

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6



Trabalho de Conclusão de Curso

**Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama na USF
Santa Maria Gorete, no município de Currais Novos-RN**

Demóstenes Ferreira de Medeiros Neto

Pelotas, 2015

Demóstenes Ferreira de Medeiros Neto

**Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama na USF
Santa Maria Gorete, no município de Currais Novos-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família– Modalidade a Distância – da Universidade Federal de Pelotas/UNASUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fábio de Jesus Santos

Pelotas, 2015

Ficha Catalográfica

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M488p Medeiros Neto, Demóstenes Ferreira de

Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama na USF Santa Maria Gorete, no município de Currais Novos-RN / Demóstenes Ferreira de Medeiros Neto; Fábio de Jesus Santos, orientador. — Pelotas, 2015. 73 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Neoplasias do colo do útero. 5. Neoplasias da mama. I. Santos, Fábio de Jesus, orient. II. Título.

CDD: 362.14

Aos profissionais que fazem parte da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Santa Maria Gorete, pelo empenho e amor com que cuidam dos nossos pacientes.

Agradecimentos

Ao meu orientador Fábio de Jesus Santos, que mesmo à distância esteve presente em cada uma das etapas da construção deste trabalho.

A Gabriela, por mais um ano de distância e apoio.

Aos que fazem parte da Secretaria municipal de saúde de Currais Novos/RN por todo o apoio que foi possível ser dado às demandas da nossa equipe.

A Universidade Federal de Pelotas pela estruturação de uma especialização capaz de enfrentar os mais diversos desafios da Atenção Básica.

Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.....	48
Figura 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama	49
Figura 3: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.....	49
Figura 4: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado.....	50
Figura 5: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado.....	51
Figura 6: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e e foi feita busca ativa.....	51
Figura 7: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e e foi feita busca ativa.....	52
Figura 8: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.....	52
Figura 9: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.....	53
Figura 10: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.....	54
Figura 11: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.....	55
Figura 12: Proporção mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero.	55
Figura 13: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama	56

Lista de Abreviatura e Siglas

ACS	Agente de Saúde Comunitário
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia de saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto Inicial sobre a Situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário Comparativo sobre Texto Inicial e Relatório da Análise Situacional	26
2	Análise Estratégica.....	27
2.1	Justificativa.....	27
2.2	Objetivos e Metas.....	28
2.2.1	Objetivo Geral	28
2.2.2	Objetivos Específicos.....	28
2.2.3	Metas	29
2.3	Metodologia.....	30
2.3.1	Ações.....	30
2.3.2	Indicadores	35
2.3.3	Logística.....	37
2.3.4	Cronograma	41
3	Relatório de Intervenção	43
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	43
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas	45
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	45
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina e a descrição dos aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra	45
4	Avaliação de Intervenção	47
4.1	Resultados	47
4.2	Discussão.....	56
4.3	Relatório de Intervenção para a Comunidade.....	58
4.4	Relatório de Intervenção para os Gestores.....	61
5	Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	63
	Referências.....	65
	Apêndices	66
	Anexos.....	71

Resumo

MEDEIROS NETO, Demóstenes Ferreira de. **Prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama na USF Santa Maria Gorete, no município de Currais Novos-RN.** 2015. 73f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O objetivo deste trabalho foi qualificar a atenção à saúde da mulher no controle dos cânceres do colo de útero e de mama na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Maria Goreteno Município de Currais Novos do estado de Rio Grande do Norte. Para atingir ao objetivo foi realizado um projeto de intervenção na unidade de saúde, com ações contempladas em quatro eixos temáticos, “Monitoramento e Avaliação”, “Organização e Gestão do Serviço”, “Engajamento Público” e “Qualificação da Prática Clínica”. A intervenção foi realizada durante um período de 12 semanas, sendo adotado como protocolo Caderno de Atenção Básica - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, do Ministério da Saúde, 2013. Foram atendidas 225 mulheres entre 25 e 64 anos, 105 entre 50 e 69 anos. A proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico em dia foi 16% ao final da intervenção, com um total de 145 mulheres. A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame mamográfico em dia chegou a 17,3% de cobertura ou 61 mulheres. A intervenção trouxe melhorias na atenção à saúde prestada à população de mulheres nas faixas etárias entre 25 a 69 anos com a organização e ampliação da oferta de serviços, qualificação dos atendimentos clínicos, melhoria da qualidade dos registros dos resultados dos exames destas pacientes, no prontuário e em impressos desenvolvidos com esta finalidade. Desta forma, foi possível um melhor controle destas ações, identificando os casos de mulheres faltosas e programando atividades para estas usuárias de forma mais adequada. A intervenção será incorporada à rotina da nossa unidade, e poderá, inclusive, servir de exemplo para as demais estratégias do município, padronizando o cuidado das usuárias e garantindo melhorias dos indicadores de saúde da nossa população.

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

Apresentação

Este é um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Rio Grande do Sul (RS), com o título de “Organização e qualificação das estratégias de controle dos cânceres de colo do útero e da mama na Unidade de Saúde da Família Santa Maria Gorete do município de Currais Novos-RN. ”, que trata de um projeto de intervenção que foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Maria Gorete no Município de Currais Novos, RN, pelo especializando e a equipe da UBS com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da mulher no controle dos cânceres do colo de útero e da mama.

O trabalho está dividido em:

1- Análise situacional: que apresenta a descrição de forma sistemática da situação da Unidade Básica de Saúde Santa Maria Gorete, antes da intervenção;

2- Análise estratégica: definição do projeto de intervenção que apresenta os objetivos, metas, ações a serem desenvolvidos nos quatro eixos temáticos da especialização (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica), os indicadores, a logística e o cronograma, enfim apresenta toda a proposta de intervenção na UBS.

3- Relatório de intervenção: balanço do que foi realizado durante as 12 semanas de intervenção.

4- Avaliação da intervenção: avaliação dos resultados obtidos, qual o significado para a comunidade, para o serviço e para o profissional de saúde.

5- Reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem: como se desenvolveu o trabalho em relação às expectativas iniciais, significado para aprimoramento profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF/APS

A unidade de saúde da família Santa Maria Gorete, na qual estou atuando atualmente, foi criada recentemente, há cerca de 09 meses para atender a população do bairro de Santa Maria Gorete, no município de Currais Novos, Rio Grande do Norte (RN).

Hoje em funcionamento no antigo prédio onde antes funcionava a policlínica da cidade, que apesar de bom espaço físico, já está bastante desgastado, a nossa equipe espera pela promessa dos gestores municipais, de ter uma estrutura própria para realizar as suas atividades de forma mais adequada. Há neste atual prédio varias inadequações no que diz respeito à acessibilidade e faltam salas para as atividades da equipe, além de não contarmos com uma adequada manutenção preventiva no prédio.

Quando iniciei as atividades, há cerca de 03 semanas, fui muito bem recebido por parte da equipe, que parece trabalhar harmoniosamente. Essa equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um dentista, 06 agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar do dentista e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade também recebe uma estudante de enfermagem para campo de prática.

No ano passado, essa unidade também recebeu uma médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção básica (PROVAB), fazendo com que a equipe já esteja acostumada com as nossas rotinas da especialização, realizando mais do que os atendimentos regulares à população.

Não foram realizadas nestas semanas iniciais, campanhas educativas ou de promoção da saúde, mas foi relatado em reunião, que existe uma colaboração de todos os membros da equipe quando esses eventos acontecem.

Nossa área está com cobertura completa, com todas as famílias cadastradas na unidade, abrangendo em média, um total de 1000 famílias, cerca de 3700 usuários, segundo os dados obtidos pela análise das Fichas "A". A equipe de ACS é bastante atuante, cooperando inclusive no preparo dos pacientes e serviços dentro da unidade, já que não dispomos de recepcionistas. Somente um dos agentes não é atuante, porém sua microárea foi absorvida pelos demais agentes, para que não houvesse prejuízos para a população.

O espaço geográfico em que essa ESF atua possui uma baixa concentração de equipamentos sociais, contando somente com uma igreja e uma escola, dando espaço para que a criminalidade – existindo inclusive, pontos de venda de entorpecentes – seja um problema social frequente nessa região.

A comunidade demonstra estar bastante satisfeita com os atendimentos, não relatando dificuldade para marcação de consultas. Existe sim, uma grande demora na realização de exames laboratoriais e de imagem, o que muitas vezes atrasa o acompanhamento dos pacientes, que por razões socioeconômicas, não podem realizar tais exames por meios próprios. Também existe uma enorme dificuldade na dispensação dos medicamentos, que não é realizada na unidade, por não possuir farmácia. Os pacientes devem se encaminhar até a atual policlínica da cidade para recebê-los.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Currais Novos, localizado no estado do Rio Grande do Norte (RN), possui aproximadamente 42.652 habitantes (IBGE, 2014). Ao todo são 17 equipes de Estratégia Saúde da Família atuando na cidade, das quais 15 possuem equipe de saúde bucal, não existindo Unidades Básicas de Saúde tradicionais, sem estratégia de saúde da família.

Funciona atualmente na cidade, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com atendimentos dos seguintes profissionais: 01 psicólogo, 02 fisioterapeutas, 01 psiquiatra, 01 educador físico, 01 pediatra e 01 assistente social. O projeto para a implantação do segundo NASF está em andamento, já contando com alguns profissionais como assistente social, ginecologista, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga, mas sem previsão de inauguração.

Existe também um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que conta com 10 odontólogos, desenvolvendo procedimentos como endodontia, periodontia, prótese, cirurgias, restauração de canal e atendimento à paciente com necessidades especiais.

Na Policlínica da cidade, são realizadas consultas de especialistas como urologista, gastroenterologista, neurologista, cardiologista, ortopedista, ginecologista, angiologista, dermatologista, oftalmologista. E ainda terapias fonoaudiológicas, serviço de psicologia e nutricionista. Neste mesmo local são realizados exames

laboratoriais, radiografias, eletrocardiograma, ultrassonografias, dentre outros exames, como teste de PPD e baciloscopia do escarro. Também funciona na policlínica a sala de vacinas referência para todoo município, com boa oferta de vacinas. Os exames de maior complexidade e custo são pactuados com o município de Natal/RN e referenciados quando necessários.

No município temos apenas um hospital – Hospital Regional Dr. Mariano Coelho - que funciona com pronto atendimento em urgências e emergências, maternidade, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e neonatal, enfermarias clínicas e cirúrgicas. Esse serviço encontra-se extremamente deficitário, sofre com falta de profissionais, insumos, equipamentos e estrutura ultrapassada. A sobrecarga no serviço de urgência ainda é agravada pelo fato de não termos Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, no entanto, contamos com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Maria Gorete, está localizada na zona urbana, destinada ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas uma equipe está alocada na Unidade de saúde sendo composta por 06 Agentes Comunitários de saúde, 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista e 01 técnica de saúde bucal.

A estrutura da Unidade Básica de Saúde se mostra bem divergente da sugerida pelo Manual de Estrutura da UBS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). No entanto, assemelha-se fortemente com a maioria das UBS avaliadas no artigo de Siqueira e Cols (2009), especialmente no que diz respeito aos problemas de acessibilidade.

Grande parte desses transtornos se deve ao fato de que a estrutura não foi projetada para ser uma UBS. Atualmente a unidade funciona no espaço da antiga Policlínica da cidade, que apesar de bastante amplo é dividido com a Vigilância Sanitária municipal e com o Núcleo de Saúde Reprodutiva. Além disso, este espaço já tem muitos anos desde sua inauguração e segue sem manutenção preventiva regular adequada, revelando alguns pontos de infiltração e faltam elementos básicos, como lâmpadas queimadas em todos os ambientes. Mesmo existindo há um ano, a equipe não tem previsão para ser instalada em local adequado, aguardandopara iniciar a construção de um prédio próprio.

Existem outros problemas como a falta de vários espaços sugeridos no Manual de Estrutura da UBS do Ministério da Saúde, como: sala dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), sala de vacinas, locais para destinação de tipos específicos de lixo, sala de nebulização, sala de reunião, escovário, corredores mais largos e com corrimão, banheiros adaptados para portadores de deficiências efarmácia. Esta última é hoje o espaço que mais faz falta na unidade, pois obriga todos os usuários a se deslocarem até a atual Policlínica da cidade para receber os medicamentos, muitas vezes tendo que percorrer uma grande distância.

Por sua vez, os espaços existentes também não se enquadram nas normatizações que devem ser seguidas, principalmente no que diz respeito às dimensões e equipamentos. A unidade possui uma ampla sala de espera, que comporta mais de 45 pessoas mas que não possui cadeiras, apenas bancos de madeira sem nenhum conforto. Os consultórios possuem pia, iluminação natural e climatização, mas são equipados apenas com o mínimo – mesa e cadeira para o profissional, cadeira para o paciente e mesa de exames. As solicitações de mobiliário para equipar os consultórios, farmácia e sala de vacinas, bem como, cadeiras de rodas, otoscópio, negatoscópio, já foram feitas por diversas vezes, até o momento sem êxito.

As medidas antropométricas são realizadas na única balança para adultos disponível, no caso das crianças faz-se a pesagem de forma incorreta e aproximada, pela subtração da pesagem do responsável sozinho, do binômio pai e filho, e medidas com fita métrica comum, ou seja, não existe balança infantil e nem régua antropométrica infantil, prejudicando o acompanhamento do crescimento das crianças e reduzindo as chances de atuação precoce em alterações patológicas.

A unidade não possui instrumentos para realizar pequenos procedimentos como suturas ou materiais básicos para a aplicação de medicações endovenosas ou hidratação. Alguns casos, que poderiam ter resolutividade no ambiente da Unidade Básica de Saúde (UBS), são encaminhados para o único Pronto Socorro (PS) da cidade, que sofre com falta de médicos e insumos. Também faltam meios próprios de comunicação, visto que a unidade não possui computador, internet ou telefone, o último sempre com funcionamento comprometido. Quase sempre são utilizados quando disponíveis, os equipamentos de comunicação presentes no Núcleo de Saúde Reprodutiva, que funciona no mesmo prédio.

Já o consultório odontológico possuía a maioria dos equipamentos e materiais de consumo listados, sendo considerados pelo odontólogo, como sendo suficientes para a boa prática odontológica, no âmbito da atenção básica.

A acessibilidade para pacientes portadores de deficiência e para os idosos se dá apenas pela presença de uma pequena rampa no acesso principal da unidade, mas os banheiros, por exemplo, não são adaptados. Sinalizações especiais, eliminação de batentes ou mesmo cadeiras de rodas e a área externa a unidade só oferecem dificuldades para o acesso dessa população pela presença de desníveis e buracos nas calçadas.

Para exemplificar a importância desses equipamentos que garantem o acesso desses usuários, recentemente uma senhora diabética, com amputação de membro inferior direito, não conseguiu ser atendida na unidade pela falta de uma cadeira de rodas para auxiliar na sua locomoção dentro da unidade. Tal evento causou grande constrangimento para usuária e para toda a equipe, que para tentar solucionar a demanda da paciente, realizou o agendamento de uma visita domiciliar, entretanto, o direito básico da usuária de ir e vir foi negligenciado neste momento.

Apesar de tudo, a equipe tem sempre se mostrado motivada em busca da melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários sendo, muitas vezes, necessário o improvisado. O consultório médico foi instalado, após a chegada do médico do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), na antiga sala de preparo, que hoje funciona na mesma sala dos curativos. Faltavam vários itens para ser como o idealizado, mas já dava condições para realizar um bom atendimento.

Essas limitações estruturais e materiais afetam diretamente a dinâmica da UBS e da equipe da ESF, uma vez que impede que o trabalho de toda equipe seja adequado, pois desde a triagem/acolhimento não existem condições satisfatórias, culminando com um exame físico também deficiente e a não disponibilização de medicações dentro da unidade. E a população se vê muitas vezes, obrigada a realizar consultas especializadas e exames particulares, além de ter que se deslocar para receber os medicamentos prescritos.

Para alcançar uma melhoria contínua do serviço prestado toda a equipe deve ser orientada sobre quais itens se fazem necessários para que existam condições, dentro dos padrões mínimos adequados, para o desenvolvimento pleno do seu trabalho. Além disso, a população também deve ser instruída sobre essas regulamentações e ser estimulada a cobrar junto à Secretaria Municipal de Saúde sua nova UBS com estrutura física dentro dos padrões de qualidade existentes.

A adequação dos equipamentos que fazem parte dos ambientes da UBS, a melhoria da acessibilidade e eliminação de barreiras arquitetônicas para idosos e portadores de deficiência, bem como a melhoria da manutenção preventiva são pontos a serem providenciados com urgência.

As prioridades se dirigem para melhorar os atendimentos e facilitar o acesso dos usuários à unidade, já que esta é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Cobrar de forma organizada e respaldada a estruturação adequada da unidade junto à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) da cidade, a disponibilização do sistema de informação para a equipe e, principalmente, a participação maciça de todos os componentes da equipe nas reuniões, afim de trazer à tona discussões construtivas, troca de conhecimentos e surgimento de idéias para melhorar sempre a satisfação dos nossos usuários. Apesar dos inúmeros obstáculos, toda a equipe vem sempre se mostrando disponível e empenhada em prestar uma atenção à saúde de maneira qualificada.

A atenção básica deve estar estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população. Para tanto deve ser referência, uma modalidade de atenção e de serviço de saúde com alto grau de descentralização, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica que tenha uma visão mais integral, capaz de construir vínculos e exercer intervenções clínica e sanitariamente efetivas.

É papel da equipe de saúde da família, coordenar o cuidado, elaborar, acompanhar e gerir o planejamento das ações de promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação. E ainda, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes, ou seja, ser o elo entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos.

Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado propostos na Portaria Nº2.488 de 21 de outubro de 2011.

As práticas de regulação já são realizadas no município para garantir a articulação com os demais níveis de atenção nas condições e no tempo adequado. As reguladoras fazem parte da equipe e se encontram dentro das UBS atendendo à

demanda de cada unidade, sendo que alguns casos são regulados na Secretaria de saúde.

As equipes têm por obrigação, após o cadastramento das famílias, traçarem o perfil epidemiológico da população adstrita, buscando reconhecer suas necessidades, contribuindo para um planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde, adequado aos mais variados grupos.

O processo de territorialização da área foi feita somente pelos ACS e enfermeira da equipe, sendo utilizadas as planilhas da Ficha A, que carecem de dados. Sendo assim observamos que durante a construção do Caderno de Ações Programáticas e ao responder os questionários, inúmeras incoerências e falta de dados, que comprometem o planejamento das ações a serem desenvolvidas e implantadas pela equipe.

As atribuições específicas de cada membro da equipe não são exercidas na sua plenitude, mas de forma a se aproximar do ideal proposto, pois muitas são as dificuldades estruturais e do sistema de saúde encontradas no município. Existe uma dificuldade em especial, de manter a coordenação do cuidado dos usuários, que uma vez encaminhados para outros serviços ou especialidades, não trazem a contra referência para a nossa equipe.

A participação mais enfática dos médicos e da equipe de saúde bucal no gerenciamento dos insumos e a presença nas reuniões da equipe, que ocorrem quinzenalmente, ajudariam em muito a diminuir as responsabilidades de cada membro da ESF e a promover mais momentos de discussão sobre a situação da população, troca de conhecimentos entre a equipe multidisciplinar e programação de atividades de educação em saúde.

A equipe e os usuários sofrem as conseqüências de ter uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) sem plenas condições de funcionamento, por inúmeros motivos já relatados. A sobrecarga de atribuições gera falta de tempo para criar grupos preferenciais, consultas com tempo reduzido e até falta de registro adequado nos prontuários e informações importantes, como as doenças de notificação compulsória, uma vez que faltam até mesmo os impressos para a alimentação dos sistemas de informação.

Para facilitar a comparação da adequação ou não da equipe ao número de habitantes, observa-se que a área de atuação da equipe cerca de 3732 habitantes, dentre eles 2378 são do sexo feminino e 1354 são do sexo masculino; crianças de 0

a 6 anos de idade somam 277; idosos são 814; sendo os demais 2641 referente às crianças até 12 anos, adolescentes e adultos. Vale salientar que essa área foi distribuída para 06 ACS, Sendo assim, cada ACS não chega a ter mais que 580 pessoas sob sua responsabilidade.

A equipe é composta por 06 ACS, 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista e 01 técnica de saúde bucal. Portanto, a equipe se encontra dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, não há excesso de demanda nem programática nem de demanda espontânea, facilitando a prestação de um atendimento de qualidade, mesmo com algumas dificuldades.

A adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE) ocorreu no final do ano de 2013 e estão sendo promovidos momentos de educação em saúde no ambiente escolar, visando atingir a população jovem que se encontra ausente dos serviços de saúde por não apresentarem com frequência o processo de adoecimento.

A demanda programática é facilitada pelo agendamento das consultas previamente, algumas não são marcadas logo em seguida a saída do paciente da consulta atual por questões de facilitação do trabalho dos ACS e técnica de enfermagem, bem como dos pacientes que muitas vezes esquecem a data do retorno. Mas todos são amplamente orientados a quando devem retornar para fazer a marcação. No caso da demanda espontânea, o acolhimento é feito durante todo o expediente, 5 dias por semana, no horário de funcionamento da ESF. Esse acolhimento é feito por todos os profissionais, os quais são sempre orientados pela enfermeira a resolver o problema do usuário naquele momento, seja realizar uma consulta, encaminhamentos, orientações.

O acolhimento na unidade é realizado principalmente pela técnica de enfermagem e pelos ACS, pois se encontram na recepção da nossa unidade durante os atendimentos. Sempre que necessário, os médicos e/ou a enfermeira são consultados para definir a conduta adequada de acordo com a necessidade do usuário.

Não existe grande sobrecarga de demanda por consultas médicas na unidade, Todos os casos excedentes são ouvidos e analisados pela equipe, que de acordo com a necessidade e urgência, orienta o paciente ou realiza o atendimento no mesmo momento ou de forma prioritária, de acordo com cada caso.

Quando é necessário o encaminhamento a um serviço de urgência, este é realizado para único hospital do município, que tem sofrido pela falta de médicos, de materiais, medicações, insumos, estrutura. Algumas vezes são vivenciadas situações que poderiam ser resolvidas na UBS, mas não se faz possível pelas dificuldades estruturais e falta de equipamentos e insumos adequados.

Os atendimentos de Saúde Bucal, também não apresentam excesso de demanda, com bom funcionamento e atendimento em tempo adequado à população.

Já em relação aos atendimentos pela enfermagem, existe um excesso de demanda pela população, visto que ela é única para a população total e uma sobrecarga da profissional enfermeira, por esta ter diversas outras atribuições sobre sua responsabilidade.

O atendimento à criança é organizado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na faixa etária de 0 a 1 ano, mensalmente; de 01 a 02 anos trimestralmente; e de 02 a 06 anos de idade uma vez ao ano ou em qualquer necessidade, conforme orientado no Manual do Ministério da Saúde (MS) do ano de 2012, sendo que a cobertura da puericultura na área é de aproximadamente 44%. Esses atendimentos ocorrem uma vez por semana pelo médico e pela enfermeira, de forma a alternar as consultas médicas e de enfermagem.

Antes de ser iniciado o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento das crianças, é feita a visita na primeira semana de vida pela enfermeira e ACS, onde são feitas as orientações quanto aos cuidados com a higiene do recém-nascido, a importância do aleitamento materno exclusivo, a realização do teste do pezinho e triagem auditiva, a vacinação sempre atualizada, as consultas de puericultura e a prevenção de acidentes.

Outro programa preconizado, mas colocado em prática apenas há cerca de 5 meses é o de atenção à saúde bucal das crianças, inclusive as que se encontram entre os 6 meses e o primeiro ano de vida. Para as crianças em idade escolar, o Programa Saúde na Escola tem sido a maneira de atingir essa população.

Debatendo com a enfermeira, que está na unidade desde sua implantação, ela informou que a adesão da população a esse tipo de cuidado com a criança tem melhorado progressivamente, uma vez que tem sido abordada em reuniões de equipe, a importância de um trabalho de educação dos usuários em relação aos programas em desenvolvimento na unidade. Trabalho esse que deve ser exaustivo e

permanente, afim de mostrar a população qual a função da atenção básica e que esta é a porta de entrada para o SUS.

Para registrar a evolução da saúde da criança, temos utilizado a caderneta de saúde da criança que deve ser oferecida antes da saída da maternidade, plotando nos gráficos as informações solicitadas, observando suas curvas e realizando a evolução das consultas nos prontuários individuais de cada criança. E o acompanhamento do comparecimento adequado e qualquer eventualidade é feito pelas ACS e comunicado a enfermeira, hoje também coordenadora da equipe.

As consultas de puericultura na unidade poderiam ser melhoradas com a adição de outros profissionais na rotina da atenção à saúde da criança, como por exemplo, médicos pediatras, nutricionistas e educadores físicos.

Hoje, o processo é desenvolvido basicamente pelo médico e enfermeira, que revezam na realização das consultas do Crescimento e Desenvolvimento. O odontólogo membro da equipe, também poderia contribuir mais ativamente na promoção da saúde bucal nesta faixa etária, já que atende uma quantidade significativamente menor de crianças.

Mais uma vez, existe também na realização do Crescimento e Desenvolvimento, uma sobrecarga de atribuições com a enfermeira da equipe, que além de realizar suas consultas, é responsável pela maior parte da produção de registros e organização dos dados de atendimentos na nossa unidade. A contribuição dos outros membros da equipe deverá ser estimulada durante as reuniões de equipe.

Também existe a necessidade de aquisição de matérias para melhor realizar as medidas antropométricas das crianças, como estadiômetro horizontal e balanças adequadas. Dessa forma, a avaliação do crescimento seria melhor realizada.

A atenção ao pré-natal na UBS é organizada de forma que as consultas são realizadas semanalmente, sendo que as gestantes são atendidas alternadamente por enfermeira e médico, uma vez por mês até o oitavo mês, quando as consultas passam a ser quinzenais, e no último mês se tornam semanais. Nessas consultas aborda-se a história prévia de saúde das usuárias, histórico ginecológico, a solicitação dos exames laboratoriais, sorologias e USG obstétrica. Orienta-se quanto à alimentação adequada, aumenta da ingesta hídrica e atividade física. Fala-se sobre as alterações características, como minimizá-las e todas as outras orientações

propostas no Manual de Pré-Natal de Baixo Risco do ano de 2013, elaborado pelo Ministério da Saúde.

Realiza-se ainda, mensalmente, o encontro no grupo de gestantes, momento em que são abordados assuntos que geram maiores dúvidas nas pacientes. O assunto é explanado pela enfermeira e médico, ou com a colaboração de outros profissionais da saúde, e em seguida na roda de conversa são trocadas experiências entre as pacientes e entre estas e os profissionais.

A Rede Cegonha tem melhorado o acesso das gestantes aos exames e acelerado a entrega dos resultados, dando um retorno mais rico com a ampliação da visão sobre o estado de saúde da usuária.

Os registros têm sido realizados no cartão da gestante, no prontuário individual, no SisPréNatal e no livro destinado a registrar os dados das consultas de cada gestante. É através desse último que a enfermeira tem realizada a avaliação, acompanhamento e busca ativa das gestantes faltosas.

Segundo informações colhidas com alguns componentes da equipe, que já têm uma maior vivência na área, o número de gestantes que hoje buscam na atenção básica para o acompanhamento no pré-natal aumentou consideravelmente, visto que, há cerca de 1 ano atrás não haviam gestantes em acompanhamento na unidade, sendo que esse fato se deve a cultura da população de que apenas os ginecologistas fazem esse tipo de consulta e atualmente estima-se a cobertura do pré-natal em 29%.

Enfim, após um trabalho exaustivo de educação das usuárias sobre a capacidade e disponibilidade da equipe para fazer o acompanhamento e a confiança entre usuário e profissional, a consulta tem sido amplamente aprovada.

Em contrapartida aos avanços no pré-natal, encontra-se na prevenção ao câncer do colo do útero e mama o desenvolvimento das ações em passos mais lentos. É atribuição da enfermeira a coleta das amostras do exame citopatológico, sendo realizada uma vez por semana, em dois períodos, afim de alcançar o maior número de mulheres possível.

Hoje a cobertura para prevenção dos cânceres do colo do útero e mamas, respectivamente, é de aproximadamente 50% e 40%. E o percentual de pacientes com exame citológico para câncer do colo do útero é de 75% e de mamografias em dia é de 59%. Esses números foram aproximados a partir dos poucos registros que temos na unidade sobre a realização destes exames e extrapolados para o período

de um ano, conforme solicitado no preenchimento do Caderno de Ações programáticas da especialização.

No momento da coleta é realizada uma anamnese da usuária, direcionada para as queixas ginecológicas. Durante essa mesma consulta é feita a orientação sobre o auto-exame das mamas, exame das mamas e direcionamentos necessários, seguindo o protocolo do MS de 2013 para prevenção do câncer de colo do útero e mama.

A falta de monitoramento das mulheres que nunca fizeram coleta de citologia oncológica, ou das que já deveriam ter retornado ao serviço para novo exame, caracterizam um problema estratégico e que necessita de intervenções. Outra barreira para que esta avaliação seja feita, é a carência de mais pessoas na equipe para alimentar esses levantamentos de dado e de um sistema informatizado que funcione adequadamente, pois o sistema já existente, o SISCOLO, pouco tem modificado as condutas na unidade, pois não é alimentado corretamente. A única fonte de dados se torna o prontuário das usuárias, nem sempre corretamente preenchido e com difícil acesso, e o livro com registro da realização dos exames citopatológicos.

Caso esses dados fossem atualizados, seria possível instituir uma rotina de rastreamento organizado, alertando a população que não comparece à UBS sobre os riscos desta enfermidade. Também seria possível manter um melhor acompanhamento dos casos onde há alteração do exame citopatológico, com necessidade de repetição do exame em um período mais curto ou quando houve a necessidade de encaminhamento para serviço especializado (realizar biópsia, colposcopia, dentre outros procedimentos). A adoção de medidas para organizar esse aporte de dados deverá ser discutida com urgência nas reuniões da equipe.

A realização de palestras para educação continuada da população existe, mas é bastante tímida, não atingindo grande parte da população por falta de recursos de divulgação e também precisa acontecer com maior frequência. Desta forma, a população estaria mais ciente sobre os fatores de risco e as rotinas de rastreamento.

Mas dentre todas as ações, pode-se dizer que nenhuma será tão eficiente quanto à busca ativa das mulheres de 25 a 69 anos, que englobam a faixa etária em que está indicada a coleta do preventivo e/ou realização da mamografia. No caso da prevenção do câncer do colo do útero, a faixa etária é de 25 a 64 anos de idade e

corresponde a cerca de 904 mulheres da área adstrita. Para a prevenção do câncer de mama, a faixa etária foco é a de 50 a 69 anos de idade, correspondendo a 352 mulheres da área.

Para a atenção aos hipertensos e diabéticos, disponibiliza-se os atendimentos do programa do HiperDia. Existem cerca de 567 portadores de hipertensão arterial sistêmica e 163 de diabetes mellitus. Para garantir o acesso desse grande número de usuários, o atendimento é realizado em 2 turnos pelo médico e em 1 turno pela enfermeira. Os dados dessa população encontram-se bem organizados, pelo acompanhamento que as ACS realizam de forma mais constante à essa população, proporcionando uma atenção de melhor qualidade.

Mesmo sendo esse número elevado, existe uma boa cobertura que é de 74%, tanto para hipertensos quanto para diabéticos. Na maior parte das consultas, além do exame físico dos usuários, são realizadas orientações sobre as mudanças no estilo de vida que mais influenciam no tratamento dos hipertensos e diabéticos, como atividades físicas regulares, alimentação saudável, abandono do tabagismo e redução do peso. A avaliação de saúde bucal para hipertensos gira em torno de apenas 6%, no caso dos diabéticos, melhora pouco, cerca de 29%. Tais dados saltam aos olhos e nos indicam necessidade de melhoria imediata, como é o caso da estratificação de risco cardiovascular, que não é realizada rotineiramente.

Mais da metade dos hipertensos têm suas consultas em dia, pois sempre buscam a unidade para renovação da receita das medicações de uso contínuo, que só são renovadas mediante consulta com os profissionais de saúde capacitados, pois havia acultura de renovar tais receitas sem o acompanhamento adequado, perdendo a oportunidade de atuar na promoção de hábitos saudáveis, solicitar exames e avaliar a evolução dos pacientes.

No caso dos diabéticos, existe um acompanhamento em ambulatório de endocrinologia na Policlínica da cidade, que recebe a maioria dos pacientes com esta patologia da nossa área. Por isso, apenas cerca de 39% dos usuários portadores dessa doença estão com o acompanhamento em dia na unidade. De qualquer forma, os ACS são orientados a rotineiramente realizarem visitas e atualizar dos últimos acontecimentos, se realmente têm feito consulta, se os exames estão atualizados, orientando a procura da unidade de saúde em alguns casos.

Tendo em vista a cronicidade da doença e o cuidado prolongado com esses pacientes, as consultas deveriam ser agendadas em cada oportunidade de

comparecimento desses pacientes na unidade, o que muitas vezes não acontece na unidade. Também é necessário a utilização de protocolos de avaliação do risco cardiovascular, para melhor conduzir a terapêutica desses pacientes.

Os exames periódicos são checados com uma boa frequência, mas há a necessidade de melhorar o tempo que leva para agendar a realização desses exames e o recebimento dos resultados, que já chegaram a levar vários meses para que chegassem às mãos dos usuários. O exame clínico dos pés também não é realizado na unidade, por falta de equipamentos necessários (monofilamento 10g, diapasão) para avaliar a sensibilidade, no entanto quando há queixa, esse exame é feito e orientações de cuidado com os pés diabéticos são realizados.

No atendimento a pessoa idosa, muitas brechas ainda têm sido deixadas, não sendo realizadas as avaliações mais minuciosas como a multidimensional rápida, a avaliação de risco para morbimortalidade e a investigação de indicadores da fragilização na velhice, sugeridas no Caderno de Ações Programáticas e nos protocolos do MS de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do ano de 2006 e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento do ano de 2010.

Muitos cuidados, que levariam a um aumento na qualidade do cuidado prestado a esta população, ainda faltam ser implementados como a criação de um grupo direcionado para tal público, intensificar a execução de atividades de educação continuada direcionada, mesmo que em sala de espera, grupos de caminhadas, com um trabalho mais próximo com o NASF, a fim de trazer os profissionais como nutricionista e educador físico para estimular a população.

Seria importante a criação de um arquivo específico em que facilitaria o acesso aos dados dessa população. A participação de outros profissionais no processo de educação continuada desses pacientes, realizando palestras em grupo e também individual durante as consultas, seria de extrema importância para fortalecer o vínculo e reforçar as orientações de rotina.

Há falta de direcionamento e de atividades que estejam focadas nessa população, seja ela saudável ou não. Faltam cadernetas da pessoa idosa para distribuição para toda esta população e as que existem não estão sendo utilizadas pela equipe, visto que demanda maior tempo nas consultas para que registrem os dados solicitados.

Sem contar que muitos idosos são resistentes às consultas de médico e/ou enfermeira e outros fazem acompanhamento de longa data com seus médicos

assistentes, portanto, não desejam o acompanhamento da equipe de saúde da família. Mesmo com esses obstáculos temos conseguido acompanhar cerca de 76% dessa população. Dessa forma, pode-se dizer que a cobertura é boa, uma vez que toda a área adstrita é coberta pelos ACS e mesmo os pacientes que não desejam o acompanhamento, os quais foram citados anteriormente, recebem atenção e expomos nossa abertura para qualquer eventualidade.

Para alcançar tal cobertura disponibilizaremos horários para consulta agendada, intimamente associada ao dia da consulta do programa HiperDia, realiza-se visita domiciliar e discutimos em reuniões com a equipe a necessidade e importância de implantar um grupo de idosos, o que contemplaria também os hipertensos e diabéticos.

O atendimento de saúde bucal cobre apenas 8% dos idosos acompanhados na unidade, dado alarmante, devendo-se elaborar uma estratégia para que ocorra inclusão da população idosa.

É necessário colocar em prática os protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde e também disponibilizar mais tempo para cada consulta. Tudo isso com a finalidade de tornar o atendimento a esta população focado intensamente na preservação da funcionalidade e autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

A atenção à Saúde Bucal ocorre através da demanda espontânea. A marcação das consultas de demanda livre ocorre uma vez por semana e as urgências são atendidas no mesmo dia ou de acordo com a necessidade. Os tratamentos são marcados através de uma lista de espera, onde ao ser finalizado um desses pacientes, outro é chamado para dar início ao seu tratamento.

Graças às demandas de elaboração dos relatórios, questionários e caderno de atenção básica, ficou clara a necessidade de organizar a agenda para que sejam atendidos adequadamente os idosos, hipertensos, diabéticos, e até mesmo as gestantes e crianças, que têm programa direcionado.

Em conformidade com o que foi exposto anteriormente, o ponto forte da equipe é sua disposição e empenho para desenvolver suas responsabilidades e atribuições, mesmo com todo os inúmeros obstáculos que são encontrados diariamente. Talvez um dos maiores desafios, esteja na mudança de concepções dos gestores, não apenas do município de Currais Novos, mas de todo o país, que

ainda não conseguem enxergar os benefícios do investimento neste cenário, que constitui um dos pilares da sociedade, a saúde.

A atenção básica, especificamente, deveria ocupar um lugar de destaque, já que uma população trabalhada na prevenção e na promoção da saúde significa uma população mais saudável, reduzindo os elevados gastos com a hospitalização dos pacientes.

Após a exposição da realidade por mim vivenciada na ESF Santa Maria Gorete, gostaria de dar o destaque devido às atividades que vêm sendo propostas e desenvolvidas nas últimas semanas.

Graças à necessidade dos dados demandados pelos questionários, Caderno de Ações Programáticas e demais atividades, foi que percebemos a inevitabilidade de agregar os dados da nossa população para assim idealizarmos e executarmos ações dirigidas ao perfil epidemiológico da população adstrita à nossa ESF.

Por influência das atividades, buscamos o cálculo, por exemplo, da população total da área da estratégia; o número de pessoas por sexo; crianças de 0 a 01 ano, de 01 a 02 anos e de 02 a 06 anos de idade; mulheres de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos, faixas etárias que incluem as mulheres em idade de realizar preventivo e mamografia, respectivamente; e o número de idosos. A existência desses indicadores possibilita conhecermos melhor nossos pacientes para guiarmos as orientações e terapêutica.

Outra ideia que surgiu foi a oferta de cuidados de saúde bucal em domicílio para os pacientes com mobilidade reduzida ou restritos ao leito, que ainda não é realizado pela equipe de saúde bucal.

A discussão, não só entre na equipe, mas em todo o município, acerca das doenças de notificação compulsória, que pode ser feita por qualquer componente da equipe e sua consolidação pode proporcionar o desenvolvimento de planos de cuidados para a população.

Enfim, muitos foram os benefícios trazidos pela especialização para construção de novos paradigmas para o que temos como atenção básica.

1.3 Comentário Comparativo sobre Texto Inicial e Relatório da Análise Situacional

Ao compararmos o texto da segunda semana de ambientação, quando eu me encontrava havia apenas 03 semanas na unidade, com o texto atual, fica claro que o número de informações colhidas e a vivência trouxeram consigo um maior conhecimento do perfil da equipe, do município e da própria estratégia.

Com o decorrer das semanas fui tomando ciência da situação de saúde da população e do município, o que facilitou a elaboração do relatório de análise situacional.

Muitos dos pontos negativos expostos no texto inicial são reforçados no relatório, como por exemplo, as questões estruturais e de insumos, demora na liberação dos resultados dos exames, a falta de contra referência, dentre outros. Todavia, agora com maior propriedade podemos identificar melhor os elementos que fazem de nossa equipe uma referência na cidade.

A busca pela consolidação dos dados de nossa área, o surgimento de novos paradigmas na unidade, novos ideais, novos rumos a serem seguidos, agora com embasamento, foram melhoras atingidas após muitos debates entre a equipe. Debates esses que surgiram após o início das atividades da especialização, visto que a presença da enfermeira durante a resolução dos questionários levantou muitos pontos que até o momento não haviam sido visualizados, levando esta problemática aos demais membros da equipe.

O que anteriormente parecia uma visão vaga da realidade é hoje aprofundada pelo conhecimento de nossa população, possibilitando uma melhor exposição do que temos vivido e compartilhado. A fundamentação dada pelos indicadores que conseguimos agregar foi sem dúvida um grande passo, e a partir deste momento é cobrado dos ACS e de toda a equipe o acompanhamento mais próximo de cada um dos usuários.

Fica fácil agora, ao trocarmos entre professores e alunos da especialização as situações presenciadas por cada um, traçar as características que constituem a atenção básica a nível do Brasil.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Uma vez que, no Brasil, apenas para o ano de 2012, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2012). Tais tipos de câncer têm alta incidência e grande mortalidade relacionadas a eles, sendo os tipos de cânceres mais comuns nas mulheres, excetuando-se o câncer de pele. Desta forma, torna-se de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem não só o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, mas que também garantam a integralidade do cuidado, fazendo com que as ações de detecção precoce estejam relacionadas ao acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Maria Gorete é composta por 06 ACS, 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista e 01 técnica de saúde bucal. Essa equipe é responsável por uma população de cerca de cerca de 3700 habitantes, dentre eles 2378 do sexo feminino e 1354 do sexo masculino.

Na área de atuação da ESF Santa Maria Gorete, existem aproximadamente 904 mulheres entre 25 e 64 anos de idade e 352 mulheres entre 50 e 69 anos de idade que serão beneficiadas com a proposta da intervenção. Atualmente cerca de 50% das mulheres entre 25 e 64 anos estão sendo acompanhadas na unidade para a prevenção do câncer de colo do útero e, aproximadamente, 40% das mulheres entre 50 e 69 anos de idade estão sendo acompanhadas para a prevenção do câncer de mama.

As ações desenvolvidas na UBS, atualmente, para este público alvo em relação a prevenção e controle dos cânceres do colo do útero e da mama são: consulta ginecológica com a coleta do exame preventivo, exame clínico das mamas, encaminhamentos para ultrassonografia mamária e exames monográficos. Não existe um grupo direcionado para atender às demandas dessas pacientes, ou qualquer outro tipo de ação.

Tais dados comprovam a necessidade real de se desenvolver uma intervenção voltada para esse público específico, diminuindo a morbimortalidade causada por estas doenças tão prevalentes. Provavelmente, esta intervenção será facilmente incorporada, uma vez que será algo prático e que não demandará muito tempo para ser realizado.

Os instrumentos criados para a intervenção – fichas espelho e de arquivo, cartas convite e Caderneta de saúde da mulher - facilitará a organização e gestão do serviço, já que será facilmente visualizado e disponibilizado aos profissionais e usuárias, garantindo o monitoramento e avaliação dos dados gerados pela ação. Além disso, ele vai permitir a atualização das consultas e exames e o engajamento público uma vez que as mulheres terão a co-responsabilidade sobre sua saúde.

Por fim, ele possibilita a qualificação da prática clínica, pois todos os profissionais estarão contribuindo com sua “fiscalização” e melhorando continuamente seus atendimentos, pois participarão dos momentos de capacitação. Todos os membros da equipe de saúde estarão envolvidos e serão atores na execução do plano de ação que será proposto, melhorando os indicadores de saúde da população.

A facilidade de acesso aos dados das usuárias é o que torna o projeto de intervenção mais viável, como dito anteriormente. Mas, sem dúvida, será relevante para melhoria da saúde dessas mulheres, pois a atenção básica trabalhará sobre seu foco, a prevenção, o que garante melhoria da qualidade de vida, diagnósticos precoces e cuidado integral à saúde da mulher.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção à saúde da mulher no controle dos cânceres do colo de útero e de mama.

2.2.2 Objetivos Específicos

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

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

2.2.3 Metas

- 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 75%.
- 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%.
- 3 Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.
- 4 Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde.
- 5 Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde.
- 6 Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 7 Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 8 Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em impresso específico para 100% das mulheres cadastradas.
- 9 Manter registro da realização da mamografia em impresso específico para 100% das mulheres cadastradas.
- 10 Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).
- 11 Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

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

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

2.3. Metodologia

2.3.1 Ações

A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde Santa Maria Gorete, localizada no município de Currais Novos – RN, tendo como público alvo as mulheres de na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para as ações de detecção precoce do câncer de colo de útero e as entre 50 e 69 anos para as ações de detecção precoce do câncer de mama. Para desenvolver o projeto será realizado várias ações que estão estruturadas em quatro eixos como Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Para ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino para 75% e de mama para 60% de acordo com a distribuição nas faixas etárias será realizado as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** será monitorado, pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS), semanalmente, o número de usuárias na faixa etária entre 25 e 64 anos, que realizaram o exame citopatológico, e mulheres na faixa etárias de 50 a 69 anos atendidas na UBS para detecção do câncer de mama, através de uma ficha espelho.

- **Organização e Gestão do Serviço:** serão acolhidas todas as mulheres que chegarem à unidade para consulta clínica, direcionando o cuidado com a saúde da mulher como prevenção de câncer de colo de útero e de mama e cadastradas nos respectivos programas. Os ACS irão cadastrar todas as mulheres de 25 a 69 anos da área de cobertura para os programas de controle do câncer de colo de útero e de mama.

- **Engajamento Público:** serão realizadas ciclos de palestras para comunidade, como forma de atingir uma maior conscientização populacional, informando sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo

uterino pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade, da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade, além de orientar a comunidade sobre a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização do exame citopatológico do colo uterino e do exame de mama. Serão utilizados banners e cartazes explicativos, ocorreram no ambiente da recepção da unidade e serão ministradas pelo médico e enfermeira da equipe, mensalmente.

- **Qualificação da Prática Clínica:** a equipe será capacitada no acolhimento e cadastramento das mulheres de 25 a 64 anos de idade e de 50 a 69 anos, bem como sobre a periodicidade e importância dos exames para a prevenção dos cânceres do colo do útero e mamas. Essa capacitação será realizada em forma de roda de conversa, pelo médico e enfermeira, durante as reuniões de equipe que serão realizadas na sala da enfermeira. Será a primeira atividade a ser desenvolvida, na primeira semana de intervenção.

Para melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde obtendo pelo menos 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino, serão realizadas as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** será monitorada a adequabilidade das amostras dos exames coletados. O exame citopatológico é colhido e avaliado o resultado pela enfermeira da unidade, existe um arquivo contendo os resultados dos exames e é através da análise semanal desse arquivo que será monitorada a adequabilidade das amostras.

- **Organização e Gestão do Serviço:** a enfermeira será responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras e também organizará um arquivo para acomodar os resultados de exames.

- **Engajamento Público:** disponibilizar para as usuárias e para a comunidade os indicadores de monitoramento da qualidade dos exames coletados, através de cartazes na unidade de saúde.

- **Qualificação da Prática Clínica:** a equipe será capacitada sobre a coleta do citopatológico do colo de útero de acordo com as normas do protocolo do Ministério da Saúde. Essa capacitação será realizada em forma de roda de

conversa, pelo médico e enfermeira, durante as reuniões de equipe que serão realizadas na sala da enfermeira.

Para melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia, identificando 100% das mulheres com exame citopatológico e mamografia alterados que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde, realizando busca ativa em 100% das mulheres com exame citopatológico e mamografia alterados sem acompanhamento pela unidade de saúde, serão realizadas as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero e mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde. O monitoramento desses resultados será feito pela enfermeira, por meio da consulta semanal dos arquivos específicos, em seus consultórios.

- **Organização e Gestão do Serviço:** melhorar o acesso das mulheres ao resultado do exame citopatológico de colo de útero e mamografia, acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero e mamografia, organizar a busca ativa de mulheres faltosas. Agendar o acolhimento para a demanda de mulheres provenientes das buscas. O acolhimento de todas as mulheres que procurarem a unidade de saúde para receber os resultados do exame citopatológico e a mamografia, será feito por ACS e técnica de enfermagem, diariamente, na recepção da unidade. E, a realização de visitas domiciliares para busca ativa de mulheres faltosas será realizada pela equipe multiprofissional, após cada revisão dos arquivos.

- **Engajamento Público:** Os ACS, durante as visitas domiciliares, bem como a técnica de enfermagem na unidade de saúde informarão a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e do acompanhamento regular, esclareceram as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames. A comunidade também será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres.

- **Qualificação da Prática Clínica:** disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames, que será solicitado na secretaria de saúde. Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada

dos exames durante a busca ativa das faltosas. Capacitar equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino e mamografia. Essa capacitação será realizada em forma de roda de conversa, pelo médico e enfermeira, durante as reuniões de equipe que serão realizadas na sala da enfermeira.

Para melhorar os registros das informações mantendo os registros da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em arquivo específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde, serão realizadas as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** semanalmente a enfermeira irá monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.
- **Organização e Gestão do Serviço:** será implantada a ficha espelho específica de acompanhamento que deverá ser preenchida em toda consulta pelos profissionais de saúde. Na primeira reunião será pactuado com a equipe manter os registros das informações atualizados. Será definido também quem será o responsável pelo monitoramento do registro.
- **Engajamento Público:** os ACS, durante as visitas domiciliares e a técnica na UBS irão esclarecer as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.
- **Qualificação da Prática Clínica:** a equipe será treinada pela enfermeira e médico, em forma de roda de conversa, durante as reuniões de equipe, para o registro adequado das informações.

Para mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama realizando avaliação de risco para câncer de mama e pesquisando sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero em 100% das mulheres nas faixas etárias-alvo, serão realizadas as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** semanalmente a enfermeira irá monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

- **Organização e Gestão do Serviço:** identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama, nas consultas periódicas pelos profissionais de saúde. Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero e de mama, através de um registro específico.

- **Engajamento Público:** os ACS, durante as visitas domiciliares e a técnica na UBS irão esclarecer as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama e ensinar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama.

- **Qualificação da Prática Clínica:** capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama. Capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação. Estas capacitações ocorreram nas reuniões de equipe em forma de roda de conversa realizadas pelo médico e enfermeira.

Para promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde, orientando 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama, será realizado as seguintes ações dentro dos seus respectivos eixos:

- **Monitoramento e Avaliação:** semanalmente a enfermeira irá monitorar o número de mulheres que receberam orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

- **Organização e Gestão do Serviço:** será solicitado ao gestor municipal, via ofício, preservativos para realizar distribuição para a população.

- **Engajamento Público:** todas as mulheres que buscarem a unidade serão orientadas quanto as doenças sexualmente transmissíveis e demais fatores de risco para câncer do colo útero e para câncer de mama, seja nas consultas com médico ou enfermeira, seja no acolhimento ou visita domiciliar. Como toda a equipe estará capacitada para realizar tais orientações, todos poderão fazê-la, em forma de palestras em sala de espera, ou mesmo em roda de conversas, como parte da consulta ou, ainda, como uma conversa informal. E será feito pelo menos, semanalmente.

- **Qualificação da Prática Clínica:** Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama. Esta capacitação ocorrerá nas reuniões de equipe em forma de roda de conversa realizadas pelo médico e enfermeira.

2.3.2 Indicadores

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 com exames em dia para a detecção precoce do câncer do colo de útero.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

O protocolo que será utilizado na intervenção é o Caderno de Atenção Básica – controle dos cânceres do colo e da mama, 2013, do ministério da saúde, que dispomos na unidade. Além disso, serão criadas uma caderneta de saúde da mulher, uma ficha espelho para anexar aos prontuários das mulheres atendidas, uma ficha arquivo para facilitar o acesso aos dados que serão produzidos, facilitando o acompanhamento das usuárias pela equipe, além de uma carta que será entregue às usuárias, as convidando a participar da intervenção.

A caderneta de saúde da mulher deve conter, além de local próprio para o acompanhamento das ações preventivas, informações em linguagem de fácil acesso para informar a população sobre a importância dessa ação e envolve-las no seu próprio cuidado. Já a ficha espelho deverá conter os espaços destinados ao

acompanhamento mais preciso das ações de prevenção, além de informações da qualidade do exame e sobre a história patológica prévia relacionada às patologias em questão. O conteúdo da ficha do arquivo deverá conter basicamente as mesmas informações da ficha espelho, servindo para facilitar o acesso às informações. A carta convite deverá ser escrita em linguagem de fácil compreensão e serão entregues pelos ACS às mulheres nas faixas etárias que serão alvo da intervenção.

A equipe entrará em contato com a gestão municipal, para solicitar a impressão dos documentos anteriormente mencionados. Desta forma, serão pedidos 300 impressos de cada – cartas convite, ficha espelho, cadernetas e ficha do arquivo. Esses documentos serão preenchidos pelo médico e enfermeira, durante as consultas. Todas as mulheres qualificadas a receber esse tipo de atenção serão abordadas oportunamente. Os arquivos serão analisados semanalmente, pelo médico e a enfermeira, gerando os dados posteriormente utilizados na confecção da planilha que servirá de base para o trabalho de conclusão de curso do especializando.

Ressalta-se que haverá um trabalho prévio ao início da intervenção de identificar nos grupos populacionais da nossa área, as mulheres que estão dentro das faixas etárias preconizadas pelo ministério da saúde, ou seja, de 25 a 64 anos para a prevenção do câncer de colo e de 50 a 69 anos na prevenção do câncer de mama.

Desta forma, a equipe já está sendo inserida na intervenção antes mesmo do seu início. Os ACS serão de extrema importância, pois eles são o principal elo entre a equipe e a comunidade, devendo fazer a promoção das ações da intervenção, entrega das cartas convite e busca ativa de mulheres com atraso nas ações preventivas, evidenciadas por meio dos dados gerados durante a intervenção.

Para que seja um trabalho bem realizado, toda a equipe passará por uma qualificação técnica, realizada pelo médico e enfermeira, após as reuniões de equipe, ocasião em que todos os membros estarão presentes na unidade. Além disso, deverá ser abordada a questão da atual situação dessas ações na nossa unidade, o modelo ideal proposto pelo Ministério da Saúde no caderno usado com referência – principalmente sobre a periodicidade dos exames de prevenção, e discussão de como podemos atingir uma melhor cobertura populacional. Porém, não dispomos de nenhum computador, equipamento multimídia ou sala apropriada para

este momento na unidade, desta forma, elas serão realizadas em forma de roda de conversa com a equipe.

Torna-se importante ressaltar que à medida que passam as informações para a equipe, o médico e a enfermeira também se qualificam, pois existe um preparo anterior à reunião e as dúvidas geradas na conversa serão também estudadas. Dessa forma, existirá uma qualificação bastante ampla da equipe a fim de melhorar os indicadores de saúde.

As mulheres elegíveis aos exames que procurarem a unidade ou forem identificadas pela equipe, deverão ter suas consultas agendadas na data mais próxima, tendo em vista não criar problemas de repressão da demanda nos outros programas e na demanda espontânea.

Para monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino e mama, todas as mulheres da área de abrangência serão acolhidas e cadastradas, caso ainda não tenham sido cadastradas, por todos os membros da equipe, em especial pelos ACS e a técnica de enfermagem, que tem maior contato com a população, esclarecendo a população sobre a importância dos exames preventivos e mamografia na prevenção destes tipos de câncer.

A adequabilidade das amostras será avaliada pelo profissional que receber o exame, seja ele o médico ou enfermeira, devendo realizar o preenchimento nos espaços destinados na caderneta, ficha espelho e arquivo. As informações sobre a melhoria das amostras serão expostas em mural informativo na recepção. Essas informações serão impressas em papel A4, providenciadas pelo médico da equipe e afixadas no mural já existente na unidade.

Deverão ser realizados ciclos de palestras com a comunidade, como forma de atingir uma maior conscientização populacional, informando sobre fatores de risco e sinais de alerta, além da forma adequada de prevenção, sendo utilizados banners e cartazes explicativos. Esse material será solicitado pela enfermeira, na secretaria municipal de saúde, que já dispõe de material informativo e educativo, produzido pelo Ministério da Saúde. Elas devem ocorrer no ambiente da recepção da unidade e serão ministradas pelo médico e enfermeira da equipe, mensalmente. Também devem ser abordados os hábitos saudáveis de vida, como a cessação do tabagismo e prática de exercícios físicos, além de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

A busca ativa de mulheres com exames alterados será feita pelos ACS, após reunião de equipe, onde serão explicitadas as necessidades que a intervenção está encontrando naquele momento. A pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero e a avaliação dos fatores de risco para câncer de mama, além de orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, serão feitas durante consulta, pelo profissional responsável por tal. Não há necessidade de instrumentos especiais para essas ações.

Essas ações ocorrerão durante todo o decorrer da intervenção, que deve durar 12 semanas, salvo a análise dos dados do arquivo que ocorrerá semanalmente. Serão desenvolvidas no ambiente da unidade, dada a falta de outros equipamentos sociais na comunidade, e dentro do território, na medida em que haverá um trabalho dentro das casas, durante visitas domiciliares e dos ACS.

A unidade já conta com material suficiente para coleta de exames citopatológicos do colo do útero, impressos para solicitação de mamografias e fichas de referência para atenção especializada. Deveremos providenciar os impressos propostos anteriormente e materiais de divulgação, como banners e cartazes, utilizados nas ações educativas. Esses materiais serão solicitados aos funcionários da secretaria de saúde, pessoalmente ou por outros meios de comunicação. Serão utilizados os materiais já disponíveis na secretaria, produzidos pelo Ministério da Saúde, instituição na qual serão baseadas as ações da intervenção.

A equipe de saúde comunicará aos gestores municipais as intenções da intervenção, em reunião anterior ao início da intervenção, buscando apoio destes para, por exemplo, viabilizar a manutenção do aparelho de mamografia do município, que está constantemente com defeito, de modo a garantir uma boa cobertura na prevenção do câncer de mama.

3. Relatório de Intervenção

A intervenção ocorreu durante um período de 12 semanas com a intenção de melhorar a assistência à saúde da mulher com foco na prevenção dos cânceres de colo de útero e da mama, nas mulheres que estão cadastradas na área de abrangência da Unidade de Saúde. Este tema foi escolhido por ter encontrado uma fragilidade nestas ações, que apesar de serem desenvolvidas pela equipe, careciam de adequada coleta de informações e controle das ações desenvolvidas.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foram realizadas várias ações estruturadas dentro de quatro eixos temáticos, Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Durante todas as semanas, a equipe dedicou-se a seguir o cronograma planejado, executando atividades e coletando dados para análise e avaliação do trabalho desenvolvido.

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

Para que o objetivo final fosse alcançado, nossa primeira ação, posta em prática na primeira semana e que durou até a 4ª semana, foi o envio de cerca de 300 cartas às mulheres da região, convidando-as ao posto de saúde, para que fosse realizada a consulta clínica. Estas cartas eram entregues pelas agentes comunitárias de saúde na casa das usuárias.

Esta ação foi uma das mais importantes realizadas durante a intervenção, pois além de divulgar nossas ações, demonstrou para a comunidade que a equipe de saúde está atenta a todos os aspectos de saúde dessa comunidade.

Distribuímos também uma caderneta, com espaços para preencher a data que aquela paciente deverá realizar novos exames, quando indicados para sua faixa etária e particularidade clínica. Foi uma forma de envolver a paciente em seu próprio cuidado, pois ela tem a informação de quando deverá procurar a unidade de saúde novamente. Essa caderneta também continha algumas informações sobre a saúde da mulher.

Para as mulheres de 25 a 64 anos, focamos na prevenção do câncer de colo do útero, e para as mulheres de 50 a 69 anos, na prevenção do câncer de mama. Várias mulheres, na intersecção destas faixas etárias, foram abordadas com estas ações em conjunto. Essas idades são as sugeridas pelo ministério da saúde, no caderno de atenção básica sobre este tema.

As reuniões com a equipe e com os usuários ocorreram, na maioria das vezes, de acordo com o cronograma planejado. Houve pequenas mudanças, que impactaram positivamente na nossa intervenção. Por exemplo, em uma das reuniões com a comunidade, resolvemos postergar por uma semana para que coincidissem com as ações do outubro rosa na nossa unidade, com um aumento expressivo de participantes nesta reunião.

As reuniões com a equipe, que ocorreram em quatro momentos, foram importantes para explicar a logística da intervenção e realizar a capacitação que era necessária, reforçando sempre a nossa população alvo e como iríamos abordar estas pacientes.

Em cada consulta também havia a preocupação de prestar informações sobre os fatores de risco e de alerta de cada tipo de câncer e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

A busca ativa de mulheres faltosas com exames alterados, foi realizada em 05 ocasiões, pelos agentes comunitários de saúde.

Já o monitoramento da intervenção foi realizado semanalmente e tinha como objetivos coletar a informação para o preenchimento das planilhas e mais importante que isso, acompanhar a evolução e efetividade das ações propostas. Este monitoramento foi realizado com as informações contidas nas fichas de arquivo e colocadas em planilha disponibilizada pela UFPel.

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

Todas as ações previstas no projeto foram realizadas.

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

Inicialmente encontramos dificuldades com o preenchimento das planilhas, que geravam indicadores incorretos. Estes erros foram logo percebidos pela equipe de professores e orientador da intervenção, que fizeram o ajuste por mais de uma vez destas planilhas.

Para ter estes dados disponíveis, era necessário o preenchimento de uma série de impressos. A ficha espelho, que ficará no prontuário da paciente; a ficha de arquivo, para facilitar o levantamento de dados, sem a necessidade de revisar todos os prontuários individualmente; a caderneta da mulher, para que ela possa acompanhar melhor sua saúde. Isso consumia algum tempo durante a consulta, mas sem causar transtornos na rotina da unidade.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina e a descrição dos aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Em todas as reuniões havia a preocupação de deixar claro que estas ações seriam integradas ao cotidiano da equipe e que não deveriam ter um caráter passageiro, enquanto durasse a intervenção.

Para que esta manutenção seja possível, dadas as dificuldades que são encontradas no sistema local de saúde em especial em cidades de pequeno porte em regiões carentes do Brasil, as ações foram sempre pensadas na praticidade e viabilidade mediante poucos ou nenhum recurso tecnológico. Precisávamos apenas

de uma equipe motivada e bem capacitada, alguns impressos para realizar o registro das ações, e que os exames de mamografia e citopatológico estivessem disponíveis.

Da forma como foi concebida a intervenção, acredito que seja possível manter as ações previstas. Muitas das pacientes já possuem cadernetas e fichas espelho nos prontuários, devendo dar continuidade ao preenchimento, e realizar as atividades de educação em saúde periodicamente. Isso resultará numa melhora da cobertura e dos indicadores de saúde das mulheres da nossa área de abrangência.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na área de abrangência Unidade de Saúde Santa Maria Gorete onde residem aproximadamente 3.700 habitantes, dentre eles cerca de 2300 são do sexo feminino. A nossa intervenção foi direcionada às mulheres nas faixas etárias entre 25 e 64 anos, para a prevenção do câncer do colo do útero, e entre 50 e 69 anos para abordar o Câncer de mama, grupos que somam, respectivamente, 904 e 352 mulheres.

Os resultados tanto quantitativos como qualitativos serão apresentados com base nos indicadores que serão comparados às metas propostas, examinando a evolução ao longo dos 4 meses de intervenção.

Indicador 1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Meta 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 75%.

Nas 12 semanas nas quais a intervenção ocorreu, foram atendidas 225 mulheres entre 25 e 64 anos, sendo um total de 74 atendimentos no primeiro mês, 79 no segundo e 72 no terceiro. Para o grupo entre 50 e 69 anos, foram atendidas 36, 30 e 39 mulheres em cada mês de intervenção, totalizando 105 pacientes.

A proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico em dia chegou a 16% ao final da intervenção, com um total de 145 mulheres. Observamos que no primeiro mês 49 mulheres ou 5,4% das mulheres deste grupo foram consultadas e estavam nesta situação. Nos meses subsequentes, houve progressão para 11,1%(100) e 16%(145).

Como os exames são feitos, de forma geral, anualmente, com a manutenção das ações da intervenção, dentro de um ano, se mantidas as mesmas taxas de atendimentos observadas nestes 03 meses, devemos ter cerca de 64% da população em questão com exames preventivos em dia.

Desta forma, podemos perceber que a meta inicial, de 75% de cobertura, não foi alcançada na intervenção, a despeito das ações realizadas. Pode colaborar

com este resultado a demora com que os resultados dos exames são obtidos, atrasando inicialmente a ampliação adequada da cobertura.

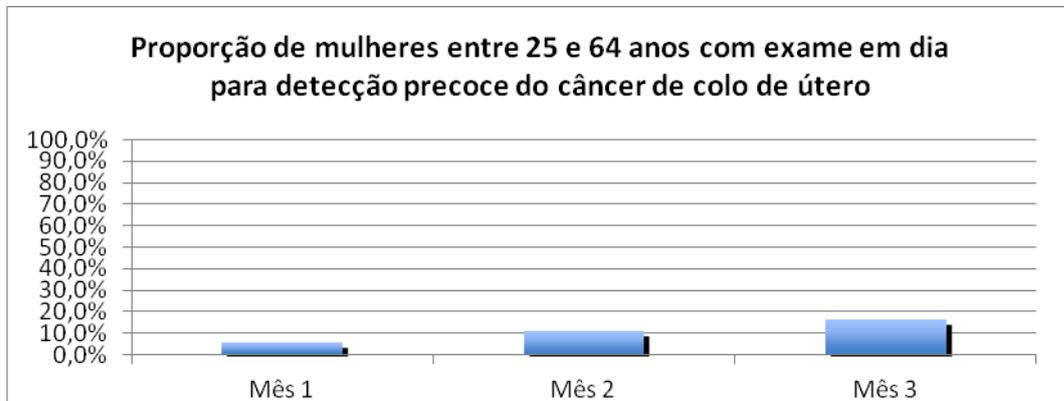


Figura 1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Indicador 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Meta 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%.

A proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame mamográfico em dia evoluiu durante a intervenção até chegarmos em 17,3% de cobertura ou 61 mulheres. No primeiro mês observamos 18 casos, no segundo 16 e no terceiro 27. Esse aumento no terceiro mês deve-se à realização da campanha “Outubro Rosa”, que neste mês trouxe um número expressivo de mulheres para a unidade.

Da mesma forma que o indicador anterior, quando anualizamos este índice, chegaremos a uma cobertura de 69,2%, mantidas as mesmas médias de atendimento decorridas durante a intervenção. Neste caso, a meta de cobertura estimada no início da intervenção, de 60% seria alcançada, não durante a intervenção, mas durante os meses seguintes.

Também percebemos, durante a intervenção, que algumas mulheres realizam seus exames em serviços particulares ou em ambulatório de ginecologia do serviço público. O fato de dividir o espaço físico da unidade com o núcleo de saúde da mulher, que oferece atendimento de ginecologia e mastologia, pode contribuir para que as mulheres da nossa área de abrangência procurem estes serviços para realizar estes exames.

Caberá à nossa equipe realizar a organização do cuidado destas pacientes, orientando para que elas tragam até nosso conhecimento o resultado destes exames, realizando o adequado registro destes em prontuário.

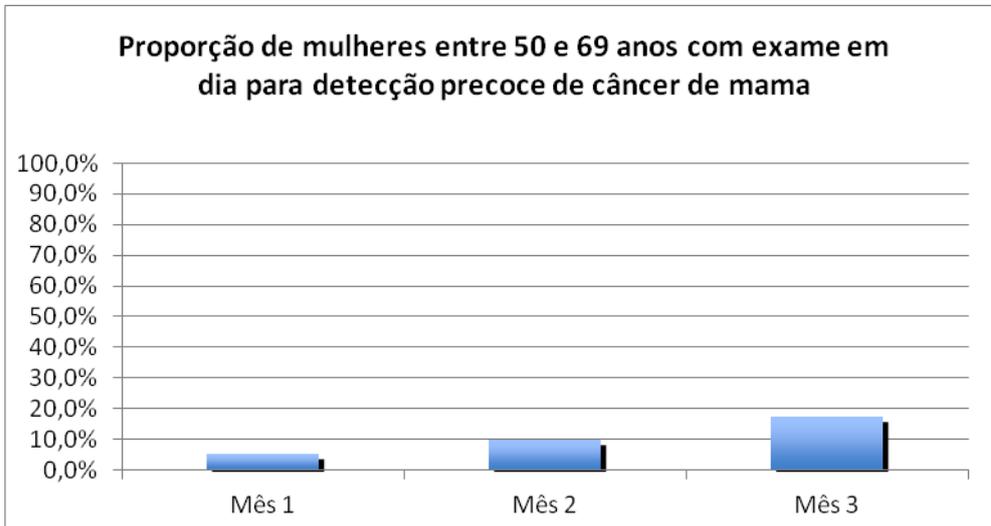


Figura 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Indicador 3: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

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

Quanto a proporção de exames preventivos amostras satisfatórias, tivemos apenas 1 exame inadequado no terceiro mês de intervenção, de um total de 145 amostras (99,3%), uma boa proporção, que reflete a técnica adequada de coleta e preparo das pacientes submetidas ao exame.

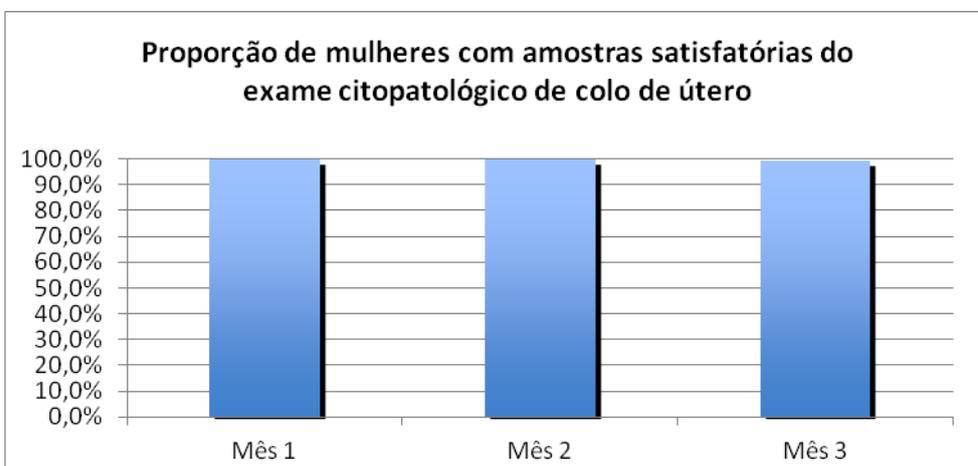


Figura 3: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador 4: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado.

Meta 4: Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde.

Das 27 mulheres com exame citopatológico alterado, apenas 4(14,8%) não retornaram à unidade no final da intervenção para receber o resultado. A totalidade destes casos recebeu atenção da equipe de saúde, sendo realizada a busca ativa destas pacientes.

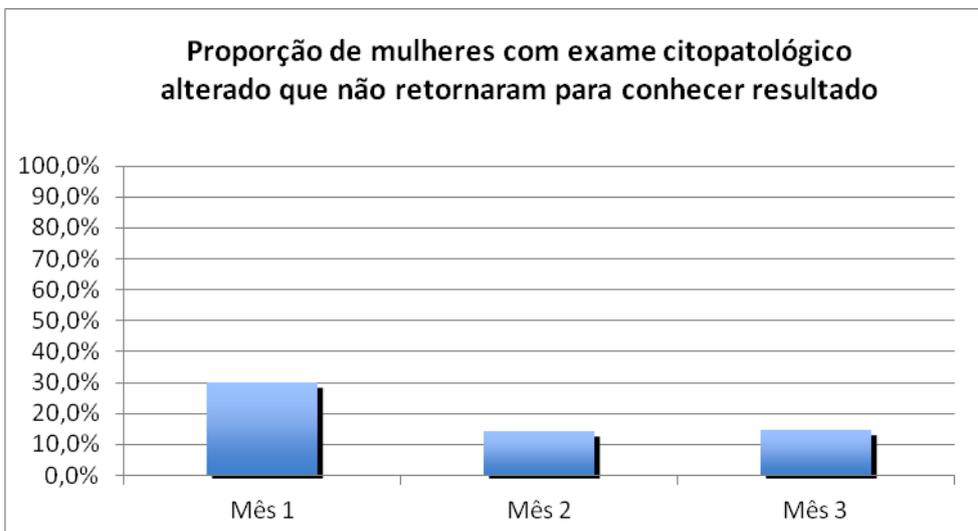


Figura 4: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultado.

Indicador 5: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado.

Meta 5: Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela unidade de saúde.

Das mulheres com mamografia alteradas, apenas 1 não retornou na unidade durante a intervenção correspondendo a 50% dos casos. A totalidade destes casos recebeu atenção da equipe de saúde, sendo realizada a busca ativa destas pacientes.

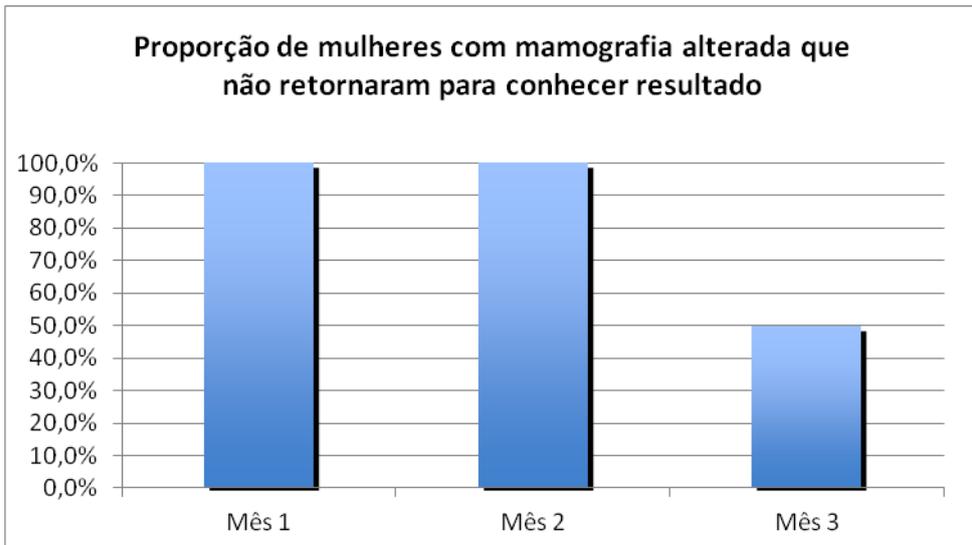


Figura 5: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer resultado.

Indicador 6: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa.

Meta 6: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Todas as mulheres que não retornaram para receberem o resultado de exame citopatológico, receberam a busca ativa da equipe. Este indicador teve sucesso graças ao trabalho bem desenvolvido pelos ACS.

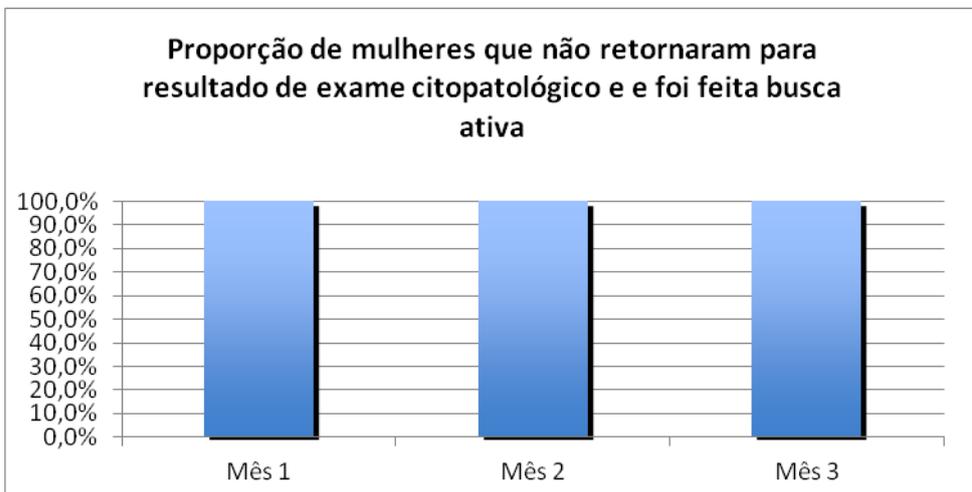


Figura 6: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico e foi feita busca ativa.

Indicador 7: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa.

Meta 7: Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Todas as mulheres que não retornaram para receberem o resultado de exame mamografia, receberam a busca ativa da equipe. Este indicador teve sucesso graças ao trabalho bem desenvolvido pelos ACS.

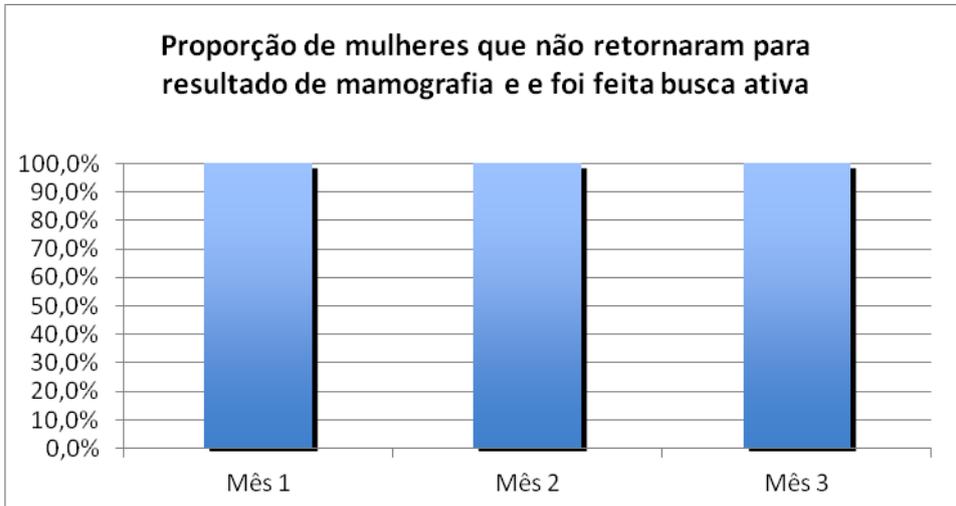


Figura 7:Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de mamografia e foi feita busca ativa.

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

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

A proporção de registros adequados dos resultados dos exames citopatológicos atingiu no primeiro mês 45,9% e no segundo e terceiro 51,6%, sendo realizado o registro nos prontuários e fichas espelho de 116 das 225 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos. Houve pequena variação entre o primeiro mês de registro e o terceiro, entretanto, com aumento progressivo dos registros.

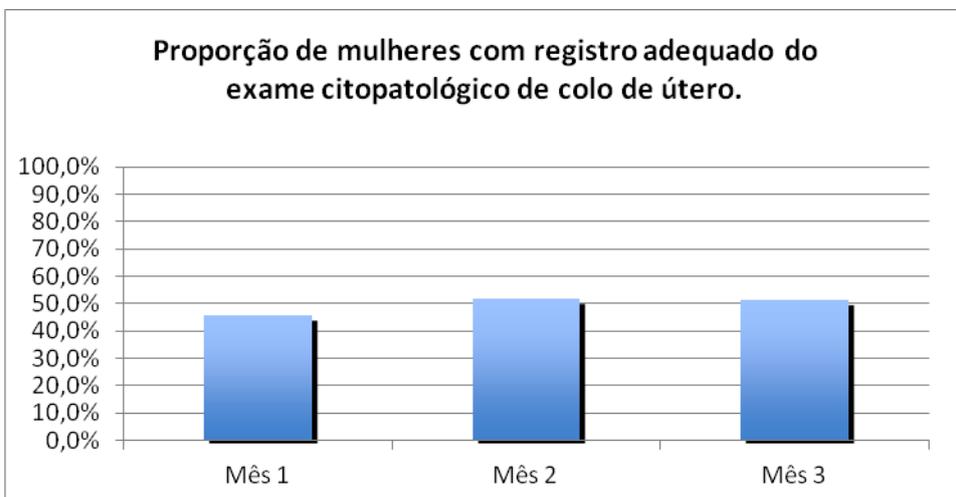


Figura 8:Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador 9: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Meta 9: Manter registro da realização da mamografia em impresso específico para 100% das mulheres cadastradas.

A proporção de registros adequados dos resultados dos exames de mamografias atingiu 27,8%, 25,8% e 31,4%, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, sendo realizado o registro nos prontuários e fichas espelho de 33 das 105 mulheres entre 50 e 69 anos. Houve pequena variação entre o primeiro mês de registro e o terceiro, entretanto, com aumento dos registros no final do terceiro mês de intervenção.

Antes da intervenção, poucos eram os prontuários que continham informações completas sobre estes exames. Com o início da intervenção e a solicitação dos exames a tendência é que esta proporção aumente nos próximos meses, tendo em vista que diversos exames não haviam sequer sido marcados ou tinham os seus resultados disponíveis para registro em prontuário, adversidades comuns no serviço de saúde do município onde realizamos a intervenção.

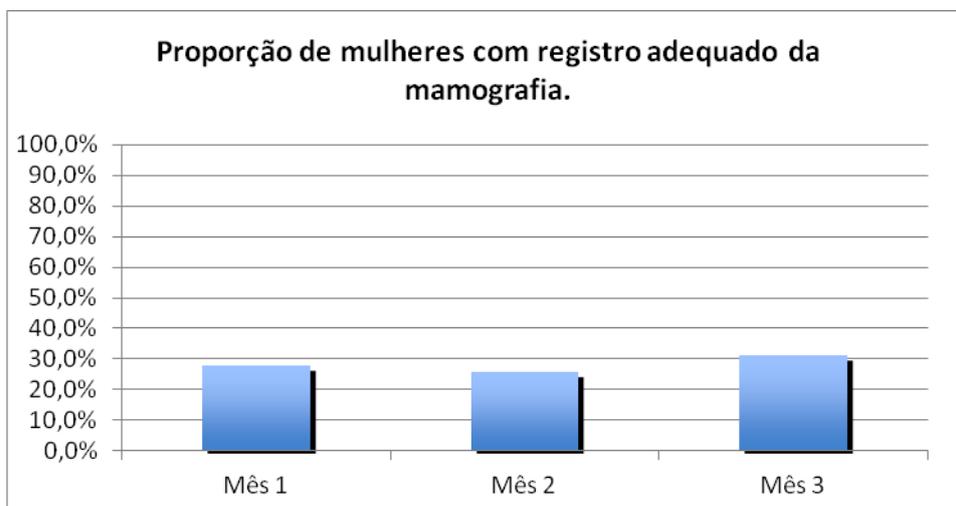


Figura 9: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Indicador 10: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Meta 10: Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

A sistematização dos atendimentos, com o auxílio das fichas espelho e da cartilha de saúde da mulher, proporcionou que o indicador de qualidade, pesquisa de sinais de alerta para os cânceres do colo do útero chegasse a 100% dos casos

atendidos. O esforço da equipe, além dos momentos de educação em saúde, que ocorreram em três momentos distintos, também contribuíram para o sucesso desse indicador.

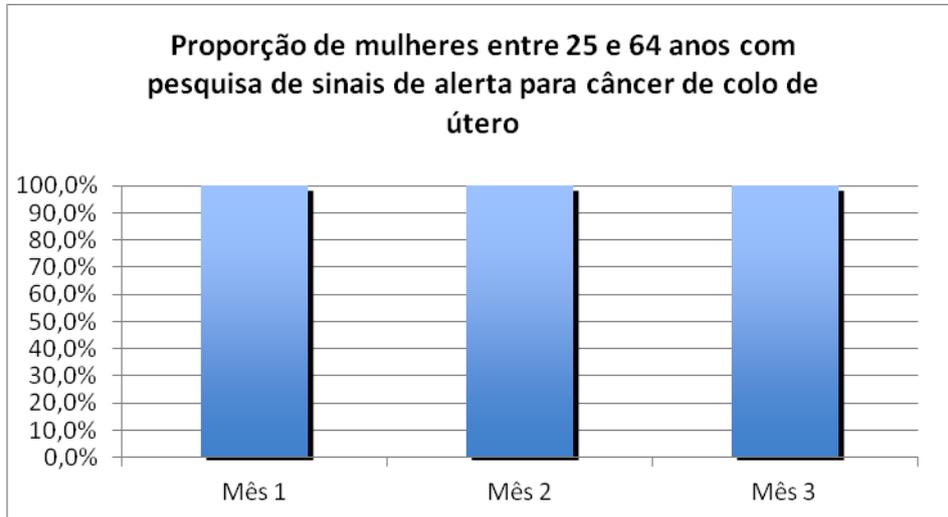


Figura 10: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Indicador 11: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

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

Todas as 105 (100%) mulheres de 50 a 69 anos de idade foram avaliadas quanto ao risco de câncer de mama. O que favoreceu o alcance desta meta foi a sistematização dos atendimentos, com o auxílio das fichas espelho e da cartilha de saúde da mulher. O esforço da equipe, além dos momentos de educação em saúde, que ocorreram em três momentos distintos, também contribuíram para o sucesso desse indicador.

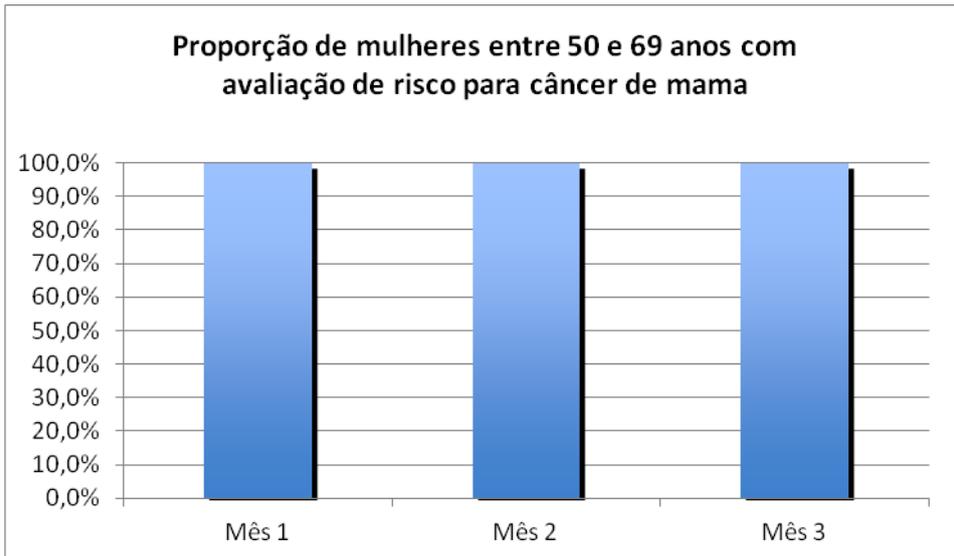


Figura 11: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Indicador 12: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero.

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

Todas as 225 (100%) mulheres de 25 a 64 anos de idade receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero. Dessa forma a meta foi atingida graças a sistematização dos atendimentos, com o auxílio das fichas espelho e da cartilha de saúde da mulher. O esforço da equipe, além dos momentos de educação em saúde, que ocorreram em três momentos distintos, também contribuíram para o sucesso desse indicador.

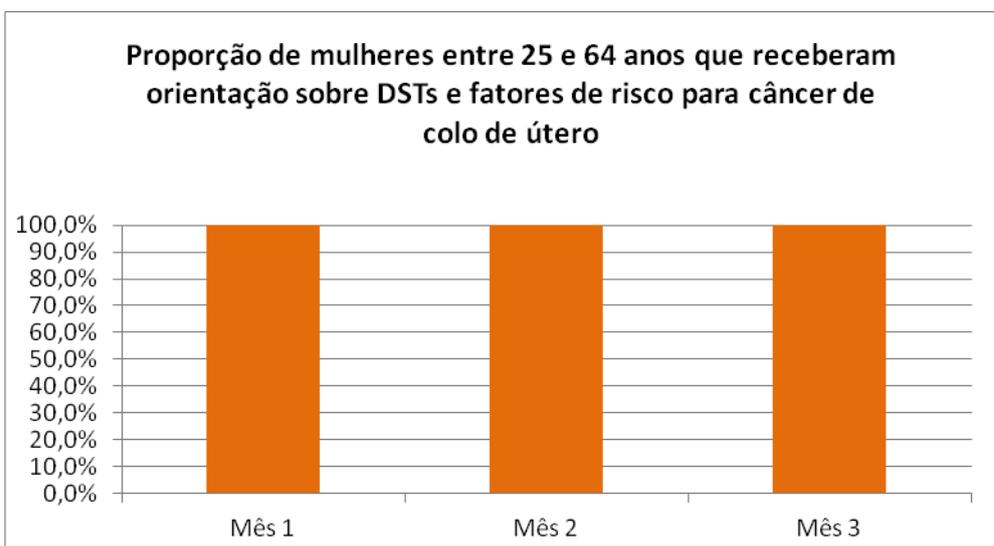


Figura 12: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador 13: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama.

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

Todas as 105 (100%) mulheres de 50 a 69 anos de idade receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero. Dessa forma a meta foi atingida graças a sistematização dos atendimentos, com o auxílio das fichas espelho e da cartilha de saúde da mulher. O esforço da equipe, além dos momentos de educação em saúde, que ocorreram em três momentos distintos, também contribuíram para o sucesso desse indicador.

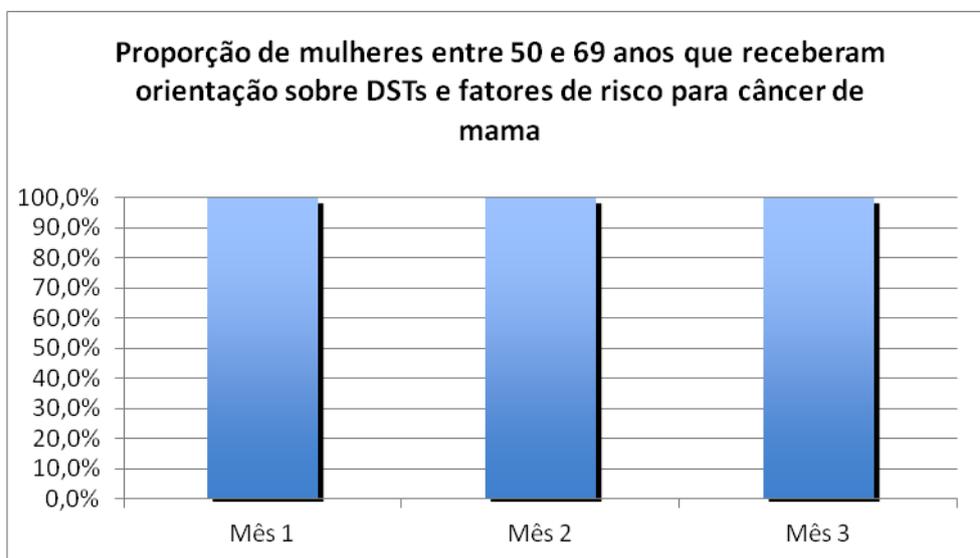


Figura 13: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre DSTs e fatores de risco para câncer de mama.

4.2 Discussão

A intervenção em saúde da mulher, com foco na prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama, realizada na unidade de saúde Santa Maria Gorete, trouxe melhorias na atenção prestada à população de mulheres nas faixas etárias entre 25 a 64 anos e 50 a 69 anos, com a organização e ampliação da oferta de serviços e qualificação dos atendimentos clínicos.

A definição do foco da intervenção surgiu pela necessidade de organizar as informações que circulavam dentro da nossa unidade. A equipe, ainda em seu processo de formação, com apenas alguns meses de atuação, não sabia precisar ao

certas informações básicas, como o número total de sua população adstrita e sua estratificação por faixas etárias.

Foi necessário o empenho da equipe para reunir estas e outras informações básicas, a fim de realizar um diagnóstico da nossa unidade. A equipe, em conjunto, definiu então o foco da nossa intervenção. Essa participação, desde o início de todos os membros da equipe – médico, enfermeira, agentes de saúde e técnica de enfermagem – foi importante para criar um vínculo com a intervenção que estava por vir.

Uma das ações principais da nossa intervenção, que foi a distribuição de cartas convite à comunidade, somente foi possível pela receptividade que os ACS tiveram com a ideia da nossa intervenção. Elas também realizavam a busca ativa de usuárias, que por algum motivo, não retornaram para receber seus exames.

Os atendimentos clínicos e solicitações de exames complementares eram feitos pelo médico da equipe e pela enfermeira. Cabia a esta também, a coleta dos exames citopatológicos. Estes profissionais também estiveram à frente das reuniões de educação em saúde, que ocorreram em três momentos na nossa unidade, contando com uma expressiva participação das usuárias.

Tivemos também momentos de capacitação desta equipe, que possibilitou que todos falássemos a mesma linguagem com os usuários e que transmitíssemos informações corretas.

A organização dos dados era necessária, pois não haviam meios para realizar o acompanhamento correto, quanto à periodicidade das ações que eram propostas a essas mulheres e quanto à qualidade das ações prestadas.

Foi proposto a utilização de impressos próprios – ficha espelho, ficha de arquivo - que ajudaram nessa organização, além do esforço para realizar o correto preenchimento dos prontuários com as informações sobre os exames de rastreio, além de facilitarem a obtenção das informações por parte da equipe de saúde.

A criação de uma caderneta de saúde da mulher, com informações e um espaço para agendar a próxima consulta na UBS, levou também para as usuárias a co-responsabilização com sua própria saúde. Essas cadernetas eram distribuídas no momento das consultas, juntamente com informações sobre os sinais de alerta destes cânceres e doenças sexualmente transmissíveis.

As usuárias demonstraram grande receptividade com a intervenção. A distribuição das cartas convites, nominais às mulheres que já estavam com seus

exames de rastreio em atraso, envolveu estas usuárias de forma positiva na nossa intervenção. Houve grande adesão também às reuniões de educação em saúde, com a presença expressiva das pacientes, além do interesse demonstrado por meio dos questionamentos realizados.

A intervenção proporcionou também a capacitação da equipe que em relação ao câncer de colo de útero e mama, melhorando a atuação dos profissionais nesta área.

Ainda não é possível definir a importância desta intervenção quanto à diminuição da incidência e mortalidade relacionada a estas doenças, entretanto, a continuação destas ações certamente irá influir positivamente sobre estes indicadores.

Um dos fatores que mais influenciaram negativamente a intervenção foi a demora pra marcação e recebimento dos resultados dos exames. Caso fosse realizar a intervenção neste momento, procuraria um maior apoio da gestão municipal, a fim de tentar solucionar este problema. Também buscaria maior apoio para a divulgação das reuniões com a comunidade, além de maior suporte tecnológico para torná-las mais dinâmicas – por exemplo, com uso de recursos de multimídia.

A intervenção está bem implementada na rotina do serviço e deve continuar recebendo mulheres para realizar seus exames de prevenção. Devemos programar uma nova distribuição de cartas e reforçar àquelas que não compareceram mesmo após o recebimento das primeiras cartas, já que agora iniciamos um arquivo de base populacional com maior quantidade de informações e com maior facilidade de acesso do que o existente anteriormente.

A equipe pretende implementar melhorias na atenção ao pré-natal, fechando um ciclo de melhorias na atenção de saúde da mulher na nossa área de abrangência

4.3. Relatório de Intervenção para os Gestores

A especialização em saúde da família promovida pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel é parte integrante das atividades do Programa de valorização da atenção básica – PROVAB, que procura criar mudanças profundas na saúde do nosso país.

Uma destas atividades, a Intervenção, vem sendo construída desde as primeiras semanas da especialização, quando os profissionais de saúde deste programa realizam uma análise situacional do município e da estratégia em que estão atuando. A partir desta análise, são propostas as intervenções, que devem gerar a organização do serviço e melhoria na prática clínica, em busca de mudanças positivas nos indicadores de saúde daquela população.

Na unidade de saúde Santa Maria Gorete, desenvolvemos ações durante a intervenção, voltadas à saúde da mulher, prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. O que motivou a atuação nesta área foi à grande importância destas doenças, os tipos de cânceres mais prevalente na população feminina, a necessidade de organizar os registros das ações desenvolvidas na nossa unidade e ampliar a cobertura populacional com os exames de rastreio.

A atenção básica tem grande importância como porta de entrada para as mais diversas doenças, o que também ocorre com a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. O serviço de saúde deve ser capaz de realizar os exames de rastreio e em casos de alterações de alterações, referenciar para níveis de atendimento mais especializados, mantendo a organização do cuidado destas pacientes também em nível da atenção básica.

Realizamos a intervenção com foco nas faixas etárias indicadas pelo Ministério da Saúde, em seu caderno de atenção básica sobre o tema, como prioritárias para receber este tipo de atenção. Para a prevenção do câncer do colo do útero, trabalhamos com mulheres entre 25 e 64 anos, e para a prevenção do câncer de mama com mulheres entre 50 e 69 anos, além de casos particulares, onde os exames podem ser indicados com idades diferentes destas.

A intervenção ocorreu durante 12 semanas, dos meses de agosto, setembro e outubro de 2014. Na primeira semana ocorreram reuniões com a equipe para explicar a logística da intervenção e momento de capacitação além de reunião com líderes comunitários para convidá-los a interagir com a equipe de saúde, promovendo a intervenção na comunidade.

Nas primeiras 4 semanas de intervenção, as mulheres foram convidadas por meio de cartas. Cerca de 400 destas foram entregues pelas agentes de saúde, para as mulheres nas faixas etárias definidas como foco da nossa intervenção. Esse instrumento, bastante simples, fez com que muitas usuárias elogiassem a equipe da nossa ESF, pelo sentimento de acolhimento que elas representavam.

As cartas apenas convidavam as mulheres a comparecer à nossa unidade, para realizar uma consulta que iria definir a melhor estratégia de prevenção, tendo em vista sua idade, histórico de saúde e fatores de risco identificados.

Para garantir a universalidade do atendimento, mesmo as mulheres que não receberam a carta-convite e que compareceram à unidade por outros motivos de saúde, foram captadas para a nossa intervenção.

Outro ponto importante na melhoria da atenção prestada à essas usuárias, se deu nos momentos de educação em saúde, que ocorrem mensalmente durante a intervenção. Estes momentos contaram com a participação de várias usuárias, cerca de 20 a 30 participantes por reunião, que recebiam orientações do médico e da enfermeira da equipe, além de poderem tirar as suas dúvidas.

Também eram realizadas orientações em cada uma das consultas realizadas, buscando a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e sinais de alerta para os cânceres do colo do útero e da mama.

As mulheres também receberam uma caderneta de saúde da mulher, contendo informações sobre estas doenças e com um calendário orientando quanto a realização de novos exames.

Houve também, uma melhoria da qualidade dos registros dos resultados dos exames destas pacientes, no prontuário e em impressos desenvolvidos com esta finalidade, a ficha espelho e a ficha de arquivo. Desta forma, será possível um melhor controle destas ações, identificando os casos de mulheres faltosas e programando atividades para estas usuárias de forma mais adequada.

Na nossa área residem cerca de 904 mulheres entre 25 e 64 anos. Foram atendidas 225 usuárias neste grupo, sendo que 145 (16% do total) estavam com o exame citopatológico de prevenção do câncer do colo do útero em dia.

Também residem cerca de 352 mulheres entre 50 e 69 anos, sendo atendidas durante os meses de intervenção 105 mulheres nesta faixa etária e destas, 61(17,3%) estavam com os exames mamográficos atualizados.

A intervenção será incorporada à rotina da nossa unidade, e poderá, inclusive, servir de exemplo para as demais estratégias do município, padronizando o cuidado das usuárias e garantindo melhorias dos indicadores de saúde da nossa população.

Encontramos como dificuldades durante a nossa intervenção, a demora para marcação de exames mamográficos e a demora no recebimento dos resultados dos

exames preventivos. Assim, solicitamos que a gestão municipal realize ações de melhoria nessas áreas. A manutenção dos ganhos da nossa intervenção depende desta colaboração.

4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade

Nos meses de agosto a outubro de 2014 tivemos na unidade de saúde do nosso bairro uma intervenção na saúde das mulheres, em especial na prevenção do câncer do colo do útero e do câncer da mama.

Nestas 12 semanas, as mulheres da nossa área foram convidadas, algumas até receberam uma cartinha em casa, a participarem de palestras com a equipe sobre prevenção destas doenças e consultas com o médico e com a enfermeira para realizar e solicitar exames.

Também foram distribuídas as cadernetas de saúde da mulher, com várias informações importantes para a saúde e com um espaço para lembrar quando as nossas pacientes devem retornar para fazer novos exames. Lembrem-se que a prevenção destes cânceres, que são os mais comuns nas mulheres é muito importante para garantir que as doenças sejam descobertas em uma fase ainda inicial, quando as chances de cura são maiores.

Nesse tempo, atendemos mais de 200 mulheres com idade entre 25 e 64 anos – idade em que devem realizar o exame preventivo para o câncer de colo do útero, além de mais de 100 atendimentos de mulheres entre 50 e 69 anos, que devem realizar a mamografia a cada dois anos para a prevenção do câncer de mama.

Essas mulheres perceberam que as consultas estavam diferentes! O médico e a enfermeira além de preencherem alguns papeis com os resultados de exames, faziam várias orientações para as pacientes, sobre qualidade de vida, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e como fazer para se prevenir destes tipos de câncer.

As consultas estavam mais demoradas, mas era necessário esse tempo extra para fazer as coisas bem feitas, com mais organização e não esquecer de dar essas orientações importantes para melhorar a saúde da nossa população.

Agora nós temos os dados que precisamos para organizar os atendimentos nessa área e buscar melhorias, como por exemplo, uma maior disponibilidade de mamografias, para que as marcações não sejam tão demoradas! Também podemos ver quem são as mulheres que se esqueceram de vir no tempo certo para fazer os seus exames de rotina e pedir que o agente de saúde a chame para vir na unidade.

A intervenção não acabou! Ela vai continuar ocorrendo na nossa rotina da unidade. Todas as mulheres com idade para realizar esses exames ou que tenham alguma dúvida podem marcar uma consulta com o médico ou com a enfermeira da equipe. Comparecer nas reuniões também pode ser bastante proveitoso: você vai aprender a se cuidar corretamente e ainda pode tirar as suas dúvidas com nossa equipe! Venha com as amigas e familiares e aproveite a nossa reunião!

Contamos com vocês para melhorar os indicadores de saúde da nossa população. Lembrem que prevenir é melhor do que remediar!

5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), trouxe um desafio para nós profissionais da saúde, que seria prestar atendimentos à população, desenvolvendo um trabalho como membros de uma equipe de saúde, além de realizar uma especialização com a finalidade de trazer mudanças consistentes na atenção básica em todo o território nacional.

A especialização em saúde da família, desenvolvida pela Universidade Federal de Pelotas, para os profissionais de saúde, desde o início ajudou com que houvesse uma real percepção do funcionamento e na identificação dos problemas que existiam na equipe de saúde que agora eu fazia parte.

Iniciamos o curso realizando atividades que buscavam este diagnóstico, através das atividades de ambientação e análise situacional. Nelas desenvolvemos o nosso olhar crítico, identificando os problemas que existiam, desde a estrutura, com as barreiras arquitetônicas que impediam a chegada dos nossos usuários e os espaços inadequados, até como se desenvolviam as atividades na saúde da criança, saúde da mulher, hipertensos e diabéticos, dentre as outras áreas importantes na atenção básica.

Assim foi possível, fazer uma leitura do que realmente acontecia na prática da nossa equipe e propor uma intervenção nesta área mais crítica. A escolhida por nós, pela sua elevada incidência e morbimortalidade, e pelo estado de desorganização na qual se desenvolviam estas atividades, foi a saúde da mulher, com a prevenção dos cânceres de colo do útero e da mama.

Com o problema identificado, iniciamos a preparação da intervenção. Para isso foi necessário dialogar com gestores, líderes comunitários e usuárias, para poder preparar uma intervenção que ao mesmo tempo que fosse modificadora da atual situação, fosse também passível de ser realizada e incorporada na rotina da equipe. Assim aprendi a importância de envolver os demais membros da equipe na realização das atividades da especialização, além de manter a participação popular nas decisões da nossa equipe.

Com o decorrer da nossa intervenção, percebi que a modificação de uma realidade de saúde se faz por meio de uma atenção organizada e qualificada e que isto pode melhorar os indicadores de saúde da população em que atuamos, e mais

importantes que os indicadores, melhorar a qualidade de vida desta população e sua relação com a equipe de saúde.

A elaboração destas atividades foi de grande importância para melhorar a minha atuação e de toda a equipe, pois agora sabemos as deficiências da estratégia na qual trabalhamos e nos preparamos melhor para atender os usuários.

Também contribuiu com a melhor qualificação técnica, as atividades realizadas em paralelo à preparação da intervenção, como o fórum de dúvidas clínicas - um espaço enriquecedor, com a constante troca de conhecimentos entre os especializandos e os orientadores que participam dele - e a resolução de casos clínicos interativos, que traziam problemas do cotidiano da atenção básica juntamente com informações atualizadas sobre o tema. Os estudos de prática clínica também foram importantes na construção deste aprendizado, pois eram realizados com base nas deficiências observadas em cada aluno.

Acredito que esta especialização, por todos estes motivos expostos acima, trouxe uma qualificação às minhas práticas clínicas, proporcionando a valorização do profissional que atua na atenção básica e melhorias reais na qualidade da atenção prestada aos usuários das estratégias nas quais estes profissionais estão inseridos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CIDADES@. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 29 maio 2014.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Situação do câncer no Brasil. Disponível em: <www.inca.gov.br/situacao/>. Acesso em: 3 de set. 2012.

SIQUEIRA et. al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):39-44, 2009.

Apêndices

Apêndice A – Carta convite enviada às usuárias

Carta Convite

Currais Novos - RN, ____ de _____ de 2014.

Para: _____

É com muita satisfação que a equipe da ESF Santa Maria Gorete II convida as mulheres de 25 a 69 anos para marcar uma consulta na nossa unidade. Esta consulta será muito importante para que nós possamos avaliar e acompanhar sua saúde, especialmente a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama. Por isso, aguardamos desde já a sua presença na nossa Unidade de Saúde.

Atenciosamente,

Equipe da ESF Santa Maria Gorete II.

Apêndice B – Caderneta de Saúde da Mulher

Prevenção é saúde! Cuide-se!

Os cânceres de mama e de colo de útero estão entre aqueles que mais afetam as mulheres. O conhecimento dos sintomas e das formas de prevenção podem salvar muitas vidas. Por isso é muito importante estar atenta aos sinais e não deixar que o medo a impeça de buscar auxílio médico especializado.

Câncer de Colo de Útero

Sintomas:

Este tipo de câncer não apresenta sintomas no início, por isso a importância do exame preventivo. No entanto, quando há uma progressão da doença, acontecem sangramento vaginal, corrimento e dor.

Prevenção:

- Utilize sempre preservativos durante as relações sexuais;
- Após a primeira relação sexual, faça anualmente o exame de Papanicolaou, principalmente entre 25 e 64 anos. Grávidas também podem fazer o exame;
- Após dois exames normais, com menos de 1 ano, converse com o seu médico sobre quando deverá realizar novo exame;
- Caso o exame venha com alterações, poderá ser necessário fazer outros exames, ou realizar um novo preventivo em menor tempo;
- Já existe vacina contra o HPV. Converse com seu médico a respeito.

Câncer de Mama

Sintomas:

- Nódulo ("caroço") no seio, acompanhado ou não de dor;
- Nódulos palpáveis na axila;
- Alterações na pele dos seios;
- Prurido (coceira) ou secreções locais (no bico dos seios).

Prevenção:

- O autoexame não é o suficiente, embora seja muito importante;
- A partir dos 40 anos, você deve se consultar anualmente com um médico para realizar o exame clínico das mamas. Se houver alguma alteração, o médico poderá solicitar novos exames;
- A partir dos 40 anos, você deve realizar a cada 2 anos mamografia de alta resolução, sob orientação médica;
- Se você tiver alto risco para câncer de mama, deve realizar a mamografia já a partir dos 35 anos;
- Evite alimentos ricos em gordura animal e consumo de álcool;
- A prática de exercícios físicos e a amamentação estão relacionadas com a diminuição dos casos deste câncer.

Caderneta de Saúde da Mulher

Prevenção do Câncer de Mama e Colo do Útero

Esta caderneta pertence a:

Especialização em Saúde da Família – UFPEL
 Projeto de Intervenção
 Currais Novos
 2014

Anexos

Anexo A - Planilha de Coleta de Dados

1	Indiço Câncer de Colo de Útero - Mês 1											Indicadores de Prevenção do Câncer de Mama - Mês 1										
	A	B	C	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
2	Dados para coleta	Número de Mulher	Nome da Mulher	Se o CP está em dia, o resultado do último exame citológico com amostra satisfatória?	O resultado do CP estava alterado?	A mulher retornou na UBS para receber o resultado do CP?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou combinar o tratamento?	O resultado do último CP foi registrado na ficha espelho ou no prontuário?	Foi perguntado sobre sinais de alerta para câncer do colo de útero?	A mulher recebeu orientação sobre DST's e fatores de risco para câncer de colo	A mulher está com a mamografia em dia?	O resultado da última mamografia estava alterado?	A mulher deixou de retornar na UBS para receber o resultado da mamografia?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou combinar o tratamento?	O resultado da última mamografia foi registrado na ficha espelho ou no prontuário?	Foi realizada a triagem de risco para câncer de mama?	A mulher recebeu orientação sobre DST's e fatores de risco para câncer de					
3	Orientações de preenchimento	de mulheres cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim					
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						

Anexo B - Folha de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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