

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde da mulher para prevenção do Câncer de colo de útero e de mama na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM

Ederly Hidalgo Avila

Pelotas, 2016

Ederly Hidalgo Avila

Melhoria da atenção à saúde da mulher para prevenção do Câncer de colo de útero e de mama na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Vanessa Tavares de Gois Santos

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A958m Avila, Ederly Hidalgo

Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher Para Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira /AM / Ederly Hidalgo Avila; Vanessa Tavares de Gois Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Mulher 4.Neoplasias do colo do útero 5.Neoplasias da Mama I. Santos, Vanessa Tavares de Gois, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha filha por seu amor, dedicação e por ser a fonte de minha vida.

Aos meus pais por seus exemplos.

Agradecimentos

A Universidade Federal de Pelotas por permitir a realização da especialização em Saúde da Família. Especialmente para minha orientadora Vanessa por sua ajuda no desenvolvimento ao longo do curso e apoio nos momentos difíceis que enfrentamos.

Resumo

AVILA, Ederly Hidalgo. **Melhoria da Atenção à Saúde da Mulher para prevenção do Câncer de colo de útero e de mama, na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM**. 2016. 82f. (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O objetivo desse trabalho foi ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em nossa área de abrangência. Trata-se de uma intervenção envolvendo a população alvo de faixas etárias de 25-64 anos para o câncer de colo e de 50-69 anos para o câncer de mama. As ações realizadas incluíram os eixos de monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e a qualificação da prática clínica. A adesão das mulheres aos programas e ao seu autocuidado melhorou com as atividades de promoção de saúde. Infelizmente, como não possuíamos registros fidedignos na UBS, não foi possível identificar as coberturas prévias à intervenção, assim, ao final de 12 semanas, a intervenção atingiu 134 mulheres (28,8%) com exame em dia para a detecção precoce do câncer de colo de útero e 19 mulheres (17,8%) com exame em dia para detecção do câncer de mama. Com amostras satisfatórias para o exame citopatológico de colo de útero, tivemos 75 mulheres (56%). As mulheres com citopatológico alterado foram 6 e delas, 4 não retornaram na unidade para conhecer o resultado (66,7%). As mulheres com mamografia alterada foram duas, as quais retornaram na unidade para procurar o resultado (0%). As 4 mulheres com citopatológico alterado que não retornaram para o resultado foi realizada a busca ativa (100%). O registro adequado do citopatológico foi realizado em 90 mulheres (57,3%) das 157 mulheres no programa e da mamografia foi feito em 19 mulheres (41,3%) das 46 mulheres no programa, um dos elementos que a intervenção favoreceu. Foram monitorados os resultados dos exames e acompanhadas na unidade aquelas usuárias com resultados alterados. A avaliação dos fatores de risco, com a busca de sinais de alerta em todas as mulheres em acompanhamento e as orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis foi realizada nas 157 mulheres que frequentavam o programa do câncer de colo de útero e nas 46 mulheres para o câncer de mama (100%) permitindo uma atenção de qualidade para a população alvo da intervenção. Embora não tenhamos conseguido atingir todas as metas pactuadas, entendemos que o Programa de Prevenção de câncer de colo de útero e Prevenção de câncer de mama não deve resultar no simples cadastro das usuárias, este tem que ser um processo contínuo de atendimento, acompanhamento e educação da população.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da mulher; programas de rastreamento; neoplasias de colo de útero; neoplasias da mama.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 a 64 anos com exame em dia para a detecção precoce do câncer de colo de útero. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014.....	56
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para a detecção precoce do câncer de mama. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014.....	57
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias para o exame citopatológico de colo de útero. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014.....	58
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014.....	59
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico do colo de útero. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014.....	61
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado da mamografia. São Gabriel da Cachoeira, AM, 2014...	62

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CREAM	Centro de Referência de Especialidades Ambulatoriais Médicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISColo	Sistema de informação do Câncer do colo de útero
SispreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado Amazonas

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	39
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão.....	65
5 Relatório da intervenção para gestores.....	69
6 Relatório da intervenção para a comunidade.....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências	77
Anexos	78

Apresentação

O câncer de colo de útero é considerado uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, sendo considerado problema de saúde pública e representando a segunda causa de morte feminina por neoplasia, após o câncer de mama.

No Brasil os indicadores de incidência do câncer são considerados elevados, diversos programas e estratégias tem sido implementados objetivando controlar a incidência destas neoplasias, já que, o conhecimento atual no meio científico já está definido os fatores de risco, estádios e evolução.

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família como parte do Programa Mais Médicos Brasil. Foi realizada uma intervenção na unidade básica de saúde Dr. Geraldo Siqueira do município São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas, tendo como foco a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama com objetivo de melhorar a atenção à saúde da mulher. Foi realizada durante 12 semanas, conformadas em 4 unidades de estudo, a primeira foi a Análise Situacional, a segunda a Análise Estratégica com a realização do projeto de intervenção, a terceira trata-se do relatório da intervenção. Na quarta unidade foi realizada a avaliação da intervenção com a reflexão crítica do processo de aprendizagem. No final do volume encontram-se as referências e os anexos utilizados na intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa UBS se chama Dr. Geraldo Siqueira, está no centro de município São Gabriel da Cachoeira, do estado Amazonas, em área urbana, é um local adaptado que antes foi uma casa de família e se tornou Unidade de Saúde. Para chegar na unidade as pessoas que moram perto vem a pé, mas outras tem que pegar uma lotação. Eu trabalho há 4 meses, hoje a prefeitura do município tem um projeto de melhoria das condições estruturais, pois precisa do incremento de mais de um local para as atividades que nela são feitas. A UBS tem uma rampa na lateral para as pessoas com deficiência física porque o acesso a ela é por uma escada na frente.

Como parte das ações de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) conta com um fonoaudiólogo e uma nutricionista, que pertencem ao NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), fazem consulta uma vez por semana. A área de abrangência da unidade possui 4.715 usuários, na nossa equipe estão cadastrados 2.204, tem maior população urbana que rural, mas ainda assim tem população que mora muito distante e são as populações mais carentes de recursos. Sua estrutura física está composta por: pequena sala de recepção, uma de espera com bancos para os usuários, dois consultórios médicos, uma sala de triagem e curativos, um consultório de enfermagem. Tem uma farmácia, duas salas de odontologia, um local para vacina e um laboratório pequeno. Além de uma cozinha e dois banheiros. Para o processo de esterilização tem uma estufa, tem recolhimento de lixo especial.

São duas equipes de trabalho que a integram: dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde (ACS). Tem dois odontólogos acompanhados por dois auxiliares de odontologia e dois técnicos de saúde bucal, uma farmacêutica, um técnico de laboratório e uma auxiliar de serviços gerais que faz a limpeza da unidade, e dois administrativos.

Em relação à organização do trabalho na UBS, agora começou-se a fazer o planejamento com a participação de toda a equipe porque antes não tinha essa organização, temos atendimento à demanda espontânea todos os dias, de manhã e de tarde das sete da manhã até onze horas, e das treze até dezessete horas, quando nossa agenda está completa são encaminhados para a enfermeira, se a doença não for grave, os agendamentos são feitos na terça, quinta e sexta feiras para atendimento de grupos priorizados como idosos, hipertensos, diabéticos, grávida, crianças, assim como a realização do Papanicolau para a pesquisa do câncer do colo de útero.

Os procedimentos mais realizados são: curativos, nebulização, suturas e retirada de suturas. Utilizamos além dos prontuários outros registros como: atendimento básico diário, fichas de notificação de doenças transmissíveis, termos de referência, etc. As visitas domiciliares são às segundas feiras pela manhã como rotina são 5 visitas, em que além do atendimento aos usuários, fazemos atividades educativas em relação a doenças, fatores de risco, importância de saneamento ambiental, mudanças de estilos de vida que ajudem a melhorar qualidade de vida da população. Para fazer a visita domiciliar sou acompanhada por um técnico de enfermagem, pelos agentes comunitários de saúde que atendem a micro área a visitar, temos um transporte que a secretaria de saúde disponibiliza para os bairros mais longe.

Os exames laboratoriais são realizados no CREAM (Centro de Referência de Especialidades Ambulatoriais Médicas), mas os mais complexos tem que encaminhar para Manaus às vezes demoram até 3 meses ou mais. Casos graves são encaminhados para o hospital da guarnição que fica no município, tem cirurgião, ginecologista que agora faz atendimento na unidade às terças-feiras pela manhã, e um ortopedista que também faz atendimento em uma unidade de saúde do município.

No município tem conselho local de saúde, dele participa o gestor da unidade de saúde, fazem uma reunião mensal, mas faz pouco tempo de sua participação porque é nova essa função. Em relação aos trabalhadores a maioria deles é contratada, gostariam de melhor salário e de ter também boas condições para fazer seu trabalho.

Os materiais de consumo da unidade são solicitados pelo gestor da unidade à secretaria de saúde, de acordo com as necessidades além da manutenção dos equipamentos.

O trabalho dos agentes comunitários é muito importante, pois eles conhecem muito bem a população, seus costumes, condições de vida e econômicas assim como estilos de vida e os líderes da comunidade. Participamos em campanhas de promoção de saúde, por exemplo, saúde do homem, na pesquisa do câncer de próstata, feitas com a participação da secretaria de saúde do município.

No mês de dezembro do ano passado fizemos uma carreata por toda a cidade até os lugares mais isolados falando sobre a possibilidade que tem toda a população de fazer na unidade básica todos os testes rápidos para diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis como AIDS, Sífilis, Hepatites B e C, assim como uso da camisinha.

As relações das equipes de saúde no trabalho são adequadas, mas em algumas ocasiões temos limitações dadas pela estrutura física que apresenta a unidade, analisamos situações em coletivo referente a usuários, famílias e à comunidade, às vezes de difícil solução, com o fim de satisfazer as necessidade da população. Com nosso trabalho tentamos oferecer um serviço de melhor qualidade, além das dificuldades estruturais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Gabriel da Cachoeira está situado ao noroeste do estado do Amazonas. Com uma extensão territorial de aproximadamente 109.181,240 km², o território é cortado pela linha do Equador. Segundo o Censo realizado em 2010, sua população era de 37.890 mil habitantes sendo grande parte de origem indígena, distribuídos tanto na zona urbana como rural (IBGE, 2010).

A saúde no município está organizada em uma rede de atenção primária integrada por quatro unidades de saúde com sete equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família), um NASF que é integrado por nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Existe um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) para as cirurgias e prótese. Além do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), para atenção a problemas psicológicos, abuso álcool e drogas. Para a atenção hospitalar conta com

um hospital da Guarnição onde são referenciados os usuários para os serviços de emergência, internação, assim como a maternidade. As especialidades são Cirurgia, Ginecologia e Ortopedia. Não existe o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nem unidade de pronto atendimento. O transporte para o deslocamento dos usuários até o hospital melhorou nos últimos meses com a chegada de uma ambulância, porque antes só existia um carro que se utilizava com esse fim, sem as condições mínimas necessárias.

A unidade de saúde em que trabalho se chama Dr. Geraldo Siqueira, situada na área urbana no centro do município, tem vinculação com o SUS. Existem os programas de SispreNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), SISColo (Sistema de informação do câncer do colo de útero) para o citopatológico e HIPERDIA (sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos) para os usuários com hipertensão e diabetes. Além da coordenação para os usuários que precisam de encaminhamentos para as especialidades, exames laboratoriais, mamografias que o município não dispõe.

Na vinculação com instituições de ensino existe com a UEA (Universidade do Estado do Amazonas) instituição onde participamos de atividades de capacitação, temos trabalhadores da unidade fazendo a especialização em saúde coletiva. O modelo de atenção da unidade é da ESF (Estratégia de Saúde da Família). Tem duas equipes compostas por médico geral, uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, um odontólogo para cada equipe, falta técnico de enfermagem.

A unidade não tem a estrutura física ideal de uma unidade de saúde, é uma casa alugada pela prefeitura do município para prestar serviços à população, mas existe um projeto para sua construção. Tem o local pequeno de recepção com uma mesa e cadeiras, armário para arquivo de documentos, os prontuários são arquivados por família cadastrada, a sala de espera possui dois bancos com capacidade para acomodar 15 usuários. A sala de procedimentos fica junto com curativo e nebulização, tem um armário para documentos e uma vitrine para materiais e medicamentos que não são suficientes para tudo, possui balança para adulto e criança, uma maca e mesa de curativo, tem lavabo. Os consultórios são três que compartilham diferentes profissionais como, por exemplo, médicos, enfermeiros, ginecologista, fonoaudiólogo. Tem mesa e cadeiras para usuários e acompanhantes,

além de maca para exame clínico, um deles é onde se faz citopatológico e o consultório da ginecologista é o único com banheiro e lavabo.

Existe uma sala grande de odontologia, com duas cadeiras sem separação, com vitrine para os materiais, mesas e cadeiras para os profissionais, não tem escovódromo, possui um pequeno local onde se descontamina, lava e esteriliza o material, o compressor fica no lateral da unidade. Para melhorar essas dificuldades da estrutura da unidade tentamos aproveitar cada espaço e organizar as salas para que as atividades sejam mais bem feitas. Planejam-se as agendas dos profissionais de forma que os três consultórios possam ser utilizados pelos profissionais da unidade e os demais que oferecem seus serviços na mesma.

Os profissionais da unidade têm conseguido formar uma equipe de trabalho, existem boas relações entre eles, são disciplinados e pontuais. Hoje a equipe faz o trabalho com o enfoque mais multiprofissional, o curso ajudou a integração da equipe, quando cheguei cada um centrava-se em seu trabalho, de forma individual sem interagir com os demais. Atualmente temos feito o mapeamento da área de abrangência. Hoje a unidade conta com sinalização dos locais que não tinham, se fazem procedimentos como pequenas suturas, retirada de pontos, extração de corpos estranhos, curativos. Tem participação nas visitas domiciliares e acompanham os usuários que precisam em planos terapêuticos. Fazemos a notificação de agravos que acontecem na comunidade.

Nas atividades de educação em saúde planejadas na unidade, contamos com a participação ativa da comunidade, mas ainda falta criar os grupos de idosos, gestantes, hipertensos que a unidade não possui. Hoje existem dificuldades com a busca dos usuários faltosos às atividades programadas, na identificação de parceiros nas comunidades para conseguir um melhor controle social da população, além da promoção de saúde em espaços como associação de bairro, igrejas, etc.

Nossa população é a maioria de origem indígena, na área de abrangência da unidade temos 4715 habitantes (nossa equipe tem 2204 usuários cadastrados). Com predomínio do sexo feminino. A unidade conta com duas equipes com adequação do tamanho do serviço de acordo a área adstrita. A unidade também recebe usuários de comunidades indígenas que procuram atendimento, sem que isso seja um problema para o atendimento porque não é em excesso.

O acolhimento à demanda espontânea é um dos processos de trabalho que mostra hoje mudanças, antes os usuários tinham que procurar a unidade de manhã

muito cedo, para ter uma senha e às vezes já não alcançavam e voltavam para casa sem ser escutados, só depois das discussões em reuniões da equipe, analisando as formas de melhorar o trabalho, foi que decidimos que a atenção à demanda espontânea seria todos os dias e em todos os turnos, com a troca do modelo de acolhimento, que é feito pela enfermeira e agentes comunitários de saúde. O médico e a outra enfermeira ficam na retaguarda, a unidade não tem em geral excesso de demanda espontânea.

Além dessas mudanças existem dificuldades com o acolhimento porque o local onde se faz é pequeno, fica junto com o arquivo e administração, não tem a privacidade para a escuta individual, condição que em minha opinião é imprescindível para o acolhimento de qualidade.

Em relação à saúde da criança a unidade tem cadastrados 47 menores de um ano, deles são acompanhados 26 para um índice de cobertura de 55%, ainda precisa-se melhorar esse indicador. Oferecemos consultas de puericultura onde participam enfermeiras e o médico geral, tem disponibilidade do calendário de vacinas do Ministério da Saúde. São atendidos os problemas agudos em que as crianças são referenciadas aos serviços de outras especialidades, assim como para a internação hospitalar. O laboratório da unidade realiza exames de pesquisa de malária e filária para as crianças que necessitam. O serviço de odontologia também faz atendimento às crianças. Na região há também beneficiários do programa bolsa família.

A unidade não conta com os protocolos ou um manual técnico. As principais dificuldades são em relação à qualidade da consulta de puericultura, porque nem sempre são avaliadas as curvas de crescimento nem as ações para estimular o desenvolvimento da criança. Os registros da unidade não oferecem os dados que se precisa para preencher o caderno das ações programáticas, assim como falta também o monitoramento sistemático das ações planejadas. Não possuímos dados numéricos referentes aos seguintes indicadores: crianças com consultas agendadas e atrasadas em mais de sete dias, realização de triagem auditiva, vacinação em dia, avaliação em saúde bucal e orientações sobre prevenção de acidentes.

As consultas em dia apresentam um índice de 15% (4), índice baixo porque as crianças não comparecem com a periodicidade que estabelece o Ministério da Saúde. Conseguimos nestes últimos meses que um grupo de mães trouxesse as crianças para consulta de puericultura, trabalhamos também na melhoria da

qualidade das consultas. Um índice de 23% (6) foi encontrado em relação às crianças que nos primeiros sete dias de vida passaram pela primeira consulta de puericultura e o mesmo valor também se refere ao indicador de monitoramento do desenvolvimento na última consulta. Com relação ao teste do pezinho até sete dias de nascimento, 4% (1) das crianças realizaram-no; sobre o aleitamento materno exclusivo, 62% (16) das mães receberam tais orientações.

A atenção pré-natal da unidade oferece consultas a todas as grávidas duas vezes por semana em horários da manhã e da tarde, os profissionais como enfermeiras e a ginecologista têm conhecimentos dos protocolos para realizar os atendimentos, pela classificação de alto e baixo risco, além de que nós temos o caderno de atenção básica do pré-natal, que utilizamos para as consultas. Faz-se atendimento aos problemas imediatos ou agudos e os atendimentos são feitos por técnicos de enfermagem, enfermeiras, médico, ginecologista e nutricionista. Atualizam-se as vacinas, é feito exame citopatológico, atendimento odontológico, exames laboratoriais.

O indicador de cobertura para o pré-natal é de 45% (33 gestantes cadastradas), porque nem todas as gestantes são cadastradas. A maioria das grávidas 11 (73%) inicia o pré-natal no primeiro trimestre, o que considero que tem relação com parte das mudanças que a equipe está fazendo, ano passado predominava o 2º e 3º trimestre.

As consultas em dia mostram um percentual de 80% (12 gestantes) e não são um problema. São indicados os exames no primeiro controle para 93% das gestantes (14 gestantes), penso que se indica a todas, mas não aparece registrado na primeira consulta. Existiram dificuldades no preenchimento das vacinas porque não são registradas na ficha da gestante, nem nos prontuários, pesquisamos sobre o registro no local de vacinas, também não se coloca se a usuáries está grávida, por esse motivo não se tem dados sobre esses indicadores no Caderno de Ações. Podemos melhorar esse registro colocando no prontuário a atualização das vacinas, para conseguir vacinas em dia no cartão e, quando vem para o pré-natal, são levadas pela enfermeira no local de vacinas.

Prescreve-se sulfato ferroso a 100% delas (33 usuáries), mas penso que nas visitas domiciliares é um bom momento para verificar o uso certo e falar sobre a importância de tomar direto. O exame ginecológico não é feito em todas, apenas 3 gestantes (20%), pelo menos não é descrito nos registros. Outro indicador que teve

uma baixa porcentagem foi o de orientações sobre aleitamento materno em quatro delas com um percentual de 27%, não é registrado nos prontuários e em realidade é assim, pois percebemos quando fazemos consulta de puericultura e já existem crianças com aleitamento misto, então hoje estamos tentando nas consultas da gestante, nas visitas domiciliares, nas ações de educação em saúde, buscar que esse indicador melhore. Na atenção à saúde bucal tivemos dificuldades no preenchimento dos dados porque o consultório odontológico ficou fechado por roturas do compressor, por um tempo aproximadamente de dois meses, e os profissionais estão prestando serviços em outras unidades.

As ações de atenção ao puerpério são ofertadas a 23 usuárias com uma cobertura de 49%. Com relação à consulta antes de 42 dias pós-parto e consulta puerperal registrada temos cinco usuárias com igual percentual de 22% para cada indicador de qualidade, número baixo. O indicador de qualidade que mostrou melhor desempenho foi o de orientações sobre aleitamento materno exclusivo com 7 usuárias para 30%. As orientações sobre planejamento familiar respondem a 6 usuárias por 26% e orientações sobre cuidados básicos com o recém-nascido, 17%. Com relação aos exames das mamas, apenas 6 para 26% das puérperas tiveram esse exame realizado, o abdome foi examinado em 5 para 22%, e o exame ginecológico em apenas em 3 para 13%. Registros sobre estado psíquico da puérpera e avaliação quanto a intercorrências não foram encontrados para preenchimento do Caderno de Ações.

Em relação ao câncer de colo de útero, em nossa unidade realiza-se exame citopatológico, existe um livro para o registro dos mesmos. No indicador de cobertura tem 147 mulheres acompanhadas para prevenir o câncer de colo de útero, totalizando 32%, baixo índice considerando a importância desse exame para detecção precoce da doença.

Hoje em cada consulta que fazemos a nossas mulheres procuramos sua realização e quem não tem feito, já sai com o agendamento para sua realização e temos mulheres que conseguimos que fizessem pela primeira vez em sua vida, mas nem todas compreendem, nem querem fazer, então o planejamento de ações de educação em saúde é importante para trazer as mudanças do pensamento sobre esse exame. Os indicadores de qualidade, nem todos os dados foram encontrados nos registros como, por exemplo: número de mulheres com exame citopatológico em dia; número de mulheres com mais de 6 meses de atraso; com avaliação de risco

para o câncer de colo de útero; que receberam orientação de DST; nem com exame citopatológico com células representativas da junção escamocolunar.

Com exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterados temos o percentual de 1%, 2 mulheres, que são acompanhadas em consulta especializada em Manaus. Com as amostras satisfatórias temos 66 mulheres, um total de 45%.

Os resultados dos exames no ano passado e os primeiros meses desse ano, a maioria não chegou na unidade e outros demoravam demais, como consequência muitas nos falavam no consultório que não fizeram, agora existe melhoria na chegada dos resultados. Considero que todos os trabalhadores da unidade possam ajudar na conscientização de nossas mulheres, porque hoje os principais são o médico geral e a enfermeira, mas deveriam ser em todos os serviços que a mulher solicita.

Em relação ao rastreamento do câncer de colo é oportunístico, quando chegam a nosso consultório ou ao consultório de enfermagem, porque não está dirigido às mulheres com o risco maior. A unidade não tem o protocolo disponível como material de consulta, embora os profissionais conheçam as orientações do programa. Penso que o registro de procedimentos começou com nossa pesquisa para preencher os dados, assim como a avaliação que antes não existia.

Ao refletir sobre o câncer de mama, a unidade não dispõe de protocolos, porém os profissionais têm conhecimento das orientações sobre o programa. No indicador de cobertura o número de mulheres registradas, acompanhadas para prevenir o câncer de mama, é 15 o que representam 14%. Obtivemos esse valor só com a revisão das folhas da produção, porque não tem outro registro delas. Nos indicadores de qualidade, só encontramos o número de mulheres com mamografia em dia: 4 mulheres, que representa 27% (recolhidos dos prontuários clínicos). O número de mulheres com orientação sobre a prevenção do câncer de mama foi de 50, mas nem todas correspondiam à faixa etária preconizada, dados que foram obtidos de uma palestra feita na unidade de saúde no mês de maio, onde reunimos as mulheres e mostramos como fazer o exame das mamas, os fatores de risco, reconhecer os sinais e sintomas do câncer; porém nem todas fazem acompanhamento na unidade. Não foram esses dados colhidos em documentos na unidade e não estão no preenchimento do Caderno de Ações pela falta de registros oficiais.

Não existe registro dos indicadores de número de mulheres com mamografia com mais de 3 meses de atraso, nem com avaliação para a prevenção de risco de câncer de mama. A mamografia não é feita no município, temos solicitadas 9 nesse ano (de nossas folhas de produção diárias), para sua realização encaminhamos as usuárias pela secretaria de saúde, a Manaus onde são agendadas, mas demora para a realização. Já teve uma mulher que retornou sem fazer o exame por dificuldade em Manaus, mas conseguimos que fizesse, porém já está tudo pronto para a realização no município da mamografia para todas as mulheres, serão feitas no hospital da Guarnição seguindo as orientações da secretaria de saúde do município oferecidas esta semana, as mulheres não terão mais que viajar até a capital.

Nas consultas que nossas mulheres procuram por diferentes causas, aproveitamos para orientar sobre como fazer o autoexame das mamas e, nas atividades educativas, orientamos sobre a importância de sua realização, assim como falamos sobre alimentação saudável, evitar o aumento de peso, mostramos para elas seu índice de massa corporal e os riscos do sobrepeso para a saúde, assim como da obesidade. Nossa população consome muitos alimentos como carboidratos, açúcar, é difícil para a maioria o consumo de verduras, legumes, frutas, pois na região é carente e quando tem no mercado, nem todos podem adquiri-las. Além de pouca prática de exercícios físicos. Existe um grupo de mulheres na comunidade que faz dança no local de uma escola, mas não é suficiente. Não possuímos dados também sobre o percentual de mulheres que recebem orientação sobre prevenção de câncer de mama na unidade.

O rastreamento é oportunístico, fazemos nas consultas praticamente todos os dias, mas antes só ficava no prontuário, agora tem a oportunidade de preencher em novo registro. Os profissionais que fazem o rastreamento são o médico clínico geral, ginecologista e a enfermeira. Na unidade não tem protocolos de controle do câncer de mama, nem tem registros para os resultados da mamografia, existe dificuldade com o planejamento e controle do programa. Os principais problemas são no planejamento e controle das ações para o melhor controle dos programas de câncer de colo de útero e mama. Demora para que o resultado dos exames fiquem prontos. Apenas é realizado rastreamento oportunístico.

A unidade deve garantir os registros das ações com qualidade, organizar as ações com participação da comunidade, melhorar a gestão para a realização e entrega dos resultados dos exames.

Na UBS temos o cadastro dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), doenças com alta incidência e mortalidade no mundo. Planeja-se um turno na semana para o atendimento dos usuários, além de fazer acolhimento quando precisam por problemas agudos.

No cuidado deles estão envolvidos os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, médico geral, enfermeira, nutricionista, técnico de enfermagem da sala de vacina, odontólogo. Não existe na unidade protocolos das doenças disponíveis para a consulta dos profissionais.

Nos atendimentos são avaliados queixas, estado clínico, medicação em uso, fatores de risco, sobretudo cardiovascular, que antes não foi realizado, mas nem sempre pode ser realizado com a qualidade que precisa por falta de exames laboratoriais como creatinina, microalbuminúria, lipidograma. Outra dificuldade é na assistência regular dos usuários na unidade de acordo com o planejamento das consultas, eles faltam e só reaparecem quando corresponde o cadastro ou estão doentes. Os ACS tem necessidade de esfigmomanômetro e de glicosímetro para a realização da pesquisa de HAS e DM porque não é suficiente a visita domiciliar que fazemos em conjunto, precisa-se de outro espaço para a pesquisa ativa em famílias ou usuários de risco.

Em relação à organização dos registros, a unidade conta com um arquivo para os prontuários, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e um registro de atendimento, mas não são revisados frequentemente. Deles obtemos os dados para o preenchimento dos cadernos, sobretudo dos prontuários clínicos.

As atividades de grupo para os usuários são insuficientes, são feitas palestras, mas não se aproveita outros espaços como salas de espera, local de vacina, laboratório.

A troca de gestor da unidade afeta o planejamento e avaliação das ações, assim como o processo de trabalho da equipe, porque já tem organizado e de repente outro novo gestor irá começar a conhecer a equipe, a população.

Em relação aos indicadores começamos pelos de HAS:

O indicador de cobertura é de 23% (92 usuários) baixo, a causa disso penso que seja porque não estão cadastrados todos os usuários da área, existe usuários

que permanecem muito tempo fora, nas comunidades, outras casas são alugadas por um tempo curto, assim eles ficam sem cadastro, também a falta de esfigmomanômetro afeta na realização e pesquisa da pressão arterial durante a visita realizada pelos ACS a cada família.

Para os indicadores de qualidade temos os seguintes resultados em relação à hipertensão:

Usuários com avaliação de risco cardiovascular são 52 com 57%, índice baixo porque o 100% deveria ocorrer, mas não existe em todos os prontuários registro desse resultado, além de intervenções para a prevenção do risco. Em nossos atendimentos começamos avaliação, mas nem sempre temos disponibilidade de exames para uma avaliação completa.

Com atraso na consulta agendada temos 17 com 18% dos usuários, é uma dificuldade que a equipe tem para trabalhar e melhorar esse indicador, com a revisão periódica dos usuários faltosos na semana e realização de busca ativa dos mesmos.

Com os exames laboratoriais em dia temos 41 com 45%, além das dificuldades que o município tem com os recursos e somente um laboratório, existe também morosidade de alguns usuários na realização deles.

Quando avaliamos os usuários com orientações sobre atividade física 53, 58% tem registro de realização dessas orientações, mas só em nossas consultas porque antes não tinha esse registro. Com orientações sobre alimentação saudável temos 78 um indicador de 85%. Considero que são indicadores que podem melhorar, já que temos nutricionista na unidade para trabalhar em relação à alimentação saudável.

Não foi possível o preenchimento dos dados da saúde bucal por falta de registro.

Os indicadores referentes ao diabetes mellitus são os seguintes:

O indicador de cobertura é de 29% (32), baixo índice para o estimado de acordo a nossa população de mais de 20 anos de idade, então a pesquisa dessa doença é deficiente devemos trabalhar nas famílias e pessoas de risco para realizarmos o diagnóstico precoce.

Os indicadores de qualidade mostram que a avaliação do risco cardiovascular foi realizada em 72% dos usuários (23), mas falta ter o 100% deles com sua

avaliação e as intervenções para diminuir as complicações que aumentam o risco de mortalidade.

Dos usuários diabéticos, 19% (6) faltaram à consulta planejada (mais de sete dias de atraso). Temos que educá-los para isso, não só a eles, mas também a suas famílias para que tenham responsabilidade com a saúde e, a equipe também deve ir em busca dos faltosos. Com exames laboratoriais em dia temos 59% (19), comportamento similar à HAS.

Em relação à qualidade do atendimento que inclui o exame clínico do usuário, com o exame físico dos pés nos últimos 3 meses temos 47% (15), baixo porque não encontramos nos prontuários registros anteriores a isso, só os feitos por nós. Com palpação dos pulsos e medida da sensibilidade dos pés temos 19% (6) para cada um desses indicadores de qualidade. Hoje estamos recuperando essa deficiência do exame físico, além de ensinar o cuidado com os pés e como reconhecer sinais de alterações que precisam de avaliação profissional.

Com orientações sobre atividade física regular tem-se (23) 72%, tem registro nos prontuários, sobretudo orientações para realizar caminhadas. Para 88% (28) dos diabéticos, foram repassadas orientações de alimentação saudável. Hoje a unidade conta com apoio do NASF, em que a nutricionista aconselha de acordo com a disponibilidade dos alimentos no mercado e as possibilidades reais do usuário, pois a maioria deles não tem os recursos econômicos para obter os alimentos ideais que são custosos. Dados referentes à saúde bucal dos diabéticos também não foram coletados pela falta de registros.

Considero as principais deficiências do programa HAS e DM na unidade as seguintes: Não possuir cadastro de todos os usuários com HAS e DM, dificuldade na gestão e planejamento das ações para cumprir com os objetivos do programa, falta de recursos para que a equipe possa realizar pesquisa dessas doenças, dificuldade na busca dos usuários faltosos e realização de poucas ações de educação em saúde com participação da comunidade.

A unidade pode melhorar o programa com estratégias primeiro de gestão e avaliação da implementação do programa, logo em seguida com a realização de atividades de educação em saúde em diferentes espaços da comunidade, igrejas, associação de bairros, formando grupos de hipertensos e diabéticos com obesidade, sedentarismo, fumantes, usuários de álcool; levando até eles estilos de vida mais saudáveis.

Temos a responsabilidade de atenção à saúde da pessoa idosa, para isso a unidade faz o cadastro delas, o indicador de cobertura mostra 77% (103), deve se conseguir que os 100% sejam acompanhados. Tem disponibilidade do calendário de vacinas, o laboratório oferece exames de pesquisa de Malária quando precisam. Também prestamos serviço odontológico, mas nem sempre é possível pelas dificuldades materiais.

Os indicadores de qualidade, nem todos foram possíveis preencher pela falta de dados nos registros e em prontuários. Temos dois idosos com caderneta (esse dado foi da informação oferecida pelos ACS), mas não existe registro da existência destas, agora temos um número que é insuficiente de caderneta, que desde que chegamos das férias estamos oferecendo a eles e preenchendo as informações que contem, assim como falando da importância de trazer sua caderneta em cada atendimento que seja feito na unidade e levamos o registro de quem já possui. A avaliação para morbimortalidade, avaliação de índice de fragilidade, avaliação multidimensional rápida e avaliação da saúde bucal não possui dados registrados.

Com acompanhamento em dia temos 57 um índice de 55%, baixo porque existem idosos que não vem a nossas consultas, então a equipe realiza as visitas domiciliares feitas pela enfermeira, os ACS e o médico geral. Com os resultados dos dados observados do Caderno iniciamos as visitas e, encontramos idosos que não tinham atendimento a mais de dois anos.

Com doenças como HAS e DM temos 61% e 22% (63 e 23 usuários) de pessoas idosas cadastradas, respectivamente, ainda falta a pesquisa de usuários que ficam sem conhecer que tem essas doenças e só quando apresentam uma complicação é que ficam cientes delas. Em relação às orientações sobre uma alimentação saudável temos um número de 54 (52%) registrado nos prontuários, hoje a unidade tem uma nutricionista do NASF que já está fazendo consulta, mas considero que podem ser levadas até a comunidade ações de educação em saúde porque nem todos conseguem chegar na unidade para consultas. Encontramos nas visitas domiciliares idosos que a alimentação não é ideal porque a família desconhece o oferecimento de acordo com a disponibilidade de alimentos, nem como prepará-los. As orientações sobre atividades físicas regulares mostram um indicador de 42% (43) de registro, baixo porque a maioria deles é sedentária e se apresentam doenças como HAS e DM, o risco cardiovascular aumenta.

Temos conseguido que alguns já façam caminhadas, encontramos com eles quando pelas manhãs quando vamos para a unidade de saúde. As principais deficiências do programa são em relação à gestão e controle das ações, falta de caderneta do idoso, deficiente qualidade na avaliação integral da pessoa idosa, não tem os registros completos para preencher os dados. A unidade pode realizar atividades de ação em saúde com participação social, melhorar a qualidade da atenção, aspectos que já estão sendo trabalhados para melhorar.

Refletindo sobre quais os maiores desafios são, em minha opinião, a vontade dos trabalhadores da unidade em por todo seu empenho para as mudanças que devem ser feitas. Outro é a estabilidade do gestor da unidade, ponto difícil porque os profissionais estão apenas por períodos curtos de tempo pelas características da cidade. Pobre participação da comunidade no controle social. Falta capacitação dos trabalhadores da unidade para implementação dos programas de saúde e da estratégia de saúde da família. Dificuldades com a estrutura física da unidade e a instabilidade com a disponibilidade dos recursos materiais.

Os melhores recursos que temos são boas relações de trabalho da equipe, confiança da população, e o apoio da secretaria de saúde para nosso trabalho.

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

Logo após o preenchimento dos Cadernos das Ações Programáticas fiquei surpreendida com diferentes aspectos que antes não tinha percebido, descrevo exemplos: no pré-natal não existe registro para as vacinas da gestante, as orientações sobre amamentação praticamente não foram dadas. No puerpério as mulheres não eram avaliadas, nem recebiam orientações sobre o recém-nascido. Na atenção à saúde da criança não se avaliava os parâmetros de crescimento nem desenvolvimento. Na atenção ao câncer de colo de útero e mama os exames citopatológicos em dia e as mulheres com mamografia em dia, não tinham registro na unidade. Na atenção à HAS e DM, a avaliação da estratificação de risco cardiovascular mostrou um percentual de 57% e de 72% respectivamente, com indicadores melhores. O exame físico dos pés do diabético apresentou percentual de 47%, também baixo pela importância da prevenção de complicações vasculares.

Na atenção à pessoa idosa a avaliação multifuncional e o índice de fragilidade não eram registrados na unidade.

Em relação ao texto da segunda semana de ambientação sobre a situação da EFS/APS no serviço e a análise deste relatório, a estrutura física é a mesma porque ainda não tem a nova unidade que deve ser construída, mas com a criatividade dos trabalhadores e ajuda da secretaria de saúde tem-se resolvido alguns problemas de espaços e materiais como iluminação, fechadura das portas dos locais, outro computador para a unidade.

Quanto à composição das equipes, que antes estavam completas, agora faltam um técnico de enfermagem (está prestando serviços em outra unidade de saúde), um odontólogo, porque um foi para outra cidade, deve chegar proximamente outro, e um agente comunitário de saúde. Temos uma ginecologista, um nutricionista que chegou há uns meses na unidade. No processo de trabalho pensávamos que antes só faltavam alguns aspectos, mas ao preencher os questionários e os cadernos, os indicadores mostram na sua maioria números baixos, e as ações e qualidades dos atendimentos precisam melhorar, assim como os registros das ações. Já estamos trabalhando em diferentes programas para as mudanças que devem ser realizadas.

Logo que apresentei à equipe, as questões referentes aos questionários, indicadores dos Cadernos, e a falta de registros, percebemos mudanças como por exemplos: o aleitamento materno, exame de mamas, orientações sobre alimentação e atividade física, exame físico dos pés, idosos com caderneta. Considero que ainda falta muito por fazer, mas as mudanças chegam com o tempo, não é fácil porque depende, como já falei antes, da vontade das pessoas e da capacidade do gestor para organizar e avaliar o processo de trabalho, mas tenho confiança em que possam ser feitas.

Em relação à gestão municipal, hoje há mais preocupação com os problemas que afetam a unidade, foram melhorados a privacidade de consultórios, iluminação de algumas salas, materiais para curativos, reparação do compressor, problemas que afetavam o serviço da unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Trabalhar no projeto de intervenção nos programas de câncer de colo de útero e Câncer de mama será importante, pois promoverá a influência e mudanças em indicadores que avaliam a saúde da mulher, sobretudo de nossa população que tem maioria de origem indígena, com muitos mitos e costumes sobre a realização do exame ginecológico, incluindo o citopatológico e o exame clínico das mamas, além da mamografia. Considero que essa ação programática tem hoje uma grande importância na Atenção Primária à Saúde (APS) com a avaliação na atenção à saúde da mulher na nossa região.

De acordo com Brasil (2013) a atenção básica é responsável por realizar as ações para o controle do câncer de colo de útero e de mama, como porta de entrada da usuária ao sistema de saúde. Nossa responsabilidade como equipe está na detecção precoce, permitir o acesso do usuário aos procedimentos clínicos como exame das mamas, aos meios de diagnóstico como exame citopatológico e mamografia. Realizar o rastreamento da população pertencente à área de abrangência, acompanhar o usuário com resultados positivos para o tratamento, assim como quem precisa de cuidados paliativos, com apoio psicológico. Além disso, o planejamento e realização de atividades educativas que permitam adesão da mulher ao exame citopatológico e exame clínico das mamas, juntamente com as demais ações, promoverão melhorias nos indicadores de qualidade da atenção às usuárias da unidade.

A área de abrangência da UBS Geraldo Siqueira tem 4.715 habitantes, nossa equipe tem responsabilidade por 2.204 cadastrados, a população alvo de nossa ação programática (temos a estimativa de 466 mulheres para a ação do câncer de colo de útero e 107 mulheres para a ação do câncer de mama) é na sua maioria de

origem indígena, com diferentes ideias, concepções sobre a saúde, além de ter população procedente de outras regiões do Brasil que se fixaram na região para colocar negócios no comércio, e outras que só ficam por um tempo curto, já que vem para prestar seus serviços como militares ou são familiares deles.

Existem preconceitos sobre a realização do exame citopatológico, por exemplo, têm mulheres que não tinham feito em sua vida, outras negam a possibilidade de fazer quando oferecemos para elas a sua realização, mas temos conseguido que outras aceitem. Existem dificuldades com a qualidade da atenção porque os resultados do exame citopatológico demoram para chegar na unidade, já que não é realizado no município. As mamografias estavam sendo feitas em Manaus e as mulheres tinham que viajar até lá, e desistiam, não se realizava o rastreamento de acordo com os protocolos. Em cada consulta que a mulher procura, orientamos a necessidade de realizar o citopatológico, quem aceita, já sai da unidade com o agendamento para sua realização, realizamos exame das mamas como parte do exame físico, embora não procure a unidade por essa causa, acolhemos a mulher que busca atendimento.

Temos planejado uma palestra para estimular o conhecimento sobre o câncer de colo de útero e mama, como atividade coletiva, que já está sendo feita em cada consulta da unidade, assim como nas visitas domiciliares, orientações sobre a importância da realização do exame citopatológico e de autoexame das mamas. Além do aconselhamento sobre a diminuição do sedentarismo, o acompanhamento das mulheres com obesidade pela nutricionista.

Com a implementação do projeto de intervenção na nossa unidade, a atenção à saúde da mulher melhorará, e a qualidade de vida da mesma também. Após a apresentação da escolha do foco da ação, a equipe mostrou interesse, ofereceram ideias de como fazer determinadas ações, melhora dos registros já realizados e início dos que não tinham feitos. Considero que temos como dificuldades a organização de ações educativas na comunidade, a chegada dos resultados do citopatológico, e com relação às características culturais da população.

Para a realização da intervenção contamos com apoio da secretaria de saúde e o responsável pela atenção básica. A saúde da mulher pode melhorar com a educação sobre autoexame de mama, detecção precoce de sinais clínicos, com a avaliação de risco e busca em idades mais jovens, com o acompanhamento dos resultados positivos detectados; todas essas ações proporcionarão melhores

indicadores e conseqüentemente trarão benefícios e melhor qualidade de vida para nossas mulheres.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da mulher, na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira/AM, com foco à prevenção do câncer de colo de útero e ao câncer de mama.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas:

1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 70%.

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 60%.

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

Meta:

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

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

Metas:

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

Metas:

5.1. Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

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

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

Metas:

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

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

2.3 Metodologia

Detalhando as ações que ocorrerão no decorrer da intervenção com foco na atenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama na UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira, no município de São Gabriel da Cachoeira/AM; relataremos cada ação a ser implementada na unidade para que sejam atingidos os objetivos do projeto. Serão ações que englobarão os quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na referida Unidade de Saúde da Família (USF) do município.

2.3.1 Detalhamento das ações

Com relação ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama.

Metas:

1.1 Ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer do colo de útero nas mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade a 70%.

1.2 Ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer de mama nas mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade a 60%.

Ações:

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

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

Serão avaliadas a cada mês as evidências do cadastramento das mulheres da população alvo pelos ACS, observando registros da unidade e verificado cada mês o controle de comparecimento das mulheres para a coleta do exame citopatológico na unidade e também para a realização do exame clínico das mamas ou a mamografia segundo o protocolo.

- Acolher todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade que demandem a realização de exame citopatológico de colo uterino na unidade de saúde (demanda induzida e espontânea).

Deve-se informar e esclarecer a todas as mulheres que chegam até a UBS sobre a oferta e a importância do exame citopatológico com idade de 25 a 64 anos. As ações serão feitas pela equipe de acolhimento do dia. Também será ofertada a realização do exame citopatológico a todas as mulheres que procuram os diferentes serviços da unidade, na faixa etária de risco.

- Cadastrar todas as mulheres de 25 e 64 anos de idade e de 50 e 69 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde. Será feita a identificação e cadastramento pelos ACS das mulheres que se encaixam nos critérios para a realização do exame citopatológico por meio da visita domiciliar. Também será realizada busca ativa das mulheres que estão com atraso na realização do exame citopatológico, será realizada pelos ACS na comunidade.

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

A equipe oferecerá acolhimento em cada turno de trabalho e possibilidade de realização de mamografia a toda mulher que chega a nossa unidade, nessa faixa etária.

Com relação ao eixo de engajamento público, serão implementadas ações como: esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, sobre a periodicidade preconizada para a realização do exame citopatológico do colo uterino; sobre a importância da realização de mamografia, do autoexame das mamas, da periodicidade do exame segundo protocolo pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Realizaremos a cada mês palestras em diferentes espaços da UBS e na comunidade sobre a importância da realização do exame citopatológico, mamografia e exame das mamas nessas faixas etárias; identificaremos na comunidade parcerias que ajudem na divulgação da importância da realização do exame preventivo, divulgação do conteúdo do programa de prevenção do câncer de colo uterino na comunidade com utilização da rádio local. Faremos divulgação do programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama na comunidade por meio de materiais impressos/folhetos educativos. As mulheres também serão orientadas em

cada consulta que ela procurar a unidade, sobre a importância da realização destes exames.

Para o eixo de qualificação da prática clínica, será feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para o acolhimento às mulheres nas faixas etárias de 25 a 64 anos de idade, e mulheres de 50 a 69 anos de idade.

Na reunião mensal da equipe, serão feitas atividades de capacitação sobre o acolhimento às mulheres e disponibilizado o protocolo de atendimento ao câncer de colo de útero para os componentes da equipe. Da mesma forma, capacitaremos os ACS na reunião, para o cadastramento das mulheres destas faixas etárias; geralmente a reunião dar-se-á na segunda-feira inicial do mês.

Capacitar a equipe da unidade de saúde quanto a periodicidade de realização do exame citopatológico de colo do útero e importância da realização da mamografia, é outra ação pertencente a esse eixo. Realizaremos com a equipe de saúde a discussão dos protocolos sobre a periodicidade da realização do exame citopatológico e sobre a periodicidade da realização da mamografia, ao final do expediente de um turno de trabalho.

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

Meta 2.1 Obter 100% da coleta das amostras satisfatórias de citopatológico de colo de útero.

Ações:

- Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados, para isso, realizaremos mensalmente a avaliação dos resultados dos exames coletados, a enfermeira e o médico serão os responsáveis pelo monitoramento, para isso avaliarão as amostras como adequadas, as que tenham os resultados com células escamosas, glandulares ou metaplásicas.

Deverá ser feita a organização do arquivo para acomodar os resultados dos exames. Existe na unidade uma pasta para os resultados, mas não tem o local definido, hoje fica em cima de um armário no local que tem a recepção, considero que deve ser avaliado outro local para que fique definitivamente, que pode ser em um armário fechado, ou mesmo no local da recepção. Selecionaremos como responsável para organizar o arquivo dos resultados dos exames realizados, a

receptionista da unidade, porque é responsável, tem ética, gosta de organização no trabalho.

Além disso, haverá a definição de um responsável pelo monitoramento de adequabilidade das amostras de exames coletados, o qual optamos pela enfermeira da equipe como responsável por esse monitoramento cada mês, para termos adequabilidade das amostras, utilizaremos para isso o critério de amostra com presença de células em quantidade representativas, de células escamosas, glandulares, metaplásicas.

Para o engajamento público, o compartilhamento com as usuárias e a comunidade dos indicadores de monitoramento (informações) da qualidade dos exames coletados será repassado por meio de visitas domiciliares, na associação do bairro, e em outras oportunidades, fazendo-as estarem cientes dos indicadores de qualidade das ações prestadas na sua unidade de saúde.

As ações de qualificação de prática clínica englobarão a atualização da equipe na coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde. Em reunião mensal, a equipe será informada sobre a situação das coletas do citopatológico de colo de útero na unidade durante a intervenção. Como está a situação de adesão das mulheres, da equipe, o número de exames feitos por mês, a qualidade de amostras e de resultados, o registro de dados. Enfim, a equipe deverá estar participando da ação, assim como deverá estar informada sobre seus objetivos e metas para que os resultados sejam alcançados.

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

Metas:

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

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

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

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

Ações:

Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de 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.

Esse monitoramento será feito através de avaliação a cada mês na reunião de equipe, dos resultados dos exames para a detecção precoce de câncer de colo de útero, também da revisão mensal do arquivo dos resultados da coleta do exame citopatológico e da revisão semanal do registro dos resultados dos exames para a detecção precoce de câncer de mama.

A ação de facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia será feita nas visitas domiciliares em que os ACS informarão às mulheres que tem a possibilidade de receber na unidade, o resultado dos exames. Também nas consultas da unidade, comunicar às mulheres a facilidade do acesso aos resultados.

Para atingir ainda o objetivo 3, o acolhimento a todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero ou entregar a mamografia, será realizado em cada turno de trabalho, em que as mulheres que procurarem a unidade para o resultado do exame serão sejam acolhidas/recebidas pela enfermeira ou médico da equipe.

A organização das visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas será de responsabilidade dos ACS que em cada segunda feira pela manhã, nos informarão as visitas realizadas às mulheres faltosas de sua área.

A ação de organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas, tanto para o câncer de colo como para o câncer de mama será feita através da informação aos profissionais que, em cada turno de trabalho, vai ter um espaço para a mulher que chega na unidade, procedente da busca.

A definição de um responsável para a leitura dos resultados dos exames para detecção precoce de câncer de colo de útero e também para o câncer de mama, será pela seleção da enfermeira da equipe como responsável pela leitura do resultado dos exames para a detecção precoce de câncer de colo de útero e do médico da equipe como responsável da leitura dos resultados dos exames de mama.

Em relação ao eixo de engajamento público, ações como: Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular, da mesma forma, informar

sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer mama e do acompanhamento regular; serão realizadas mensalmente por meio de palestras nos espaços da área de abrangência da UBS. Informações sobre a importância de realização do exame para a detecção precoce do câncer de colo de útero e seu acompanhamento e também sobre a detecção precoce do câncer de mama serão repassadas às ouvintes.

Ainda em relação ao engajamento, formaremos um grupo de mulheres na comunidade para a divulgação da importância da realização de tais exames. Também ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas). Ação concomitante à atenção ao câncer de colo e de mama, em que aproveitaremos os parceiros da comunidade para ouvir as estratégias da comunidade. Para isso ouviremos as mulheres da comunidade que fazem o exame citopatológico em dia e que visitam a unidade com frequência e mostram adesão às orientações que os profissionais oferecem, além delas, os presidentes da associação de bairro que conhecem bem sua comunidade e as características dela.

O esclarecimento das mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames também se refere ao engajamento e essa ação será realizada tanto em relação à atenção ao câncer de colo como também ao câncer de mama, por meio de palestras mensais nos espaços da área de abrangência para informar sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

Compartilharemos com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social, informando-as sobre isso nas consultas e na visita domiciliar. Além disso, a ação de informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de útero e da mamografia será obtida pela comunicação às mulheres nas visitas domiciliares e nas palestras em diferentes espaços, sobre o tempo de espera para o retorno do resultado destes exames.

Em relação ao eixo para qualificação da prática clínica da equipe, disponibilizaremos protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames, tanto de câncer de colo de útero como de mama.

Colocaremos no computador da unidade o protocolo técnico para o manejo dos resultados, para que fique à disposição da equipe para consultas.

O objetivo 3 engloba ainda a capacitação dos ACS para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa das faltosas, que realizar-se-á na reunião da equipe mensal, passando informações para que orientem a periodicidade adequada dos exames durante a busca ativa. A enfermeira da equipe será a responsável por essa capacitação dos agentes. Além disso, capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames é outra ação deste eixo de qualificação. Para isso utilizará na primeira quinta feira do mês, duas horas antes de terminar o expediente, esse tema será bastante discutido e focado, bem como a capacitação da equipe para monitoramento dos resultados tanto do exame citopatológico como da mamografia, sob responsabilidade do médico, para monitoramento destes resultados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

Ações:

Seguindo com os objetivos, no número 4, nosso foco tem como intuito melhorar o registro das informações. Para isso, ações como monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde, manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria, implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações; serão realizadas na nossa unidade.

A enfermeira da equipe ficará responsável pelo monitoramento mensal de todas as mulheres acompanhadas, a técnica em informática da unidade irá manter as informações do SIAB atualizadas, criaremos uma planilha/ficha de acompanhamento na unidade e apresentaremos na reunião de equipe como será feito o registro das informações. Definimos que a enfermeira da equipe será responsável por monitorar os registros.

Em relação ao engajamento público para este objetivo, ofertaremos ações como o esclarecimento das mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de

segunda via se necessário, informando-as na consulta e visita domiciliar, seu direito de manutenção desses registros.

Treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações será outra ação, referente ao eixo de qualificação da prática, em que realizaremos uma vez ao mês, na reunião da equipe treinamento sobre o registro das informações. O médico mostrará para os integrantes da equipe como preencher os registros específicos desde a coleta de citopatológico, registro dos resultados da mamografia, mostrando isso para cada um da equipe, pois temos disponibilizados na unidade.

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

Metas:

5.1 Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento excessivo).

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

Ações:

Esse mapeamento será feito através de ações como o monitoramento da realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde, em que verificaremos se nas consultas médicas e de enfermagem, está sendo feita essa avaliação do risco.

No eixo de organização e gestão do serviço, a identificação das mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama será realizada em cada atendimento médico e de enfermagem, assim como na visita domiciliar, a busca das mulheres com maior risco para o câncer de colo de útero e mama.

Será estabelecido acompanhamento diferenciado para essas mulheres, permitindo que a agenda tenha flexibilidade em cada turno para o acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco.

Com relação ao engajamento, iremos esclarecer às mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, informando em cada serviço da unidade, sobre tais fatores e incorporando diferentes setores da comunidade para oferecer informações aos usuários.

Ainda no mesmo objetivo, medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação serão estabelecidas por meio de palestras em diferentes espaços da unidade e na comunidade; estímulo nas consultas, prática de exercícios físicos para as mulheres. Também referenciaremos à consulta de nutrição toda mulher com sobrepeso ou obesidade.

Também engloba o engajamento, ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama. Para isso, serão utilizados os serviços da unidade e aproveitaremos os parceiros da comunidade para ensinar e passar informações sobre esses sinais de alerta.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama consiste em uma ação da qualificação da prática clínica. Será realizada capacitação mensal com os componentes da equipe. Da mesma forma que a capacitação para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação. Escolher duas horas ao final do expediente na quinta feira, da primeira semana do mês. O responsável será o médico da equipe. Utilizaremos para sua realização o método de conferência.

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

Metas:

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

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

Ações:

Para alcançar esse objetivo realizaremos monitoramento do número de mulheres que receberam orientações, revisar semanalmente na reunião de equipe, esse número de mulheres, para obtermos esse controle. Também buscaremos garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos, solicitando à responsável pela farmácia da unidade, a disponibilidade de preservativos para todos os serviços que oferece a unidade.

Para incentivar o engajamento público da comunidade, buscaremos estimular o uso de preservativos, a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas, a prática de

atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis. Para isso, uma articulação intersetorial com as escolas, associação de bairros, igrejas será idealizada.

Para qualificar a prática clínica, a equipe deverá ser capacitada para orientar sobre prevenção de DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Será realizada na unidade, aproveitando o computador para a capacitação e, o médico da equipe será o responsável. No momento da reunião mensal, discutiremos esses temas com os componentes da equipe.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são proporções que trazem informações sobre uma determinada população ou situação em um determinado momento. Utilizaremos os seguintes indicadores de saúde para avaliarmos a evolução da intervenção implementada na Unidade Dr. Geraldo Siqueira, com foco na atenção ao câncer de colo de útero e de mama:

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

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 70%.

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

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

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

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

Meta: 1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 60%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 3.3. Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Indicador: 4.2. Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

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

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

Meta: 5.1 Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de câncer de colo de útero e de mama na Unidade Dr. Geraldo Siqueira, no município de São Gabriel da Cachoeira/AM, iremos adotar o protocolo disponibilizado no Caderno da Atenção Básica, Nº 13 do Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Utilizaremos a ficha específica de exame citopatológico disponibilizada pelo município, assim como o registro específico da coleta de exame citopatológico, mais a ficha espelho disponibilizada no curso.

Para o câncer de mama utilizaremos um registro que fizemos na unidade para os dados da mamografia, além da ficha espelho. Estimamos alcançar com a intervenção do câncer de colo de útero 327 mulheres (temos a estimativa de 466 mulheres de 25-64 anos, então 70% corresponde a 327) e para o câncer de mama 65 mulheres (estimamos 107 mulheres de 50-69 anos, 60% corresponde a 65) de acordo com os cadernos de ações programáticas.

Faremos contato com o secretário da atenção básica para dispor as 327 fichas espelho para o câncer de colo de útero e de fichas espelho para o câncer de mama. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa de câncer de colo de útero e de câncer de mama, a enfermeira revisará inicialmente as mulheres que realizaram o exame citopatológico na unidade o ano passado. A profissional com ajuda dos ACS localizará os prontuários para transcrever as informações na ficha espelho. Para o programa de câncer de mama, o médico da equipe revisará os prontuários das mulheres que fizeram a mamografia, para transcrever as informações na ficha espelho. Cada um deles realizará ao mesmo tempo as anotações do monitoramento que está sendo feito sobre os indicadores de qualidade de cada programa. Temos previsto um armário que fica disponível na recepção para arquivar os registros.

Para garantir a qualidade de registro dos dados da intervenção, o médico fará mensalmente a transcrição das informações dos registros e prontuários das mulheres atendidas na unidade para a ficha espelho utilizada. A cada semana esses dados serão repassados para a planilha de coleta de dados para o cálculo dos indicadores da ação. Ao final das ações, teremos resultados referentes à atenção ao câncer de colo de útero e de mama através da intervenção realizada.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de atenção ao câncer de colo de útero e de mama, para que toda a equipe utilize como referência na atenção às mulheres da população alvo. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, com temas sobre acolhimento, cadastramento, registro, a periodicidade da realização de citopatológico e mamografia, fatores de risco para o câncer de colo de útero e mama, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

O responsável será o médico da equipe, para isto será reservada a segunda feira inicial do mês, com uma duração de quatro horas para que a equipe possa expor suas dúvidas, intervir em relação ao papel de cada um na intervenção, será feita no local da sala dos ACS. Precisaremos de computador, projetor, câmera fotográfica e o protocolo em versão eletrônica do programa de atenção ao câncer de colo de útero e de mama. Além de 40 folhas A4, canetas para o registro das evidências, caderno para as anotações.

O acolhimento das mulheres que buscarem o serviço para a realização do exame citopatológico e da mamografia será realizado pela equipe de atendimento do dia, junto com a técnica de enfermagem se disponível, porque hoje só contamos com uma técnica. Mulheres que solicitam realizar exame clínico das mamas serão atendidas pela enfermeira e o médico da equipe. Mulheres provenientes da busca ativa terão prioridade para o atendimento em cada turno de trabalho, será reservada uma consulta para o médico e a enfermeira. Assim já sairão das consultas com a orientação para a periodicidade da realização de citopatológico e da mamografia seguindo o protocolo.

Faremos contato com a associação de moradores e com os líderes da comunidade, em nossa área de abrangência, pode ser em uma escola que está próxima da UBS ou no ginásio também pertencente a nossa área, apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do exame citopatológico e da mamografia para as mulheres de cada faixa etária.

Solicitaremos apoio da comunidade para ampliar a cobertura da realização do citopatológico e da mamografia, assim como para prevenção dos fatores de risco, aproveitaremos as mulheres que já tem seus exames em dia para estimular o comparecimento de vizinhas, familiares, colegas de trabalho a fazer, além de representantes de escolas e igrejas na conscientização dos programas. Utilizaremos diferentes espaços para solicitar o apoio como nas consultas da própria unidade a onde elas chegam, na visita domiciliar, no momento das palestras, etc. Para isto precisaremos de materiais impressos como folders, cartelas (papel com ilustrações do colo de útero e da mama), folhas A4, canetas.

Em cada semana a enfermeira examinará as fichas espelhos das mulheres faltosas para o exame citopatológico e da mamografia. O ACS fará a busca ativa de todas as mulheres em atraso, como meta temos 4 por semana, totalizando 16 por mês. Com a busca já agendará a mulher para seu atendimento na unidade. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O médico como responsável pela intervenção, cada mês avaliará os registros da unidade, verificando o controle de comparecimento das mulheres para a realização do exame citopatológico e da mamografia. A enfermeira será a responsável pela avaliação da adequabilidade das amostras do citopatológico. Para isso reservaremos a última sexta feira de cada mês. Será necessário um caderno e caneta para as anotações.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção com foco na atenção ao câncer de colo de útero e de mama foi escolhida porque tínhamos indicadores desfavoráveis na unidade em relação a essa linha de cuidado. No início foi para mim uma angústia, sentindo que não conseguiria alcançar os objetivos propostos no projeto. A unidade tinha muitos problemas por falta de profissionais nas equipes, o gestor da atenção básica já conhecia o projeto e mostrou apoio, mas houve mudança de gestor no decorrer da intervenção, a antiga enfermeira como gestora da unidade, também foi substituída e a outra enfermeira não tinha a experiência suficiente de trabalho para carregar tanta responsabilidade. Os integrantes da equipe não mostravam interesse na realização das ações que planejamos na intervenção, então fiquei desanimada. Tive que realizar um esforço maior para conseguir pelo menos mudar atitudes dos trabalhadores da unidade, que ofereciam resistência às novas mudanças.

Tivemos dificuldades para a realização de tarefas porque logo depois de feito o planejamento da intervenção, aconteceram mudanças no município e na unidade que atrapalharam os inícios a intervenção, as equipes não tinham os profissionais completos, nem todos os membros estavam conscientes da importância do projeto, a pessoa que ficava responsável pelo arquivo da documentação foi embora da unidade. Usuárias que não aceitavam a realização dos exames por diferentes preconceitos. Também há a falta de estrutura física da unidade, pois só existe uma sala para a realização do citopatológico e é compartilhada para a realização do pré-natal, puericultura e consulta da ginecologista, com decorrer da intervenção começaram as reformas da estrutura física da unidade, os locais tiveram afetações por mudanças necessárias para a reforma, que ainda continua. A unidade não tinha registros do programa de mama, e os registros de citopatológicos estavam

incompletos, não eram registrados nos prontuários das usuárias, os resultados dos exames citopatológicos nem das poucas mamografias que existiam. Outro problema foi com a realização da mamografia porque o mamógrafo do hospital quebrou e tivemos quase 15 dias sem que as mulheres pudessem fazer o exame.

A realização do citopatológico nas mulheres é feita na unidade, mas o resultado demora porque vem da capital do estado e não recebemos a maioria dos exames realizados na intervenção, com as mamografias, pois os laudos são feitos da mesma forma e demoram a chegar. O município não conta com laboratórios especializados para emitir os laudos.

Antes de começar a intervenção, fizemos a capacitação sobre o protocolo de detecção precoce para o câncer de colo de útero e mama na unidade, onde participaram os integrantes da equipe. Foi interessante para todos porque a maioria desconhecia aspectos básicos sobre os temas da prevenção como fatores de risco, sinais de alerta, periodicidade dos exames, linhas de cuidado, dentre outros. As opiniões foram escutadas, discutiu-se sobre aspectos como medo e preconceito por parte da maioria das mulheres para fazer os exames, ou ser avaliadas pelo profissional.

Foram desenvolvidas, como parte do cronograma, ações previstas como: palestra na unidade com as mulheres de nossa área de abrangência para conscientizar sobre a necessidade da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama, com a colaboração da secretária de saúde do município, que providenciou os recursos para a mesma, projetor, computador, aparelho de som, lanche. Não participaram todas as mulheres que foram convidadas para a atividade. Na reunião com a equipe se capacitou sobre o preenchimento adequado dos registros da unidade, a busca ativa das faltosas na comunidade, assim como ações de monitoramento dos registros, avaliação dos resultados dos exames e monitoramento do comparecimento das usuárias para fazer os exames.

Como parte também das ações, realizamos o encontro com líderes da comunidade, em uma igreja local, foi interessante quando as pessoas conheceram o projeto, falaram suas ideias para apoiar, que nas atividades da igreja divulgariam a importância de fazer os exames. Teve uma usuária que não concordou com a realização dos exames por seus mitos, mas a mesma comunidade falou porque deveria fazer, além do que explicamos para ela aspectos mais científicos do projeto. Também tivemos contato com outra representante de uma segunda igreja, que

aceitou ajudar na divulgação do projeto para mulheres e realizamos logo uma palestra com apoio da igreja que providenciou recursos como o local, computador, projetor, microfone, ajudou no convite das mulheres na comunidade e o lanche foi preparado por elas. A secretaria de saúde facilitou folhetos educativos para oferecer às mulheres participantes.

Outra ação do cronograma foi uma atividade de educação em saúde realizada na unidade, no local da sala de vacina, para as mulheres da comunidade sobre temas de detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, essa atividade foi realizada em parceria com a nova gestora de atenção básica do município e representantes dos programas de saúde da mulher e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Também a dificuldade foi a ausência das mulheres da comunidade.

Como parte do cronograma, a unidade também reorganizou o processo de trabalho para o acolhimento das mulheres que procuram para a realização dos exames ou seus resultados, permitindo dar prioridade na agenda dos profissionais, além de aumentar a frequência de realização do citopatológico.

Foram oferecidas atividades de educação em saúde em diferentes espaços da unidade sobre os temas dos programas de detecção precoce para câncer de colo de útero e de mama, em diferentes semanas pelos demais integrantes da equipe, sempre com nosso apoio e ajuda de pessoas da comunidade para materiais educativos. Tivemos dificuldades para a realização delas por serem locais pequenos, pouco ventilados o que interfere no desenvolvimento das atividades.

Para a realização das tarefas da intervenção temos que falar de facilidades que fizeram possível o desenvolvimento delas, a primeira foi o apoio da secretária de saúde quando levamos a proposta de realização do projeto, o antigo gestor da atenção básica colaborou com os recursos para a realização da palestra que estimulou as mulheres da comunidade em relação à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama. O secretário de saúde do município providenciou a totalidade das fichas espelhos, caderno de anotações e pasta para o arquivo dos documentos.

Contamos com a colaboração da equipe da unidade para a implementação do projeto porque sem ajuda dela não seria possível a realização da intervenção, cada um tem seu papel a cumprir. Também foram importantes os líderes da comunidade que colaboraram na divulgação do projeto e materiais educativos para as atividades

de educação em saúde realizadas nos espaços da comunidade e da unidade. Além da participação no curso que permitiu chegar a realizar esse projeto e à ajuda com direcionamentos de nossa orientadora.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Infelizmente temos ações que não foram feitas como a reunião com a associação de bairro porque deixou de funcionar em nossa área e a criação do grupo de mulheres que apoiaria na divulgação do projeto da comunidade, porque só falaram ao início, mas quando tivemos o contato com elas ofereceram desculpas, mas não ajudaram. Logo embora não temos um grupo formado, existem mulheres na comunidade que ajudam para que outras mudem mitos e melhore adesão aos programas e como resultado, tivemos a realização de exames em mulheres que nunca tinham realizado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta de dados, o maior problema foi com a falta de dados nos registros, sobretudo nos prontuários das usuárias, tivemos que procurar livros anteriores do citopatológico porque infelizmente não foram preenchidos, também no registro que tem a unidade, nem sempre os dados estavam atualizados. Também outra dificuldade foi com os dados que deveriam estar preenchidos nos prontuários sobre exames anteriores e não foram. Assim como tivemos falta de folhas de citopatológico, que logo foram providenciadas.

Quando começamos a preencher a planilha de coleta de dados tivemos dificuldades na colocação dos códigos, havia mulheres que prescrevemos os exames por fatores de risco, mas não correspondiam a faixa etária, outras com citopatológico normal que colocamos o código da busca ativa. Depois conseguimos entender melhor os dados da planilha de coleta, fazer as correções e o preenchimento ficou adequado, gerando indicadores corretos.

A falta de dados registrados na unidade de saúde interfere no preenchimento da planilha, porque existem questões/códigos que dependem de outros para seu preenchimento. Hoje a coleta de dados melhorou bastante, são colhidos com cada

usuária, é registrado na ficha espelho e nos prontuários, assim que se recebem os resultados dos exames. Isso facilita a dinâmica de coleta de dados, não gerando acúmulo de informações para serem transcritas nas planilhas do curso.

Os indicadores de cobertura propostos para a detecção precoce do câncer de colo de útero e mama infelizmente não foram obtidos, primeiro pela falta de adesão das mulheres da comunidade aos programas, mitos, medos, costumes de gerações transmitidas uma à outra; segundo por dificuldades apresentadas na unidade como a falta e mudanças de profissionais, reforma da unidade, a pouca estimulação da equipe ao início da intervenção, e também o encurtamento das semanas da intervenção, que impossibilitou a melhoria de indicadores por mais quatro semanas. Foram atendidas em doze semanas de intervenção, 157 usuárias com ações voltadas à atenção ao câncer de colo de útero (de um total de 466 da área de abrangência) e 46 usuárias em relação à atenção ao câncer de mama (de um total de 107 da área de abrangência).

Melhoramos indicadores em relação ao primeiro mês do início da intervenção. Temos atualmente mudanças nos recursos humanos e as equipes foram completadas, temos uma enfermeira de mais experiência, vem com vivência de trabalhos com comunidades indígenas em outro estado e com vontade de trabalhar, os agentes comunitários estão em busca das mulheres que não tem exames em dia.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa intervenção conseguiu que com as ações desenvolvidas no projeto, se incorporassem à rotina da unidade aspectos como melhora do acolhimento das mulheres, que antes não tinha essa visão, melhorias na qualidade do registro do programa de câncer de colo que faltavam dados importantes ou na maioria das usuárias não tinha os resultados de citopatológicos anteriores. No câncer de mama não existia registro, hoje cada equipe tem seu registro, assim como os resultados das mamografias são preenchidos nos prontuários e são atualizados na hora que a usuária recebe a folha para a realização da mamografia, assim como quando mostra o resultado.

A busca ativa na comunidade, de mulheres sem acompanhamento por resultados positivos dos exames, permite que já sejam avaliadas pela ginecologista,

assim como realizem exame de acompanhamento. As mulheres que procuram a unidade para seus resultados têm prioridade em cada turno de trabalho. Os agentes visitam as mulheres que não tem exame citopatológico ou mamografia em dia e agendam para nossa consulta. É feito cruzamento de informações das mulheres que tem exames citopatológico e/ou mamografia em dia, com as que não têm, e os agentes vão aos bairros à procura das mesmas, isso está ajudando nos indicadores de cobertura para o futuro, atividade vista com boa avaliação pela gestora da unidade.

Como descrevi antes, penso que a unidade tem com esse projeto, uma melhor organização do serviço, do planejamento das agendas, das atividades de educação em saúde por parte das equipes. Está sendo feito, como parte da rotina da unidade, o cadastro das mulheres para os programas, acolhimento de toda mulher que chega procurando fazer os exames ou oferecendo prioridade para conhecer os resultados, o registro adequado dos dados dos programas, a busca das mulheres que não tem os exames em dia, assim como o monitoramento e avaliação dos resultados.

Cada profissional da unidade tem um interesse na detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama, pois percebemos que quando chega uma usuária a determinado serviço, o profissional responsável, procura informações sobre realização de exames e faz o encaminhamento para o atendimento médico na unidade. Além de recuperar as mulheres com resultados alterados que não tinham acompanhamento.

Considero que as ações da intervenção vão continuar logo após a finalização do projeto, porque atualmente as equipes já têm incorporado as ações na rotina de trabalho, assim acredito que deverá permanecer na unidade; embora ocorram mudanças dos profissionais no futuro, porque isso acontece, pelas características do município em relação à rotatividade de profissionais na região. Por isso é importante que toda a equipe esteja ciente de como ocorre a intervenção, pois na mudança de um profissional, os demais continuam o modo de trabalho já solidificado pela equipe como um todo. E pode levar esse modo de trabalho também para a nova unidade em que for inserido, buscando mudanças de práticas na atenção básica.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção com foco na atenção à saúde da mulher, câncer de colo e de útero, realizada na área de abrangência na UBS Dr. Geraldo Siqueira em São Gabriel da Cachoeira/AM, terminou na semana 12, sendo antecipada em 4 semanas em decorrência do cronograma da especialização em saúde da família. Considero que foi uma oportunidade para a unidade reorganizar o processo de trabalho, melhorar o planejamento e união da equipe de saúde, embora tivessem dificuldades ao longo da mesma, o que reflete negativamente nos resultados de alguns indicadores.

As mulheres atendidas na intervenção foram cadastradas durante as consultas, elas compareciam à unidade por diferentes queixas, também tivemos mulheres captadas durante a busca que os ACS faziam na comunidade (população alvo) e encaminhavam para avaliação. Ao revisar os prontuários percebíamos que não estavam em dia ou nunca tinham feito exames, isso também foi observado durante as visitas domiciliares programadas, em que também aproveitávamos para a busca ativa, e para registrar se os exames estavam em dia ou não, encontramos várias usuárias que nunca tinham realizado exames.

O número total de mulheres residentes no território que frequentou o programa (foi cadastrada) de detecção de câncer de colo de útero no período da intervenção foi de 41, 92 e 157 respectivamente nos meses 1, 2 e 3, porém, pertencentes à faixa etária requerida pela ação e com exame em dia tivemos respectivamente nos 3 meses, 31, 68 e 134 usuárias.

Com relação ao câncer de mama, o número total de mulheres residentes no território que frequentou o programa no período da intervenção foi de 15, 33 e 46 respectivamente nos meses 1, 2 e 3, porém, pertencentes à faixa etária requerida

pela ação e com exame em dia tivemos respectivamente nos 3 meses, 4, 15 e 19 usuárias.

Obtivemos com as ações implementadas, melhorias importantes em vários aspectos, detalharemos cada indicador de acordo com a meta planejada no projeto de intervenção.

Objetivo1. Ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade para

Meta1.1 Ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer do colo de útero nas mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade a 70%.

Minha área tem 466 mulheres entre 25 a 64 anos de idade na área de abrangência. Ao iniciar a intervenção tínhamos apenas 31 mulheres cadastradas com exame em dia para a detecção precoce de câncer de colo de útero, o que representava 6,7% (31/466). No segundo mês da intervenção foram 68 mulheres para 14,6% (68/466). Ao final do terceiro mês conseguimos acompanhar 134 mulheres, o que representa 28,8% (134/466).

Para o cálculo do indicador, influencia aquela mulher virgem que não foi realizado o citopatológico, mulheres com histerectomia por doenças benignas que foram incorporadas ao programa de câncer de mama, mas não existe uma opção para isso.

As ações que mais melhoraram o indicador foram o cadastro das mulheres na faixa etária; a capacitação da equipe sobre o acolhimento das mulheres que procuram a unidade para a realização do citopatológico; a busca na comunidade de mulheres sem citopatológico em dia; os encontros com líderes comunitários para divulgação do programa de detecção precoce do câncer de colo de útero; o monitoramento do comparecimento das mulheres para a realização do exame; as atividades de educação em saúde feitas pela equipe da unidade; o esclarecimento feito às mulheres que chegam até os diferentes serviços da unidade sobre a importância da realização do citopatológico; a capacitação da equipe sobre os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

As mulheres que não foram acompanhadas apresentam diferentes justificativas para isso, como não aceitar realizar os exames por costumes da região, mitos, preconceitos. Outras que aceitaram fazer e logo não quiseram, infelizmente

tivemos duas usuárias que foram internadas em Manaus e faleceram, uma delas a causa foi por Acidente Vascular Cerebral hemorrágico e a outra por endocardite.

Na Figura 1, podemos observar a evolução da cobertura da atenção ao câncer de colo de útero para mulheres de 25 a 64 anos atendidas durante a intervenção nos três meses de implementação de ações.

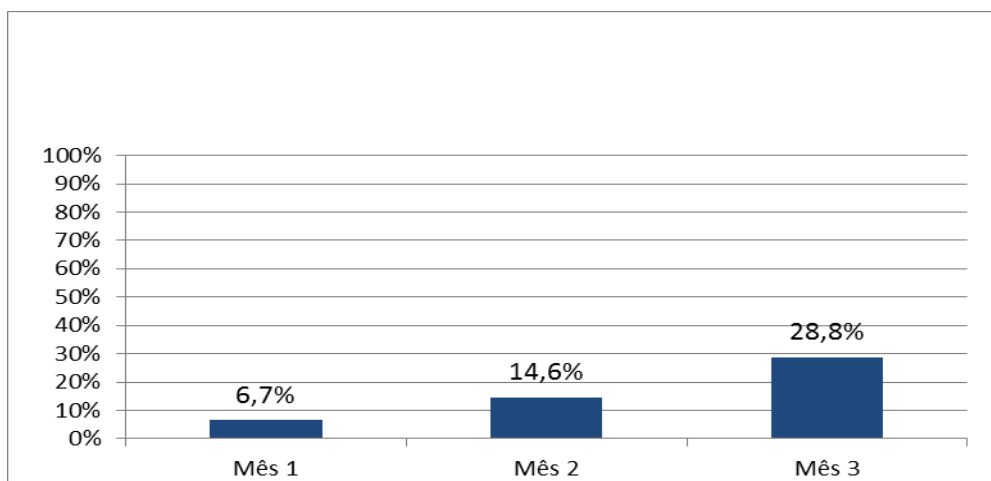


Figura 1 – Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero na UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Meta 1.2 Ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos de idade para 60%.

Minha área tem 107 mulheres entre 50 a 69 anos de idade na área de abrangência. Ao iniciar a intervenção tínhamos apenas 4 mulheres acompanhadas no programa para a detecção precoce de câncer de mama representando um índice de 3,7% (4/107). No decorrer da intervenção foram incorporando mais 15 mulheres no segundo mês que aumentou nosso indicador para 14% (15/107), e conseguimos no final da intervenção, no terceiro mês, fazer o acompanhamento de 19 mulheres com exame em dia para a detecção precoce do câncer de mama, correspondendo a 17,8% (19/107) de cobertura para esta ação programática (Figura 2).

Tivemos aspectos que refletem para os maus resultados como a instabilidade dos recursos humanos das equipes, a realização das mamografias foi afetada por quebra do aparelho do hospital, as dificuldades na estrutura física da unidade e também a falta de estimulação da equipe no início para o desenvolvimento da intervenção.

As ações que mais melhoraram este indicador foram o cadastro das mulheres na faixa etária; a capacitação da equipe sobre os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; a busca das mulheres que não tinham a mamografia em dia; a educação em saúde feita com as mulheres em cada atendimento. Assim como as palestras realizadas nos espaços da unidade e na comunidade.

As mulheres que não foram acompanhadas também nesta ação, apresentam diferentes causas como não aceitar fazer exames por costumes, mitos, preconceitos. Outras que aceitaram, depois desistiram. Infelizmente tivemos uma usuária que foi internada em Manaus e faleceu por causa de uma endocardite.

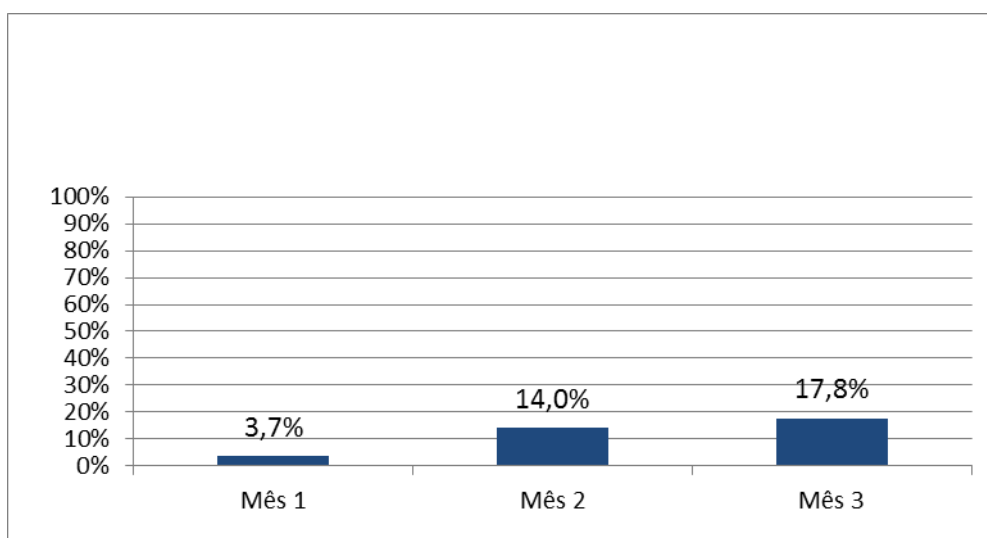


Figura 2 - Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 a 69 anos com exame em dia para a detecção precoce do câncer de mama na UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

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

Meta 2.1 Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias para o exame de citopatológico de colo de útero.

No primeiro mês de intervenção tivemos 31 mulheres cadastradas com citopatológico de colo de útero em dia, delas, 27 com amostra satisfatória no exame, o que resulta em um índice de 87,1%. No segundo mês, tínhamos 68 mulheres cadastradas com exame citopatológico em dia e 51 com amostras satisfatórias, gerando um índice de 75%. No final da intervenção, ao terceiro mês, de 134

mulheres cadastradas com exame em dia, 75 delas estavam com amostras satisfatórias, o que representa um percentual de 56%, como observado na Figura 3.

Esse indicador tem o resultado abaixo da meta porque depende da chegada na unidade dos resultados que são enviados desde a capital do estado, e eles demoram, então quanto mais mulheres registramos com exame em dia o indicador diminui porque não temos os resultados ainda.

As ações que facilitaram esse resultado foram a qualificação das enfermeiras na coleta do exame citopatológico e da equipe sobre o protocolo, em que mostramos como deveria ser realizada e as informações que as mulheres devem conhecer para a melhor qualidade do exame; a seleção do responsável pelo arquivo das informações e monitoramento dos resultados dos exames recebidos na unidade; o compartilhamento de informações com as usuárias sobre os resultados.

Existiu como dificuldade a demora na chegada dos resultados e então não conseguimos conhecer todos eles.

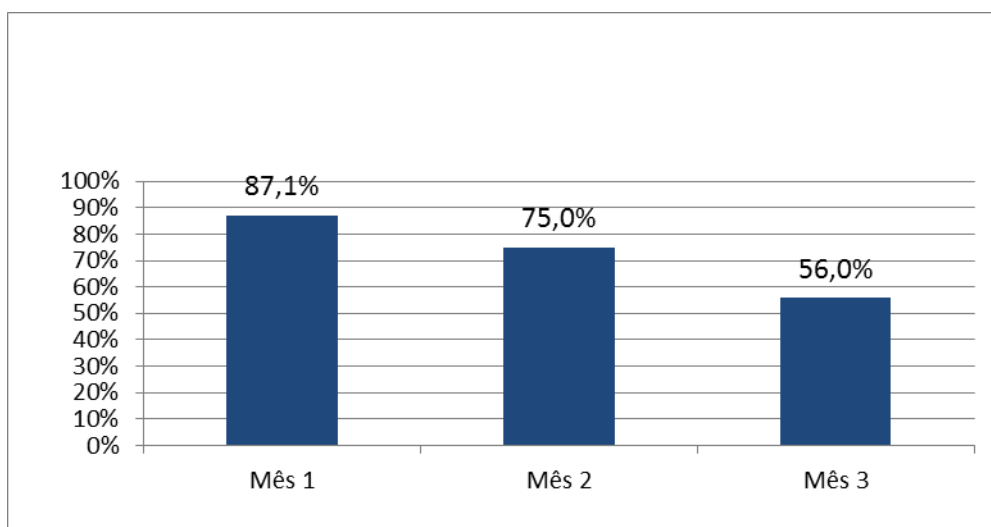


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de mulheres com amostras satisfatórias para o exame citopatológico do colo de útero na UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

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

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

No primeiro mês da intervenção tivemos 2 mulheres com citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram na unidade o que representa 100% das

usuárias. No segundo mês são 5 mulheres com citopatológico alterado e delas, 4 não retornaram à unidade, resultando em um índice de 80%. Ao final da intervenção, no terceiro mês, foram 6 mulheres com citopatológico alterado e 4 que não retornaram na unidade para conhecer o resultado, o que gerou um índice de 66,7%.

Esse indicador foi um dos que considero que tivemos dificuldade na hora de sua interpretação porque refere se aquela mulher teve o citopatológico alterado e não foi acompanhada no momento, além desse resultado, pontua se não houve o retorno, o que tinha acontecido, mas com a intervenção recuperamos essas mulheres, mas já não pode ser mudado, pois aconteceu antes.

As ações que permitiram a recuperação das mulheres foram a capacitação da equipe sobre o acolhimento às mulheres provenientes da busca ativa; a busca na comunidade das mulheres com resultados alterados; as atividades de educação em saúde na unidade e o monitoramento dos resultados dos exames.

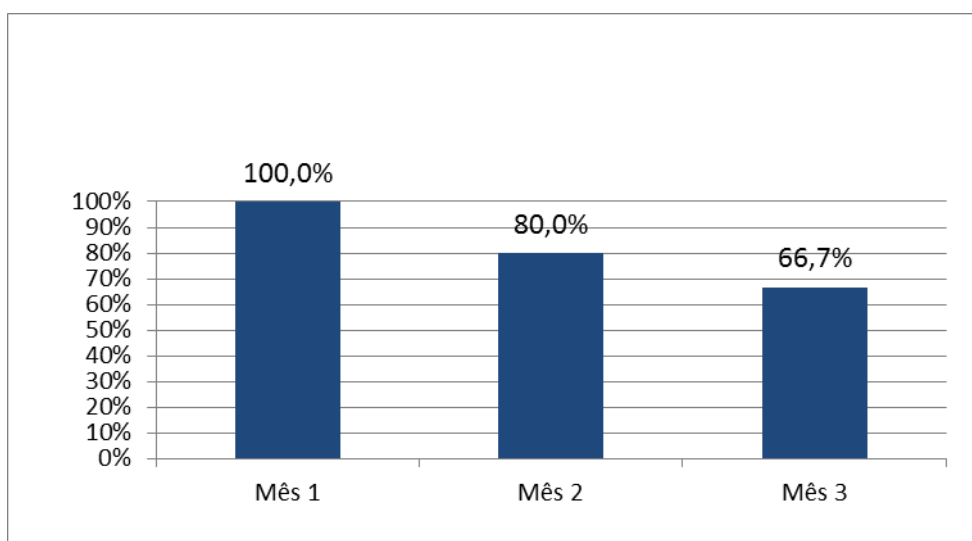


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico do colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

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

Para esta meta, o indicador se referia à proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada e não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde. Em relação a este indicador, obtivemos no primeiro mês apenas uma mulher com mamografia alterada que retornou para conhecer o resultado, ficando o índice para este mês de 0% (0/1). No segundo mês também tivemos uma mulher com

mamografia alterada e que retornou para conhecer o resultado, que gerou um índice igual ao mês anterior 0% (0/1). No terceiro mês da intervenção, permanecemos com o mesmo índice, pois continuamos com duas mulheres com mamografias alteradas, mas tendo conhecimento do resultado, já que retornaram na UBS para conhecê-lo.

Dentre as ações que ajudaram no resultado estão a capacitação da equipe sobre o acolhimento à demanda das mulheres que procuram os resultados, assim como sobre o registro das informações; as atividades de educação em saúde; a avaliação integral das mulheres, a prioridade no atendimento das mulheres que procuram os resultados dos exames provenientes da busca ativa.

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

Para alcançar esta meta, o indicador mede a proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Sendo assim, tivemos ao início da intervenção, duas mulheres com citopatológico alterado que não retornam na unidade e foi realizada a busca ativa das mesmas, logo o índice no primeiro mês foi de 100% (2/2). No segundo mês tivemos no total 4 mulheres com citopatológico alterado e foi realizada a busca ativa para todas elas alcançando 100% (4/4) de percentual. Da mesma forma, ao final da intervenção foram 4 mulheres com citopatológico alterado que não retornaram para conhecer o resultado e foi realizada a busca ativa para todas, permanecendo o índice de 100% (4/4).

As ações que garantiram esse resultado foram a busca das mulheres na comunidade, as palestras realizadas nas igrejas da comunidade sobre as possíveis condutas de acordo com os resultados; o monitoramento dos resultados dos exames.

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

Para o indicador de proporção de mulheres com mamografia alterada que não estavam em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento, não tivemos dados, pois não houve registro de

mulheres com mamografia alterada que não retornaram na unidade, então não tivemos que realizar a busca ativa das usuárias pelo serviço.

Objetivo 4 .Melhorar o registro das informações

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

Ao início da intervenção, 41 mulheres residentes no território frequentaram o programa na UBS, delas, 21 estavam com registros adequados do exame citopatológico de colo de útero, resultando em um percentual de 51,2% (21/41). No segundo mês foram 92 mulheres frequentando o programa, das quais 52 estavam com registros adequados, evoluindo o indicador para 56,5% (52/92). Ao longo da intervenção foi-se incorporando mais usuárias e no final temos 157 mulheres que frequentavam o programa, com 90 estando com registros adequados, totalizando 57,3% (90/157) (Figura 5).

Os aspectos que influenciaram para os resultados negativos foram a demora da chegada dos resultados, a falta de dados nos registros anteriores, assim como nos prontuários das mulheres.

As ações que ajudaram na melhoria do indicador foram a capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros, monitoramento dos registros, as palestras sobre a importância de procurar a unidade para conhecer os resultados e que sejam atualizados os registros a partir disso.

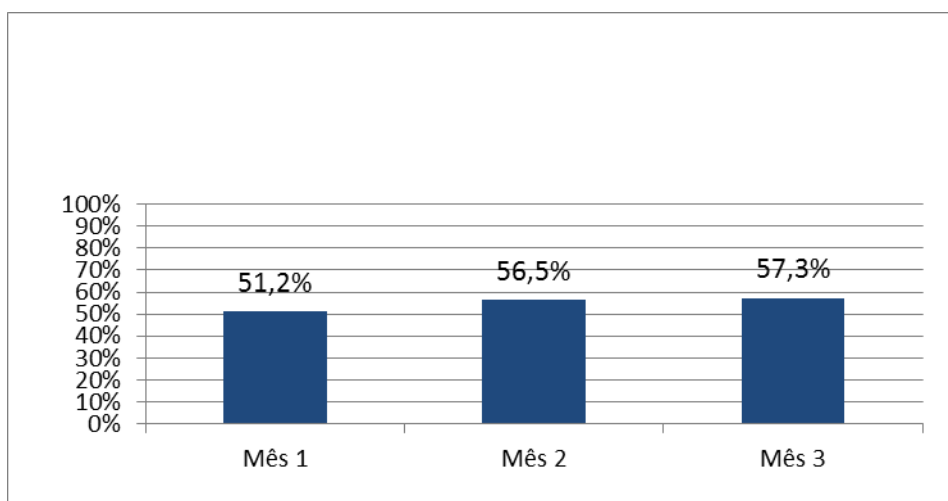


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico do colo de útero na UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

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

Na intervenção tivemos no primeiro mês 15 mulheres residentes na área de abrangência que frequentavam o programa na UBS e só 3 com registros adequados da mamografia sendo então um percentual de 20% (3/15). Já no segundo mês tínhamos 33 mulheres no programa e 13 com registros adequados, o que totalizava 39,4% (13/33). Ao final da intervenção, no terceiro mês, havia 46 mulheres no programa, sendo que 19 delas estavam com registro adequado, o que elevou o índice para 41,3% (19/46) (Figura 6).

O indicador teve motivos para os resultados negativos porque na unidade antes da intervenção não existia registro específico para a mamografia, por mudanças frequentes de gestora da unidade, também não existia no município a realização do exame. Logo no início da intervenção, criamos os registros para a mamografia e o município conseguiu realizar o exame.

Dentre as ações que ajudaram estão a capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros das informações, a prioridade no atendimento das mulheres que procuram a unidade com os resultados, o monitoramento dos resultados dos exames.

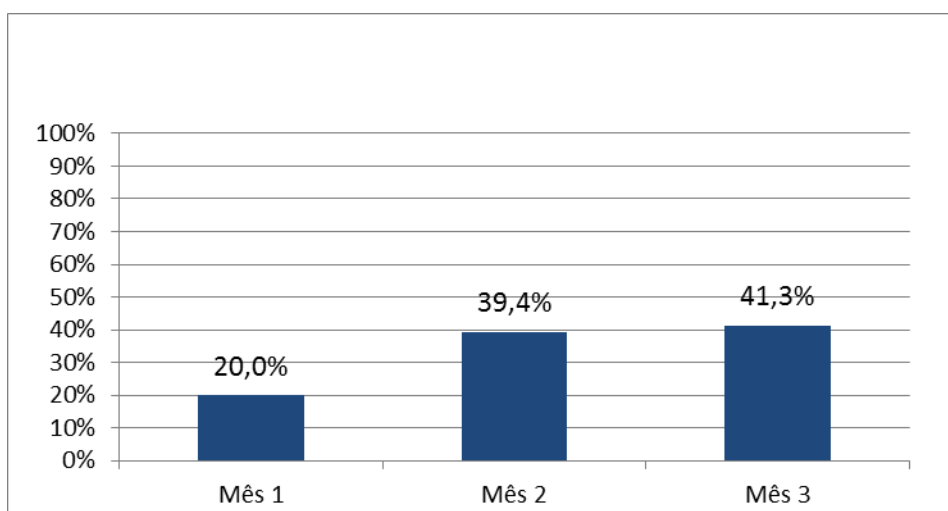


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado da mamografia na UBS Dr. Geraldo Siqueira, São Gabriel da Cachoeira – AM, 2014. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

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

Meta 5.1 Pesquisar sinais de alerta para o câncer do colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos.

A intervenção iniciou com 41 mulheres residentes no território que frequentaram o programa e com as 41 usuárias foi feita a pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero, totalizando 100% (41/41) para este indicador. Logo no segundo mês temos 92 mulheres frequentando o programa e todas com pesquisa de sinais de alerta para o câncer de colo de útero, resultando no mesmo índice de 100% (92/92). Terminamos o terceiro mês com 157 mulheres no programa e em 100% (157/157) delas foram pesquisados os sinais de alerta para o câncer de colo de útero.

Esse resultado foi alcançado por diferentes ações que facilitaram como a capacitação sobre o protocolo; o monitoramento dos registros; a qualidade dos atendimentos oferecidos às usuárias pelos profissionais; as atividades de educação em saúde na unidade e em diferentes espaços da comunidade; a parceria com outras mulheres da comunidade que divulgaram as ações.

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

Para esta meta, temos como indicador a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama. No primeiro mês da intervenção tivemos 15 mulheres residentes no território que frequentaram o programa na UBS e todas foram avaliadas em relação aos riscos para câncer de mama, gerando assim um índice de 100% (15/15).

No segundo mês foram 33 mulheres frequentando o programa e em todas foi realizada a avaliação de risco para câncer de mama, permanecendo o índice de 100% (33/33). Terminamos a intervenção com 46 mulheres que frequentavam o programa e todas foram avaliadas em relação a esses riscos, 100% (46/46).

Os resultados obtidos obedecem às ações de capacitação sobre o protocolo; à flexibilidade na agenda, permitindo dar prioridade aos atendimentos das usuárias de maior risco; às atividades de educação em saúde realizadas pela equipe em diferentes espaços da unidade e da comunidade.

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

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

Iniciamos a intervenção no primeiro mês com 41 mulheres que frequentavam o programa e todas foram orientadas sobre DST' s e fatores de risco para câncer de colo de útero, totalizando 100%. A intervenção vai avançando e no segundo mês temos incorporadas 92 mulheres e todas com as mesmas orientações ofertadas para 100%. Terminamos o terceiro mês com 157 mulheres no programa para a detecção precoce de câncer de colo de útero e 100% delas também receberam orientações sobre as DST' s e fatores de risco para o câncer de colo de útero.

As ações que melhoraram o indicador foram a capacitação sobre o protocolo, o monitoramento das orientações; a disponibilidade de preservativos na unidade com apoio do gestor municipal; as palestras em diferentes espaços da unidade e nas igrejas da comunidade, a parceria com os líderes da comunidade na divulgação dos fatores de risco e uso do preservativo.

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

No início da intervenção tínhamos 15 mulheres residentes no território acompanhadas na UBS e todas foram orientadas sobre DST' s e fatores de risco para câncer de mama, o que nos gerou um índice de 100% (15/15). No segundo mês a intervenção contava com 33 mulheres acompanhadas em relação ao câncer de mama e todas foram orientadas sobre DST' s e fatores de risco. Ao final da intervenção, 46 mulheres estavam sendo acompanhadas no programa e todas receberam as mesmas orientações, o que fez permanecer o índice de 100% nos três meses de ações da intervenção.

Esse bom resultado no indicador foi garantido por ações como a capacitação da equipe sobre o protocolo; as palestras realizadas na unidade e na comunidade; as parcerias com líderes da comunidade para a divulgação dos fatores de risco e uso do preservativo e ajuda da secretaria de saúde do município na disponibilidade de preservativos na unidade.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou trabalhar em dois programas do Ministério da Saúde em que tínhamos dificuldades, permitindo ampliar a cobertura da atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e do câncer de mama, criar registros específicos que não existiam na unidade, e melhorar a qualidade daqueles já existentes. Melhorou também a qualificação dos atendimentos na atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde, a realização dos exames e o rastreamento com avaliação dos fatores de risco.

Para a equipe de saúde da unidade a intervenção exigiu a capacitação sobre os protocolos da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama recomendados pelo Ministério da Saúde, com a discussão de cada aspecto, linhas de cuidado, rastreamento, diagnóstico, conduta, atribuições de cada membro da equipe, pesquisa em situações especiais, monitoramento de resultados. Permitiu esclarecer muitas dúvidas que os membros tinham, também ajudou na integração da equipe, o que cada um reconheceu que isolados não é possível alcançar os objetivos propostos, como acontecia no início. A intervenção também mostrou a importância das atividades educativas sistemáticas, ajudou para que alguns dos membros que tinham temor para realizar palestras na frente de grupos de pessoas, conseguissem fazer. Além disso, foram estabelecidas parcerias com a comunidade na realização das atividades.

A importância para o serviço, eu considero uma das maiores vantagens porque a unidade tinha problemas com a organização do programa de detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama. O acolhimento de toda mulher que chega para a realização dos exames e a procura dos resultados passou a ter uma prioridade, a agenda foi igualmente reorganizada para oferecer a possibilidade de acolher essa demanda. Os atendimentos ganharam em qualidade e se realiza visando os fatores de risco. Também houve melhora nos registros da unidade, estão mais organizados, com os dados preenchidos, o que foi uma das dificuldades encontradas na intervenção.

As ações também contribuíram para melhorar outros serviços como planejamento familiar porque, ao avaliar as mulheres de forma integral permite ampliar a atenção sobre outros programas e este foi um dos privilegiados, foram ofertados métodos anticoncepcionais para aquela mulher que desejava utilizar. A

pesquisa de doenças crônicas como parte da avaliação dos fatores de risco levou ao diagnóstico de diabetes, hipertensão arterial, em usuárias que não conheciam da doença. Além de diagnosticar outras doenças como anemia, obesidade, litíase vesicular e renal com o adequado controle das mesmas.

Antes da intervenção, o rastreamento feito era oportunístico, não tinha em conta a avaliação dos riscos, o cadastro das mulheres não se monitorava, a busca na comunidade não se fazia para a procura das mulheres com dificuldade na realização dos exames, nem para acompanhar os resultados que se arquivavam na espera espontânea da usuária.

As referências realizadas para outros serviços como ginecologia não tiveram problemas, porque tínhamos uma especialista do hospital que prestava serviços na unidade, permitindo que as usuárias encaminhadas fossem avaliadas, o que hoje infelizmente já não contamos porque ela saiu do município, também as usuárias com transtornos nutricionais foram afetadas pela saída da nutricionista, mas esta já retornou à unidade. A realização da ultrassonografia é um problema no município, porque não tem oferta para realização para aquelas mulheres que a mamografia é indicada, então atrapalha o acompanhamento.

Para a comunidade, a principal importância da intervenção se dá porque as ações vão refletir diretamente na qualidade de vida e na atenção à saúde da população envolvida. Apesar de ainda não termos conseguido alcançar as metas propostas nos indicadores de cobertura, houve impacto com as ações implementadas, porque incorporamos mulheres que nunca tinham feito os exames, outras com vários anos sem fazer e aquelas com exames alterados que abandonaram o acompanhamento, pelo menos foram avaliadas de novo. Além disso, permitiu maior adesão das mulheres aos programas, que a comunidade se conscientizara da importância da realização dos exames, obtivemos bons resultados em relação às orientações sobre aspectos como periodicidade, sinais alerta, fatores de risco, DST's.

Pelas vivências ao longo da intervenção nos atendimentos individuais, nas atividades realizadas nos espaços da unidade e nas palestras na comunidade, assim como nos encontros com líderes da comunidade; percebemos que a população agradece pelas ações, o interesse da equipe por sua saúde, a possibilidade de ser atendidas assim que procuram a unidade. Algumas usuárias me falam na consulta que antes faltava aquilo de buscar, se os exames estavam em dia,

só se fazia atendimento pela queixa apresentada e pronto. Tenho a experiência de uma usuária avaliada com fatores de risco que não tinha falado antes e hoje tem seu acompanhamento e agradece isso. Assim também aquelas que nunca fizeram os exames mostram gratidão quando são buscadas na comunidade. As informações passadas para elas relacionadas com a realização dos exames, esclarecimento de periodicidade, mudanças nos estilos de vida para outros mais saudáveis são bem recebidas pelas mulheres.

Todos os profissionais envolvidos estão cientes que ainda falta muito por fazer em questões de mudar mitos, crenças, costumes da população para poder ampliar a cobertura dos programas.

Se tivesse que fazer atualmente a intervenção, tentaria desta vez uma maior parceria com a comunidade, porque temos muitas mulheres que demoram ou se negam a realizar os exames, então essa parceria desde antes da intervenção ajudaria na mudança de pensamento e transmissão de informações para as usuárias.

Nossa intervenção já está incorporada na rotina da unidade, tem flexibilidade na agenda para os atendimentos às mulheres com solicitação de realização dos exames, para as que procuram os resultados, são preenchidos os dados em cada registro e nos prontuários das usuárias, se monitora por parte da equipe o comparecimento das mulheres na unidade para a realização do citopatológico, a busca das mulheres que não tem os exames em dia continua. Também vem sendo implementado o monitoramento dos resultados e registros da unidade, o que foi um dos problemas da intervenção, por falta de dados que prejudicaram os resultados de vários indicadores.

Se hoje fosse iniciar a intervenção começaria a princípio pela articulação com a comunidade, tentando incentivar a criação de grupos de mulheres, que logo nos ajudariam na divulgação dos programas, na adesão das mulheres a realizar os exames para a detecção precoce, convidaríamos para participar com a equipe nas ações propostas, permitindo expor suas sugestões em cada ação a realizar. Os profissionais da unidade tem incorporada a rotina, as ações da intervenção, mas considero que existe algum com menos iniciativa para desenvolvê-las, hoje novamente a unidade sofre com as mudanças dos recursos humanos por falta de uma enfermeira que foi para outra unidade com necessidade, temos um novo

recepcionista, além de uma nova técnica de enfermagem; mas já começamos a falar sobre como deve ser a rotina na unidade.

Os próximos passos após a intervenção serão a procura das mulheres que tem pendentes a realização do citopatológico e da mamografia para ampliar a cobertura dos programas, assim como a realização do monitoramento dos resultados do citopatológico que chegue para avaliar a qualidade da amostra. As ações da intervenção também podem ser incorporadas a outras ações programáticas da unidade com melhoria da atenção aos programas já existentes, melhorando a adesão da população aos programas; aumentando a qualificação dos profissionais, monitoramento dos registros, a busca dos faltosos, o cadastramento da população. Sempre com a parceria dos gestores que ajudam na implementação dos programas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde Sr. Luiz Lopes,

Como parte do Programa Mais Médicos realizamos o curso de especialização em Saúde da Família. Escolhemos como foco da intervenção a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama pelos indicadores baixos que tinha a UBS/ESF Dr. Geraldo Siqueira. Foi uma experiência muito legal trabalhar em dois programas de importância na saúde da mulher, com uma alta morbimortalidade na população feminina no mundo.

Para a realização da intervenção precisamos no início da colaboração da secretaria municipal de saúde que providenciou todas as fichas espelhos necessárias para a intervenção, sempre que planejamos as atividades contamos com ajuda de recursos como aparelhos de som, computador, projetor, assim como folhetos educativos para distribuição à população. Também em parceria com a secretaria de atenção básica e o programa da saúde da mulher fizemos caminhadas para divulgar os programas de detecção precoce das doenças. Em palestras realizadas na unidade contamos com a presença dos gestores do município em apoio a nossas atividades.

A intervenção foi executada durante 12 semanas e tinha como objetivo ampliar a cobertura da detecção precoce do câncer de colo de útero para 70% e de mama para 60%. Conseguimos um índice de 28,8% para o primeiro, o que representa um atendimento de 157 mulheres de 25 a 64 anos das 466 residentes na área de abrangência. A cobertura para o câncer de mama alcançou 17,8%, sendo atendidas 46 mulheres entre 50 e 69 anos, dentre as 107 residentes na área de abrangência. Tivemos ao longo da intervenção dificuldades com a estabilidade dos recursos humanos da equipe, como a enfermeira, agente comunitário de saúde,

recepcionista; os problemas da estrutura física da unidade que influenciaram nos indicadores de cobertura.

A capacitação da equipe sobre os protocolos que o Ministério da Saúde preconiza para a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama permitiu que indicadores de qualidade como proporção de mulheres com amostras satisfatórias de citopatológico obtivessem 56,0% (75 de 134), resultado que teve influência pela demora da chegada ao município dos resultados dos exames de citopatológicos que não permitiu avaliar todas as coletas realizadas.

Os serviços da unidade com o desenvolvimento da intervenção melhoraram a qualidade porque um dos problemas que apresentava a unidade era o registro, por falta de dados e outros que não existiam e foram criados. Conseguimos alcançar 57,3% (90 de 157) de mulheres com registros adequados para o programa de câncer de colo de útero e 41,3% (19 de 46) para o programa do câncer de mama. Também se melhorou o acolhimento das mulheres que procuram a unidade para a realização dos exames e se flexibilizou a agenda para aquelas provenientes da busca ativa para a procura dos resultados.

A qualidade dos atendimentos também teve mudanças e uma amostra disso são os indicadores de qualidade como a proporção de mulheres com pesquisa de sinais de alerta para o câncer de colo de útero e de mama, com 100%. Foram orientadas 100% das mulheres sobre doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para o câncer de colo de útero e de mama. Também a avaliação de risco para os dois programas foi feita em 100% das mulheres acompanhadas na intervenção.

As ações realizadas para a intervenção dos programas hoje são ampliadas a outros programas da saúde na unidade como, por exemplo, o planejamento familiar, atendimento a hipertensos e diabéticos, a saúde do idoso; garantindo um melhor diagnóstico e controle das mesmas.

Os espaços da unidade de saúde são aproveitados para oferecer atividades de educação em saúde e levar a população informações que ajudam na adesão aos diferentes programas, então com a culminação das reformas que hoje a unidade tem; há a necessidade de maior estabilidade dos recursos humanos, a chegada dos resultados dos exames com maior brevidade, tudo isso melhorará com certeza as ações e os indicadores que refletem na saúde da população de nossa área.

A gestão é peça fundamental para a colaboração nas atividades de promoção à saúde realizadas com a comunidade, ressaltamos ainda que, todas as ações deverão permanecer como rotina na unidade de saúde, por isso, solicitamos que os gestores municipais continuem colaborando com os profissionais de saúde, ouvindo suas demandas e solucionando os principais problemas referentes ao serviço, somente atuando em conjunto, conseguiremos promover uma saúde de melhor qualidade para a população.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

Realizamos um projeto de intervenção durante 12 semanas na unidade de saúde Dr. Geraldo Siqueira, em São Gabriel da Cachoeira/AM, sobre um dos programas com dificuldades na unidade e de importância para a saúde da mulher, a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama. A intervenção tinha como objetivo alcançar 70% de cobertura para o câncer de colo de útero e 60% para o câncer de mama. Infelizmente não foram alcançadas essas metas porque no câncer de colo foi 28,8%, o que representa um atendimento de 157 mulheres de 25 a 64 anos das 466 residentes na área de abrangência. A cobertura para o câncer de mama alcançou 17,8%, sendo atendidas 46 mulheres entre 50 e 69 anos, dentre as 107 residentes na área de abrangência, isso mostra que ainda temos um número importante de mulheres que não fazem exames de citopatológico, nem mamografia para a detecção precoce das doenças.

Em relação à qualidade da coleta do exame para detecção do câncer de colo de útero obtivemos 56,0% satisfatórias (75 de 134), isso tem relação com a qualificação dos profissionais da unidade e das orientações que são oferecidas às mulheres quando é realizado o exame.

Também existiu demora na procura dos resultados das mulheres com exame alterado para a detecção precoce do câncer de colo de útero porque das 6 mulheres com resultados alterados, 4 não retornaram para conhecer o resultado (66,7%); aspecto necessário para o acompanhamento futuro das mulheres e a conduta de acordo com cada resultado, e realizamos a procura delas para seu acompanhamento em 100%. Com mamografia alterada tivemos 2 mulheres, mas retornaram para receber os resultados e não foi necessária a busca ativa. Conseguimos avaliar em consultas a presença de sintomas, realizar o exame físico completo para detectar qualquer alteração, orientar sobre sinais de alerta, fatores de risco, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis com uso de preservativo

em 100% das mulheres acompanhadas para a detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama.

Tivemos a possibilidade de estabelecer parcerias com mulheres da comunidade que ajudaram em alcançar os resultados positivos, foram feitas palestras em locais da comunidade, sobretudo igrejas, onde as mulheres receberam orientações sobre sinais de alerta para as doenças, como realizar o autoexame das mamas, fatores de risco para cada uma delas. Oferecemos também orientações de periodicidade dos exames, muitas esclareceram as dúvidas relacionadas com a realização dos exames.

Resultou difícil a formação de um grupo de mulheres para ajudarem regularmente na divulgação da importância da realização do citopatológico e da mamografia. No início algumas aceitaram, mas, logo que foram chamadas, recusaram por motivos diferentes.

Conseguimos incorporar mulheres com atraso na realização dos exames, divulgar em bairros a necessidade e importância de comparecer à unidade para os atendimentos, logo ao serem indicados não demorar em sua realização, retornar na unidade para receber os resultados e as condutas de acordo com os mesmos, que participem das atividades planejadas pela equipe de saúde em diferentes espaços; então melhoraremos a qualidade da saúde da mulher em relação a detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.

A comunidade faz parte da intervenção, ela pode auxiliar na divulgação das atividades nos bairros e das ações entre familiares, vizinhos, amigos, até colegas de trabalho. Só com ajuda dos membros de nossa área, a intervenção poderá ser incorporada ao serviço da unidade e alcançar melhores indicadores de saúde.

Sugiro que haja uma maior integração entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde; a formação de grupos de mulheres na comunidade; e realização de parcerias com as escolas e comunidade em geral, para promoção de palestras sobre temas importantes para as usuárias. O engajamento de todos, pode melhorar os resultados que já obtivemos com a intervenção e promover uma saúde de qualidade para os residentes na área de abrangência da nossa unidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso de especialização em saúde da família, minhas expectativas foram de insegurança porque enfrentava uma língua diferente da minha. Eu não imaginava como aconteceria o desenvolvimento ao longo do curso, fiquei angustiada no início pelas dificuldades com a internet. Consegui entrar na plataforma e percebi a importância da participação no ambiente virtual e no curso. Este se configurou como uma ferramenta para implementar, melhorar e avaliar a qualidade da atenção dos serviços em saúde prestados na nossa unidade.

Com o desenvolvimento das atividades, o preenchimento dos cadernos das ações programáticas, percebemos as dificuldades da unidade em relação a cada programa e sua implementação na atenção básica. Os indicadores baixos por falta de ações como atualização dos cadastros, porque a população migra muito da localidade. Também havia pouca busca ativa dos usuários faltosos na comunidade, porque os arquivos não eram procurados pela equipe. Além disso, havia falta de dados nos registros e prontuários dos usuários. Dificuldades no acolhimento dos usuários que alguns voltavam por falta de “ fichas” e pobre realização de atividades de educação em saúde.

O curso permitiu uma melhor organização e planejamento do processo de trabalho da unidade, discussão na reunião mensal das agendas de cada profissional deixando flexibilidade e não fixa como foi antes; avaliar os indicadores da unidade; monitoramento das ações realizadas pela equipe. Não foi tarefa fácil porque enfrentamos numerosas barreiras com os profissionais da unidade, estavam acostumados a trabalhar de um jeito e não queriam mudar no início, mas mostramos no decorrer do tempo que seguindo as diretrizes e protocolos disponibilizados pelo curso, o trabalho da unidade teria resultados positivos. Também tivemos dificuldades

por mudanças e falta de recursos humanos na unidade que atrapalharam o funcionamento do serviço.

A equipe ganhou na união dos membros com o reforço das atribuições de cada um, enfatizando na importância de trabalhar em equipe e não isoladamente como antes.

Foram realizadas as atividades da prática clínica que ajudaram na qualificação profissional esclarecendo dúvidas, atualizando sobre temas de incidência na população de nossa área. Também tivemos orientação sobre abordagem na atenção básica de doenças que o diagnóstico nem sempre é fácil de fazer.

A participação no fórum de saúde coletiva infelizmente não foi como deveria porque primeiro tinha um pouco de medo, vergonha em escrever sobre os temas, onde outros profissionais tinham acesso. Logo com o tempo isso passou e várias vezes acessei e deixei reflexões, as dificuldades apresentadas na intervenção, mas depois não consegui mais atualizar a página para compartilhar nossas vivências, pela qualidade da internet de nosso município.

Considero entre os aprendizados mais relevantes do curso, o conhecimento da estratégia da saúde da família no Brasil, sua implementação na unidade. A possibilidade de aumentar a qualificação profissional. Melhor vínculo com a equipe de trabalho, o estabelecimento de parcerias com a comunidade para entender seus costumes e ganhar a confiança dela para mudar estilos de vida por hábitos saudáveis. Compartilhar com outros profissionais as experiências vivenciadas no curso trouxe também vários conhecimentos.

Nós especializando, realizamos o projeto de intervenção nas próprias unidades de saúde, o que permitiu melhorar a atenção que oferecemos a população. O projeto de intervenção correspondeu às minhas expectativas iniciais porque com ele temos as estratégias para sua implementação na unidade básica, possibilitou avaliar o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde em nossa comunidade, as equipes fazem planejamento de melhor qualidade dirigidas aos grupos de maior risco, melhorar a situação da estratégia de saúde da família, sua implementação em cada unidade de saúde e ao final das unidades de estudo, apresentar os resultados dessas intervenções, com uma avaliação da ação implantada.

A proposta do projeto pedagógico de garantir uma atenção aos cidadãos com qualidade e a formação de profissionais desde suas cidades, com a troca de experiências para possíveis soluções a problemáticas da prática clínica com postagens no fórum e ajuda do orientador em diálogos com ele, facilitou o processo de aprendizagem e então trouxe a teoria para minha rotina de trabalho. Também influenciou no aspecto pessoal porque consegui vencer barreiras de temor que tinha, ter mais confiança em mim mesma, ajudou a estabelecer melhores relações com as pessoas que trabalham na unidade e com a comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130380&search=mazonas|sao-gabriel-da-cachoeira|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

