou a meta prevista e percebemos que ao longo dos meses há um discreto decréscimo da proporção (Figura 17), este fato está ligado ao contínuo aumento do denominador (número total de mulheres residentes no território que frequentam o programa na UBS).

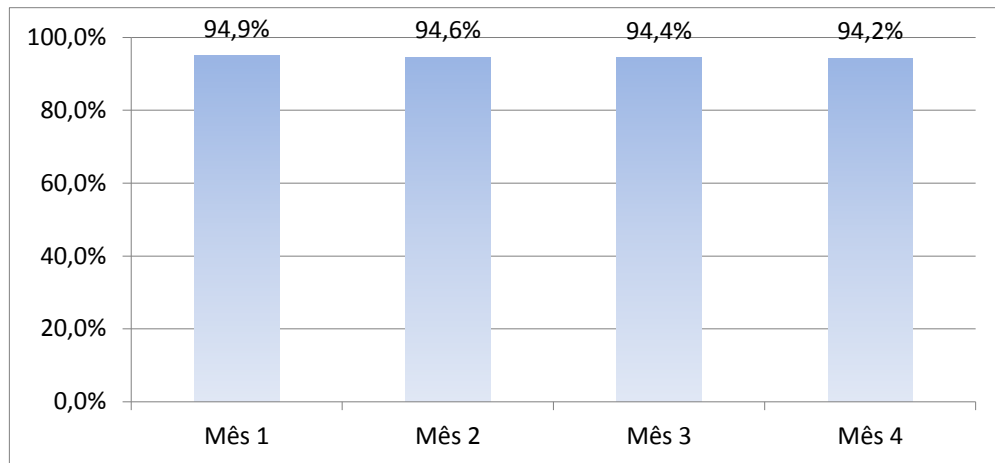


Figura 17_Gráfico: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

No Mês 1 verificamos que 94,9% (261) das mulheres que frequentam o programa receberam orientação sobre DSTs, no Mês 2, 94,6% (679), no Mês 3, 94,4% (1.070) e no Mês 4, 94,2% (1.439). Ao perceber essa discreta diminuição retornamos a planilha de coleta de dados e constatamos que em sua maioria as mulheres acima de 60 anos não recebiam orientação sobre DST, isso ocorre pois as mesmas referem não terem mais vida sexual ativa.

Já no indicador referente à proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero alcançamos os 100% em todos os meses da intervenção.

Dessa forma, constatamos que as ações previstas na metodologia do trabalho tiveram resultados favoráveis, como a capacitação e treinamentos realizados no início da intervenção com a equipe técnica foram cruciais para que conseguíssemos alcançar os outros fatores como a importância da orientação no momento da consulta sobre os fatores de risco passíveis de modificação, a atualização do prontuário eletrônico, a livre oferta de preservativos nos diferentes espaços da UBS e a participação nos grupos de caminhada, práticas corporais de relaxamento e dança.

No indicador de Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre os fatores de risco para o câncer de mama, também atingimos os 100%, e embora, ao longo dos meses haja o aumento do numerador (numero de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de mama) a proporção não diminui, se mantém constante. Assim, percebe-se

que as estratégias das ações influenciam diretamente este indicador e implicará diretamente, em um futuro próximo, na diminuição da mortalidade por câncer de mama, pois a tendência é a sua detecção precoce.

4.2 Discussão

O período de intervenção foi muito rico e desafiador. Rico, pois percebemos que sistematizando o processo de trabalho conseguimos quantificar e qualificar a assistência prestada à comunidade, e desafiador porque no início encontramos muita resistência e falta de colaboração dos profissionais, infinitos registros incompletos e prontuários desatualizados.

Contudo, a intervenção propiciou espaços de diálogo entre a gestão (sendo esta representada na figura da gerente da Unidade) e os profissionais, tendo a intervenção recebido apoio por parte da gerente com disponibilização do caderno de atenção básica, dados atualizados para alimentação da planilha de coleta de dados, distribuição de preservativos, liberação de profissionais para realização de atividades externas e espaço para capacitação e treinamento dos profissionais nas reuniões gerais da Unidade.

Também, conseguimos alcançar a adesão dos profissionais às formas de registros dos resultados e a atualização do prontuário eletrônico, o cadastramento da população-alvo e a buscaativa das mulheres com resultado alterado realizado pelos agentes comunitários de saúde. Firmamos parcerias com espaços ainda não conquistados fora da UBS, como foi o caso do centro espírita. Conseguimos resultados importantes relacionados à qualificação da assistência, como foi o caso de 100% das amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo do útero e o mapeamento de 100% dos fatores de risco para o câncer de colo de útero e mama nas mulheres acompanhadas no programa.

A intervenção exigiu uma reorganização no processo de trabalho de cada equipe, cada profissional incorporou suas atribuições à rotina. Assim, os agentes comunitários de saúde realizaram o cadastramento, o acolhimento, a buscaativa, divulgação e participação nas atividades educativas; médicos e enfermeiras

realizavam o acolhimento da demanda espontânea e programada, a coleta do preventivo, solicitação de mamografia, registros dos resultados no prontuário eletrônico, tratamento e acompanhamento das alterações. Os encaminhamentos a atenção secundária eram realizados exclusivamente pelos médicos e o monitoramento dos resultados, periodicidade dos exames e adequabilidade das amostras foram feitos pela enfermeira de cada equipe.

Também, propiciou momentos de capacitação, treinamento e atualização profissional, assim como mostrou a equipe que trabalhando juntos podemos alcançar resultados cada vez melhores.

Antes da intervenção tínhamos uma cobertura de 45% para a detecção precoce do câncer de colo de útero, conforme constatamos na Análise Situacional, mas não havia como garantir a qualidade dessa informação, agora que os registros são realizados nos locais corretos conseguimos compilar esses dados e monitorá-los.

Para a detecção precoce do câncer de mama não existia nenhum tipo de registro na Unidade, conseguimos implantar um registro específico em cada equipe e a alimentação do prontuário eletrônico como ferramenta de auxílio para acompanhamento dessas mulheres.

As capacitações e treinamentos se tornaram verdadeiros momentos de troca de conhecimentos, pois havia participação dos profissionais e até chegávamos a discutir alguns casos.

O acolhimento à demanda espontânea para a entrega de resultados, também propiciou a agilidade no diagnóstico e tratamento e diminuiu as marcações de consultas para mostrar exame.

Após a realização de discussões com os atores sociais da comunidade (associação de moradores, creches, escolas e igrejas) para apresentação do projeto e a importância da detecção precoce das patologias em tela para a diminuição da mortalidade por estes cânceres, houve maior adesão das mulheres para a coleta do preventivo e na busca dos resultados.

Apesar da intensificação na atualização dos registros, ainda há um grande número de mulheres descobertas vamos continuar a buscar essas mulheres para assim, de fato, melhorarmos a assistência à saúde, e conseqüentemente a qualidade de vida da população adscrita da UBS.

Analiso que se fosse realizar a intervenção neste momento, discutiria com a equipe técnica qual seria a melhor ação programática para fazer a intervenção, pois essa escolha foi particular de acordo com as necessidades que eu percebi e em reunião com a minha equipe, talvez por isso, encontrei resistência de alguns profissionais no início da intervenção.

Envolveria os técnicos de enfermagem, os agentes de vigilância em saúde e a equipe de saúde bucal com atribuições específicas para auxiliarem no processo de melhoria dos indicadores de saúde da UBS, pois estes profissionais não tiveram grandes envolvimento na intervenção.

Argumentaria com o orientador pedagógico a possibilidade de desenvolver a ação com apenas uma ou duas equipes, pois trabalhar com a Unidade toda gerou um universo de mulheres das quais foi em sua maioria impossível alcançar as metas estabelecidas. Ou talvez, repassaria as metas, pois no momento de definição das mesmas considerei como parâmetro as estimativas do Caderno de Ações Programáticas, o que não estava compatível com a realidade da UBS.

Algumas ações já foram incorporadas a rotina do serviço de forma satisfatória, a proposta é que possamos frequentemente estar realizando discussões com a comunidade para que se reduza a evasão da busca dos resultados, manter a entrega dos resultados na visita domiciliar e eleger um profissional responsável pelo monitoramento da detecção precoce dos cânceres de colo de útero e mama.

Os próximos passos para melhorar a atenção em saúde no serviço será dar continuidade a ação programática iniciada para alcançarmos todas as metas estipuladas, bem como, incentivar os profissionais ao correto registro das informações e começar a intervenção em outras ações programáticas, como a assistência ao pré-natal e puericultura.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

A proposta pedagógica do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel é a “formação de equipes com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão e competentes para a formação de vínculo com a

população assistida”. Para isso, no início do curso fora feito uma Análise Situacional da Clínica da Família Fiorello Raymundo e tornou-se visível a necessidade de ações de intervenções na dimensão relacionada à saúde da mulher sob os aspectos do controle de câncer de colo uterino e mama, pois apesar de existir na Unidade o livro de registro para os exames citopatológicos, o mesmo estava desatualizado, e não havia nenhum registro para o câncer de mama. Embora, no prontuário eletrônico haja campos específicos para esses registros, os mesmos não eram alimentados.

Assim, iniciamos um projeto de intervenção para a qualificação da atenção à saúde da mulher com ênfase nas ações para prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero (para mulheres de 25 a 64 anos de idade) e de mama (para mulheres de 50 a 69 anos de idade) da área de abrangência da UBS.

Para isso, traçamos os seguintes objetivos específicos: 1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo do útero e do câncer de mama; 2. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia; 3. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de saúde; 4. Melhorar registros das informações; 5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama; 6. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde.

E, para se alcançar esses objetivos traçamos as seguintes metas: 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 90%; 1.2 Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos de idade para 70%; 2. Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a Unidade de Saúde; 3. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino; 4. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da Unidade de Saúde; 5. Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo; 6. Orientar 100% das mulheres cadastradas entre 50 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Como referencial bibliográfico do projeto adotamos o Caderno de Atenção Básica nº 13 do Ministério da Saúde do ano de 2013, o qual foi disponibilizado em cada consultório de atendimento, após a realização de treinamentos de capacitação e atualização profissional do tema em tela.

Depois de estabelecido contato com a associação de moradores, creches, escolas e igrejas da área de abrangência da Unidade, apresentamos o projeto esclarecendo a importância da detecção precoce do câncer de colo uterino e mama, e realizamos diversas atividades educativas com a comunidade, as quais tiveram bastante participação popular.

O período de intervenção durou quatro meses e utilizamos alguns instrumentos para acompanhamento, o monitoramento e avaliação do trabalho que foram elaborados pela referida instituição de ensino (UFPEl), denominados “Planilha de Coleta de Dados para o Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama” e a “Ficha Espelho Câncer de Colo de Útero e Mama” que fora elaborada pelo Ministério da Saúde. Também foram utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários familiares “Ficha A” do SIAB utilizadas para cadastro e acompanhamento das pessoas da área de abrangência da UBS. Utilizamos também os registros específicos da coleta de citopatológico e das solicitações de mamografia, livro de registro de eventos e grupos educativos e o prontuário eletrônico.

Os dados foram alimentados pelo médico ou enfermeira de cada equipe, e a organização e monitoramento dessas informações fora realizado pela autora do projeto mensalmente identificando resultados alterados e fazendo busca das mulheres faltosas, adequabilidade das amostras de exames coletados, os registros corretos e avaliação de risco.

Nossa UBS possui uma população de 25.729 pessoas cadastradas na área adscrita, sendo 7.776 (30,2%) mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e 3.388 (13,1%) mulheres entre 50 e 69 anos. Antes da intervenção, de acordo com o levantamento de dados realizado na Análise Situacional havia 3.488 mulheres da população-alvo com exame em dia para a detecção precoce do câncer de colo de útero, ou seja, havia uma cobertura de cerca de 45%, mas não tínhamos como garantir a aferição da qualidade destas ações. No final da intervenção conseguimos alcançar mais 1.528 mulheres entre 25 e 64 anos, assim ampliamos a cobertura para 64,5%, em 16 semanas de intervenção.

Quanto à cobertura de prevenção do câncer de mama não havia registro para compararmos quantas estavam com o exame em dia, mas ao final da intervenção atingimos 498 mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos, alcançando uma cobertura de 14,7%.

A melhoria na adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia foi bem satisfatória, e podemos atribuir isso a algumas ações como: o acolhimento das mulheres-alvo, a busca ativa das mulheres com resultado alterado, o novo fluxo para a realização da laqueadura tubária fixado pela prefeitura, onde só é possível realizar a cirurgia quem está com o preventivo atualizado, o envolvimento dos grupos existentes na clínica na temática (grupo de planejamento familiar e artesanato); atividades educativas extramuros, facilidade na marcação e realização das mamografias, agilidade nos resultados dos exames, facilidade na entrega desses resultados e novo fluxo de acesso do usuário ao profissional de saúde para avaliação e conduta perante os resultados.

Alcançamos 100% na adequabilidade das amostras do exame citopatológico melhorando a qualidade do atendimento das mulheres que realizam a detecção precoce de câncer de útero.

O registro das informações para os cânceres de colo de útero e mama atingiram mais de 96%, ou seja, a adesão dos profissionais em manter atualizados os registros específicos e o prontuário eletrônico está sendo bem sucedida, e com isso podemos monitorar os resultados alterados e facilita a busca ativa.

Todas as mulheres atendidas na UBS no período da Intervenção tiveram estabelecida sua classificação de risco para o câncer de colo de útero e de mama, dessa forma alcançamos 100% do mapeamento das mulheres de risco.

Visando promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde, conseguimos orientar 94,2% das mulheres entre 25 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis e 100% das mulheres receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Uma das grandes dificuldades encontradas no desenvolvimento do projeto foi à falta de registro das informações e a resistência dos profissionais em atualizar o prontuário eletrônico, pois isso impossibilita a quantificação e qualificação dos indicadores de saúde da Unidade.

Apesar da intensificação na atualização dos registros, ainda há um grande número de mulheres descobertas vamos continuar a buscar essas mulheres para assim, de fato, melhorarmos a assistência à saúde, e conseqüentemente a qualidade de vida da população adscrita da UBS.

Para isso, contamos com contínuo apoio da gestão com espaços de educação permanente, disponibilização de preservativos e folders educativos, maior flexibilidade nas agendas dos profissionais para realização de atividades internas e externas e participação nas ações e encontros com os atores sociais da nossa comunidade.

O desenvolvimento desta intervenção foi sem dúvida um grande desafio, mas também, um enorme crescimento da Unidade frente às solicitações do Ministério da Saúde, e as demandas de saúde da população, assim como propiciou uma melhoria (reorganização) no processo de trabalho da equipe e também, uma nova forma de se pensar a saúde no nosso processo de trabalho individual.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Pensando em melhorar a atenção à saúde da mulher na nossa comunidade e vendo o aumento dos casos de cânceres de mama e colo de útero no Brasil, iniciei um projeto de intervenção, no período de novembro de 2013 a março de 2014, com ações para prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero para mulheres de 25 a 64 anos e de mama para mulheres de 50 a 69 anos, ou seja, as mulheres com idade que apresenta maior risco de desenvolver a doença.

Essa ação ajudará o rápido diagnóstico dessas doenças nas mulheres da nossa comunidade, e assim, mais rapidamente conseguiremos fazer o tratamento, que em alguns casos é feito aqui mesmo na Unidade, e evitar que a doença se agrave.

Durante quatro semanas realizamos diversas atividades com a população de sensibilização e conscientização da importância do diagnóstico precoce dessas doenças para um melhor resultado do tratamento. Além disso, houve intensificação no cadastramento das mulheres, facilidade no acesso (demanda espontânea) para

realizar o exame citopatológico, pegar o resultado e mostrá-lo ao profissional de saúde; agilidade na marcação dos exames de mamografias; atualização do prontuário eletrônico com os resultados dos exames.

Com essas ações conseguimos realizar a coleta do preventivo em 1.528 mulheres (19,7% da nossa população), e assim, aumentamos nossa cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero para 64,5%, mais da metade da população já está rastreada para esta doença. E, vamos continuar as ações para conseguir os 100%.

Quanto à cobertura de prevenção do câncer de mama atingimos 498 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, alcançando uma cobertura de 14,7%. Contamos com a colaboração da comunidade na divulgação com os parentes, amigos e vizinhos da importância da realização do exame preventivo e a mamografia, e assim, conseguiremos rastrear todas as mulheres de nossa área.

Houve um aumento dos registros dos cânceres de colo de útero e mama no prontuário eletrônico, atingindo mais de 96%, isso facilita o monitoramento dos resultados alterados e a busca ativa das mulheres que não retornam a Unidade para saber o resultado.

Todas as mulheres atendidas na UBS no período da Intervenção tiveram estabelecida sua classificação de risco para o câncer de colo de útero e de mama, ou seja, foi feita a busca de algum fator que propicie o desenvolvimento das doenças.

Visando promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na Unidade de Saúde, conseguimos orientar 94,2% das mulheres entre 25 e 64 anos sobre doenças sexualmente transmissíveis e 100% das mulheres receberam orientação sobre fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Uma das grandes dificuldades encontradas no desenvolvimento da intervenção foi à falta de registro das informações e a resistência dos profissionais em atualizar o prontuário eletrônico, pois isso impossibilita a quantificação e qualificação dos indicadores de saúde da Unidade. Dessa forma, não tínhamos a real dimensão do nosso problema.

A participação da comunidade foi o fator primordial para que a intervenção acontecesse e fosse bem sucedida, esperamos que cada vez mais aumente o número de participantes nas ações, e esses sejam os multiplicadores das

informações. Dessa maneira, desejamos fechar um fluxo para o atendimento a saúde da mulher, pois a medida que a comunidade está bem informada ela procura a Unidade de Saúde para ser atendida e realizar seus exames, depois retorna para saber o resultado dos mesmos e já é informada quando haverá de realizar novos exames.

Assim, a comunidade está ajudando na incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço e na melhora da assistência a saúde prestada pela UBS.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Apesar de já ter realizado alguns cursos de curta duração na modalidade a distancia, ter optado em cursar a Especialização em Saúde da Família nesta modalidade foi completamente inovador e surpreendente, pois as angústias, ansiedades e preocupações com os horários de estudo e o medo do desenvolvimento de uma nova proposta de trabalho na minha UBS foram sendo substituídos pelas claras explicações das Orientações da Semana, pela presença contínua da orientadora no espaço DOE auxiliando no desenvolvimento das tarefas e sugerindo caminhos a percorrer e um grupo de estudo permanente e interativo nos Fóruns aproximou-me da diversidade da atenção à saúde nos diversos estados do Brasil.

As conversas nos fóruns proporcionaram momentos ímpares de interação e convivência, e acredito que é através dessa troca de experiências que há uma construção coletiva do conhecimento. E, o que era “à distancia” nos torna próximos em vivências semelhantes. Assim, o ambiente virtual não deixou a desejar em nada do ensino tradicional, e atendeu as minhas necessidades (tempo e distancia), pois em qualquer lugar e em qualquer momento estava em sala de aula.

A experiência da construção de um diário de campo ficou registrada não só em cada pagina escrita, mas marcado para sempre na minha vida, pois tive a oportunidade de refletir sobre as atividades desenvolvidas e as que ainda estavam para acontecer. Na verdade, era uma espécie de conversa e desabafo comigo mesma, esse foi sem dúvida o aprendizado mais relevante, era um exercício constante de reflexão.

Assim também, como as discussões em equipe e a participação da gerente da Unidade nas ações de intervenção foram enriquecedoras e fundamentais, pois embora descrito em diversas literaturas que os diferentes conhecimentos e experiências se completam, na turbulência de um cotidiano da atenção básica as vezes é impossível trabalharmos em equipe, mas com a proposta do curso e a adesão da maioria dos profissionais a essa proposta conseguimos resultados satisfatórios para a UBS.

Embora tenha encontrado algumas dificuldades pessoais (adocimento e falecimento de ente querido) para o desenvolvimento das atividades do final do

curso, a metodologia de ensino da UFPel e o apoio da orientadora ajudaram-me a não desistir, pois a construção parcial a cada semana do TCC facilitou a conclusão do produto final.

E no final desse estudo aprendi que a sistematização do processo de trabalho é essencial para organizarmos a assistência prestada à comunidade; a motivação por parte de todos os profissionais resulta no cumprimento de todos os objetivos e metas que traçarmos; a colaboração, a ética, a moral, a justiça social, a solidariedade, a equidade, o controle social e o amor ao próximo é o alicerce de cada um para que o Sistema Único de Saúde aconteça.


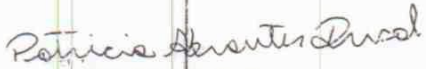
REFERÊNCIAS

1. <<http://200.141.78.79/dlstatic/10112/137240/DLFE-256059.pdf/1.0>> Acesso em 01 de julho de 2013.
2. <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>> Acesso em 02 de novembro de 2013.
3. <<http://redecapsdoriodejaneiro.blogspot.com.br>> Acesso em 01 de julho de 2013. (essa citação auxiliou na montagem do quadro 1)
4. <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=26>> Acesso em 03 de julho de 2013.
5. <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2731811>> Acesso em 01 de julho de 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

11. Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas / Carmen Lúcia Lobo Giusti... [et al]. - Pelotas, 2006.

ANEXOS

Anexo D Termo 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	
