

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS–UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA



FREDERICO DE SOUZA NOGUEIRA

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO E DE MAMA NA USF MINAS GERAIS EM SERRA DO MEL - RN

PELOTAS

2014

FREDERICO DE SOUZA NOGUEIRA

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO E DE MAMA NA USF MINAS GERAIS EM SERRA DO MEL - RN

Trabalho acadêmico apresentado ao
Programa de Pós Graduação da
Universidade Federal de Pelotas -
Modalidade a Distância UFPel/UNASUS,
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde da Família.
Orientadora: Gabriela Jesus Prado

PELOTAS

2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N778q Nogueira, Frederico de Souza

Qualificação da atenção a prevenção do câncer de colo de útero e de mama na USF Minas Gerais em Serra do Mel - RN / Frederico de Souza Nogueira ; Gabriela Jesus Prado, orientadora. — Pelotas, 2014.

62 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Neoplasia mamária. 4. Neoplasia do colo uterino. 5. Programas de rastreamento. I. Prado, Gabriela Jesus, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

FREDERICO DE SOUZA NOGUEIRA

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA USF MINAS GERAIS EM SERRA DO MEL – RN.

Monografia aprovada em 02 de Junho de 2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Gabriela Jesus Prado
(Orientadora)

Banca Examinadora:

Lenise Patrocínio Cecílio
Banca 1: Profª

Sóstenes Santos
Banca 2: Profº

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João Dehon Nogueira da Silva e Maria José Oliveira de Souza Nogueira, pelo amor incondicional a mim dedicado.

Aos meus irmãos, João Felipe de Souza Nogueira e Pedro Victor de Souza Nogueira, pelo exemplo de caráter e pela amizade sempre presentes.

À minha noiva, Cintia Mikaelle Cunha de Santiago, por toda a ajuda nos momentos mais difíceis, pelo companheirismo e pela dedicação em todos esses anos de convivência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Gabriela Prado, por toda a dedicação e orientações disponibilizadas em todo esse ano.

À minha supervisora, Tammy, por todas as orientações práticas sobre a saúde da mulher.

À minha noiva e futura esposa, Cintia Mikaelle, pelo socorro e dicas sobre os projetos de intervenção.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Tabela – Cronograma das atividades em Serra do Mel, RN, 2013.
- Figura 2 Gráfico - Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo do útero em Serra do Mel - RN, 2014
- Figura 3 Gráfico - Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama em Serra do Mel - RN, 2014
- Figura 4 Gráfico - Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado em Serra do Mel - RN, 2014
- Figura 5 Gráfico - Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero em Serra do Mel - RN, 2014.
- Figura 6 Gráfico - Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia em Serra do Mel - RN, 2014

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde
CEO: Centro de Especialidade Odontológica
C e D: Crescimento e Desenvolvimento
DM: Diabetes Mellitus
DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD: Ensino a Distância
ECG: Eletrocardiograma
ESF: Estratégia de Saúde da Família
FAN: Fator antinuclear
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HBsAg: Antígeno Hepatite B.
INCA: Instituto Nacional do Câncer
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde Família
OMS: Organização Mundial de Saúde
PROVAB: Programa de Valorização da Atenção Básica
RN: Rio Grande do Norte
RNM: Ressonância Nuclear Magnética
SUS: Sistema Único de Saúde
TC: Tomografia de Crânio
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFPeI: Universidade Federal de Pelotas
UNASUS: Universidade Aberto do Sistema único de Saúde
USF: Unidade de Saúde da Família
USG: Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 ANÁLISE SITUACIONAL	10
1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS EM 12/04/2013	10
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL EM 20/09/2013	12
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL	18
2 JUSTIFICATIVA	20
2.2 OBJETIVOS	22
2.2.1 GERAL	22
2.2.2 ESPECÍFICOS	22
2.2.3 METAS	23
2.3 METODOLOGIA	24
2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES	25
2.3.2 INDICADORES	29
2.3.3 LOGÍSTICA	32
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	36
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	40
4.1 RESULTADOS	40
4.2 DISCUSSÃO	46
4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES	53
4.4 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO PARA COMUNIDADE	55
5 REFLEXÃO CRÍTICA	58
6 BIBLIOGRAFIA	60

RESUMO

NOGUEIRA, Frederico Souza. Qualificação da atenção a prevenção do câncer de colo de útero e de mama na USF Minas Gerais em Serra do Mel – RN. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Os cânceres de mama e de colo uterino são neoplasia frequentes entre as mulheres. Para que os prejuízos causados por eles não ocorram, ou sejam mínimos, é necessário que a prevenção seja eficiente, com o rastreamento da população feminina por meio da detecção precoce das lesões. Os exames utilizados com esse intuito são o citopatológico do colo de útero, o autoexame das mamas e a mamografia. Desenvolvemos um projeto de intervenção junto à população feminina de sete vilas com Estratégia Saúde da Família no município de Serra do Mel, na faixa etária de 24 a 64 anos e 50 a 69 anos, idades nas quais o rastreio deve ser executado para o câncer do colo uterino e para o câncer mamário, respectivamente. Objetivamos aumentar o rastreio e o diagnóstico precoce dessas patologias, melhorar o conhecimento da população sobre os fatores de risco para as neoplasias e para as doenças sexualmente transmissíveis, qualificar todos os profissionais da unidade básica de saúde para realizar a busca ativa, mostrá-los a importância da execução dos procedimentos de diagnóstico em todas as mulheres, melhorar a qualidade dos exames citopatológicos e intensificar os registros dessas ações programáticas. Foi realizado um levantamento de todas as mulheres residentes na área adscrita com o posterior cadastramento das usuárias nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas. Os resultados evidenciaram um aumento gradual do número de exames preventivos (47,7%) e mamográficos (48,4%) realizados, mostraram que todas (100%) as mulheres receberam avaliação e orientações sobre os fatores de risco para as neoplasias em estudo e DST, todas as mulheres que foram atendidas em consultório (207) tiveram registrados no seu prontuário e no livro específico as informações relacionadas ao programa e a equipe tornou-se mais qualificada para atender as mulheres das comunidades. Com isso, foi observado que a intervenção favoreceu a realização dos exames preventivos, conseguiu melhorar o nível de saúde das moradoras da localidade através do rastreio precoce desenvolvido e do acesso às informações importantes para a população.

Palavras-chave: Saúde da Família. Neoplasia de Colo do útero. Neoplasia de Mama. Atenção Primária à Saúde. Programas de Rastreamento.

APRESENTAÇÃO

Esse volume trata do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade de Ensino a Distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS).O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo na ação programática de prevenção do câncer de colo de útero e de mama com foco na qualificação a atenção à saúde em sete vilas com a Estratégia Saúde da Família, no município de Serra do Mel no Rio Grande do Norte. Neste trabalho é relatada a construção da intervenção que ocorreu em quatro unidades de trabalho. Na primeira parte é apresentada a análise situacional, onde foi possível verificar e conhecer a realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na segunda unidade foi construído o projeto de intervenção na análise estratégica, com a construção do projeto através das tarefas do curso. A terceira parte é constituída pelo relato da intervenção realizada no decorrer de 12 semanas, constituindo a 3ª unidade do curso. A quarta parte é composta pela avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde construídos ao longo da Unidade 4. Posteriormente, pode ser verificada a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem no decorrer do curso, seguindo pelos materiais utilizados na intervenção, na parte final do trabalho, nos anexos. O curso de Especialização em Saúde da Família teve início em abril de 2013 e foi finalizado em março de 2014, com a entrega do volume final do Trabalho de Conclusão de Curso aqui apresentado.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 12/04/2013

Realizo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural do município de Serra do Mel/RN, uma pequena cidade sem muitos recursos (renda proveniente principalmente do comércio do caju e seus derivados), próximo de Mossoró/Rio Grande do Norte (RN) (cidade pólo da região oeste do RN). Exerço minhas atividades em 07 pequenas unidades de saúde, uma em cada "vila" da região rural do município (a maior parte da população da cidade reside nessas vilas, as quais são distantes da "vila principal", o centro, local onde ficam os principais órgãos públicos, inclusive o hospital municipal).

Todos os dias, eu vou com minha equipe da atenção básica (uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma motorista) para uma vila diferente. Sou responsável pelo atendimento das vilas: Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Espírito Santo, Alagoas, Pernambuco e Bahia. Antes do início das atividades, a equipe se reúne no hospital da cidade e, através de uma estrada de barro, nos deslocamos para cada vila, diariamente. Retiramos do hospital o material utilizado (prontuários, medicações, equipamentos, etc) e o depositamos no carro com o qual nos deslocamos. Há um agente de saúde responsável por cada vila (que mora na área) e este profissional realiza as ações programadas e as visitas diariamente, orientando a população quanto aos serviços disponíveis nas unidades de saúde e no hospital municipal. Após a realização das ações e da volta ao "centro" do município, o material é guardado em local reservado no hospital.

Cada unidade de saúde das vilas é composta por duas ou três salas, um banheiro e uma "sala de espera". Existe uma sala para atendimento médico (composta por mesa, cadeiras e maca), outra para atendimento da enfermagem

(esta em algumas unidades não existe) e a última para armazenamento temporário do material trazido do hospital. O banheiro só apresenta uma pia (a mesma não funciona). A “sala de espera” é, na verdade, um “alpendre” onde os pacientes esperam o atendimento em um banco de cimento (que não é suficiente nem para a metade dos presentes na unidade, sendo que a maioria aguarda atendimento em pé). Em nenhum prédio onde trabalhamos há água encanada ou energia elétrica (somos auxiliados pela população residente da área para fornecimento de água para beber e utilização de banheiros).

Para complicar, em algumas unidades existem alguns moradores permanentes e indesejáveis como morcegos, pequenas aranhas e alguns cães. Não há alguém responsável pela manutenção e limpeza da unidade (tarefa realizada algumas vezes pelo agente de saúde).

Em relação às medicações necessárias, esse pode ser considerado um ponto positivo, uma vez que o arsenal terapêutico básico, na grande maioria das ocasiões, se encontra disponível (medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, analgésicos, antitérmicos, antibióticos e outras drogas mais corriqueiras nos atendimentos).

Exames laboratoriais básicos, radiografias, ultrassonografias, eletrocardiograma (ECG) e consultas especializadas (cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, fisioterapia e nutrição) são realizados em local específico no hospital municipal, mediante anterior agendamento. Outros procedimentos mais complexos e consultas médicas necessárias, que não são oferecidos pelo município, são referenciados para Mossoró, o que por muitas vezes ocasiona espera de até um ano, dependendo procedimento solicitado.

Já falei, juntamente com minha equipe, várias vezes com a secretária de saúde e o atual prefeito para tentar resolver esses problemas, sempre recebendo promessas que tudo será resolvido, entretanto até o presente momento (seis meses de atuação nessa cidade) nada foi alterado.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 20/09/2013

Atuo no município de Serra do Mel, localizado no interior do Rio Grande do Norte. A cidade contém aproximadamente 10597 habitantes. A grande maioria da população se encontra na área rural. Existem 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural e 01 na zona urbana. No momento o município não dispõe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem de Centro de Especialidades Odontológica (CEO). Além das UBS, a população é atendida por alguns especialistas (cardiologista, dermatologista, ginecologista e obstetra, psiquiatra, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta) em unidade próxima ao hospital municipal (zona urbana), onde os atendimentos de urgência são realizados. Todos os exames solicitados na cidade são realizados no hospital mediante prévio agendamento. Neste local são feitos exames bioquímicos básicos (hemograma, glicemia, perfil glicêmico, etc.), ECG e radiografias; sendo que exames mais complexos [ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM), por exemplo] são agendados via secretaria de saúde e feitos em outros municípios próximos.

Trabalho na zona rural da cidade da Serra do Mel, sendo que minha área de atuação é composta por 07 vilas, onde cada uma destas contém uma UBS que desenvolve a ESF. A equipe [composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, motorista e agente comunitário de saúde (ACS), o qual mora na área de atuação] é a única dessas áreas. Diariamente, o carro de transporte da equipe leva os instrumentos necessários para o atendimento da população (medicações, balanças, prontuários e folhas para preenchimento de atividades) que ficam armazenados no hospital. Ações de vacinação, orientações em saúde bucal e atendimentos de crianças já foram desenvolvidos nas escolas da zona rural (uma escola em cada vila), mas não existe vínculo fixo com essas unidades.

A estrutura de cada unidade de saúde de cada região é formada por duas ou três salas, um banheiro e uma “sala de espera”. Cada sala é utilizada para atendimento médico, da enfermagem e a última para armazenamento temporário do material trazido do hospital. Nesses locais são encontradas macas e mesas para receber os usuários. Após as atividades, os materiais disponíveis são colocados no transporte da equipe e devolvidos à unidade hospitalar. O banheiro é composto por

uma pia (não funcionando). A “sala de espera” é o local onde os pacientes esperam o atendimento, geralmente em um banco de cimento. Porém, a maioria aguarda atendimento em pé. Em nenhum prédio onde trabalho há água encanada ou energia elétrica. A população residente nos fornece a água para beber e nos auxilia para a utilização de banheiros. Os gestores, depois de pedidos da equipe, já estão providenciando reformas em algumas unidades e a ligação elétrica e o abastecimento de água foram prometidos.

Os profissionais de saúde não realizam pequenos procedimentos e os atendimentos de urgência/emergência são referenciados para hospital municipal porque as UBS não proporcionam espaços físicos nem materiais para tais atividades. Outras dificuldades são que as atividades em grupos no momento não estando sendo realizadas e as reuniões em equipe não estavam acontecendo de forma rotineira por falta de estrutura e de planejamento entre os envolvidos. Com isso, é notável que as funções dos profissionais não são plenamente desenvolvidas, o que acarreta prejuízo a saúde da população, já que atenção básica não é empregada de forma plena. Dificuldades como o não acompanhamento rigoroso de pacientes em outros locais fora da UBS é um entrave importante. A falta de recursos (como transporte) e a necessidade de adaptação para que exista um mínimo de atendimento para a população de todas as regiões (07 vilas ao todo) dificulta muito a realização de todas as atribuições. Na tentativa de amenizar os prejuízos, a equipe procura desenvolver ações possíveis como orientações durante os atendimentos e visitas domiciliares sobre as atividades de prevenção e melhora/cura de doenças (higiene, alimentação, atividades física, etc.), sobre os curativos, seus direitos como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), seu poder de reivindicações de melhorias, a forma de agir diante situações de emergências quando a equipe não estiver na localidade e outras mais.

A atuação dos profissionais de saúde é realizada em vilas da zona rural, localizadas distantes entre si e do centro (zona urbana), a vila mais próxima do centro urbano está a 10 km. Com isso, acaba sendo necessário que essas atividades sejam feitas de forma adaptada para que um mínimo de qualidade possa ser atingida. Como exemplo das dificuldades, pode ser citado o intervalo de 15 dias para que a equipe retorne a mesma vila para aplicar as ações (uma vez que visitamos uma vila por dia). Na área de atuação da equipe existe um total de, aproximadamente, 2190 pessoas, sendo que a maioria é composta por mulheres,

crianças e idosos, uma vez que boa parte dos homens jovens se desloca para outra cidade para trabalhar. Em algumas regiões, há pessoas que buscam atendimento médico, mas a quantidade de fichas distribuídas pelos ACS se torna insuficiente. Porém, em outros locais, a quantidade é suficiente (depende do tamanho de cada vila). Aqueles pacientes que não conseguem ser atendidos naquele dia são ouvidos e orientados a buscar outros serviços (nos casos de urgência), a voltar em outro dia (pessoas que querem mostrar exames ou renovar alguma receita) ou são atendidos, mesmo sem fichas (atendimentos prioritários e/ou casos agudos).

Para o acolhimento da população adscrita, o espaço físico disponível é pequeno para abrigar temporariamente a equipe e os usuários, uma vez que só existem 03 salas (02 consultórios e 01 sala para armazenar os materiais e prontuários) e 01 alpendre onde as pessoas aguardam sua vez para as consultas, muitos acabam ficando em pé. Portanto, é óbvio que não há um mínimo de conforto para a população e inexistem pessoas para realizar a recepção desses usuários, tudo é feito de forma improvisada para garantir uma UBS, ao menos, funcionando. Como ponto positivo, pode ser destacada a proximidade das unidades com as casas, já que todos os habitantes moram nos arredores desse local de saúde.

Em relação à saúde da criança, são realizadas ações como acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (C e D), imunizações e atendimentos por demanda livre. A equipe procura seguir as normas do Ministério da Saúde (MS), porém, muitas vezes, não é possível atingir todas as metas preconizadas. E, apesar de muitas atividades serem realizadas no dia-a-dia em todos os locais, a forma de registro não permite o acompanhamento das ações por meio de indicadores, pois não há registro e armazenamento dos dados, pois não houve o armazenamento dos dados. Há um livro para registro específico dessa atividade e o monitoramento da ação é realizado mensalmente pela enfermeira da equipe; entretanto, não há pessoal responsável pelo planejamento de ações. Com isso, é possível observar que as ações em saúde da criança não atingem todos os objetivos desejados. Mas deve ser destacado que grande parte da população comparece as unidades para serem acompanhadas regularmente e os profissionais de saúde envolvidos disponibilizam informações às mães durante o pré-natal e consultas de puericultura sobre a importância do aleitamento exclusivo, das vacinas, do teste do pezinho, da necessidade de seguimento com o crescimento e desenvolvimento, da prevenção de acidentes, da higiene, da alimentação saudável, das atividades físicas e da relação

pais-filhos. Os agentes comunitários de saúde realizam um acompanhamento de perto no estado de saúde das crianças e enfatizam a necessidade do comparecimento às consultas nas UBS. Sempre que necessário, a equipe realiza visitas domiciliares para uma investigação mais minuciosa de alterações observadas pelo ACS e a resolução desses problemas é tentada através de orientações, medicações ou encaminhamentos para outros especialistas.

Sobre o pré-natal pode ser informado que são desenvolvidas atividades como atendimento para problemas clínicos e as alterações na saúde mental e bucal são referenciadas aos profissionais específicos. Praticamente todas as informações sobre as gestantes estavam registradas, o que permitiu o preenchimento quase completo dessa seção do Caderno da Ação Programática. Quase todos os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal avaliados (aqueles que avaliam as pacientes com as consultas em dia, com o pré-natal iniciado no 1º Trimestre, com os exames de laboratório iniciados na 1ª consulta, com vacina antitetânica e para hepatite B atualizadas, com prescrição de sulfato ferroso, com exame ginecológico por trimestre, com avaliação de saúde bucal e com orientação para aleitamento exclusivo) apresentam o número de 100%. As recomendações do Ministério da Saúde (MS) são seguidas de modo rígido. Assim como na saúde à criança, existe livro destinado aos atendimentos dessa atividade, sendo que essas ações são monitoradas pela enfermeira. Porém, o exame ginecológico não é realizado nas unidades de saúde uma vez que não há a disponibilidade de mesa adequada para proceder ao exame, nem material disponível (espécuro, luvas, etc.). Quando existe a necessidade desse tipo de procedimento, as pacientes são referenciadas ao hospital municipal e/ou ao obstetra, onde esse material pode ser encontrado. Outros obstáculos encontrados são a ausência de grupo específico para esse tipo populacional, a demora em receber o resultados de alguns exames solicitados [anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Antígeno Hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose, urocultura, Fator Antinuclear (FAN), ultrassonografia] e a escassez ocasional de algumas medicações utilizadas no programa (sulfato ferroso, ácido fólico, metildopa). Esses problemas ocasionam uma demora no diagnóstico e no tratamento de algumas patologias que podem comprometer a saúde da mãe e do bebê.

Com o intuito de prevenir os cânceres de colo do útero e de mama, a equipe realiza ações de forma oportunística. Quando as mulheres procuram o atendimento

nas UBS e estão na idade para início dessa investigação são solicitados o exame citopatológico e a mamografia. Sendo que, durante as consultas com as mulheres em qualquer idade, são fornecidas informações sobre a necessidade de uso de preservativos, o controle do peso, a cessação do tabagismo, os prejuízos do excesso de álcool e a necessidade do acompanhamento constante com os exames solicitados. Portanto, apesar de não realizarmos ações propriamente ditas contra essas patologias conforme o desejo do Ministério da Saúde (MS), há a tentativa de atenuar essa situação com o enfoque nas orientações durante o contato com esse grupo populacional. Outra carência averiguada é a dificuldade na realização do exame citopatológico e da mamografia. O primeiro não é feito nas UBS, somente acontecendo no hospital municipal, ou seja, a população em vista precisa se deslocar da zona rural para a zona urbana para obter esse procedimento, o que muitas vezes atrasa e dificulta o seguimento desejado. Além disso, há certa demora a receber os resultados desses procedimentos. Já o segundo exame não existe no município onde trabalho e, por isso, as mulheres que precisam dessa abordagem devem aguardar sua realização em outra cidade próxima (espera de vários meses). Com isso, o seguimento desses pacientes de acordo com o MS não é alcançado, pois a espera e a não obtenção desses procedimentos inviabiliza essa atividade. Muitas vezes, as mulheres têm pagar para conseguir o acompanhamento correto. Diferentemente dos outros programas não há livro de registro específico e não há pessoal responsável pelo planejamento e monitoramento.

Outro programa que realizamos é a busca e o diagnóstico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Nos locais onde a ESF é trabalhada, a quantidade de pacientes com HAS e DM se encontra abaixo da estimativa nacional; demonstrando, assim, uma necessidade de busca ativa mais eficaz para, pelo menos, encontrar a maioria desses doentes não beneficiados com o programa. A equipe faz o diagnóstico desses problemas praticamente em todos os dias; evidenciando, portanto, que o número desses pacientes se encontra realmente subestimado e provavelmente existem outros pacientes sem diagnóstico firmado. Houve, outra vez, dificuldade de obtenção dos dados desejados sobre essas patologias. O baixo nível educacional e a pobreza da população local, a falta de algumas medicações, e a demora e a inexistência de alguns exames para diagnóstico prejudica o total seguimento dos protocolos do Ministério da Saúde. Os trabalhadores da saúde enfatizam a importância do seguimento dessas patologias

durante os contatos com os moradores locais, enfatizam a necessidade da atividade física regular e da alimentação saudável. Os ACS foram orientados a buscar de forma mais efetiva os pacientes em risco e a explicar a toda população, durante as visitas, os benefícios do rastreio e diagnóstico precoce dessas alterações. A conscientização já começa a ser observada na nossa realidade, uma vez que muitas pessoas estão procurando os serviços no intuito de investigar essas alterações. Não há local específico para registro dessas atividades (dados são armazenados em prontuário clínico).

Já sobre a saúde dos idosos, o número de pessoas nessa faixa etária se aproximou da estimativa nacional. Eles citam algumas dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso das patologias existentes (HAS, DM, etc.) por falta do medicamento, tendo que comprá-los e informam também problemas para exercer as alterações da dieta, muitos não têm condições de adquirir alimentos mais saudáveis e da atividade física (artralgias impedem caminhadas e na região não há locais para hidroginástica). Por isso, algumas metas terapêuticas não são obtidas. Além disso, alguns dados exigidos para o preenchimento dos indicadores de saúde não estavam registrados e há a carência de cadernetas da pessoa idosa, uma vez que apenas 20 foram distribuídas, não havendo mais para serem entregues. Positivamente, muitos idosos apresentam acompanhamento em dia e, aqueles que necessitam de avaliação pelo odontologista sobre a saúde bucal e consulta com especialista, são referenciados aos mesmos. Durante todos os contatos, essa população é estimulada a cessar o tabagismo e aquisição de hábitos saudáveis de vida. O cuidado domiciliar é realizado através de visita agendada pelo agente de saúde, praticamente todas as visitas são para o desenvolvimento do cuidado nessa faixa etária da população. Nesse momento, orientamos a família e o paciente sobre as peculiaridades dos idosos como a necessidade de imunizações e de hidratação mais rigorosa para se evitar a desidratação, enfatizamos o perigo de tapetes e outros obstáculos para a locomoção e tiramos dúvidas sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. As consultas para essas pessoas, em boa parte, são para tratar de problemas gerais da clínica médica e seguimento dos hipertensos e diabéticos. Sendo assim, as informações sobre eles se encontram nos prontuários clínicos.

E, para finalizar, deve ser explicitado que diante de todas as dificuldades citadas (escassez de material, falta de estrutura das UBS, desorganização quanto ao armazenamento de dados, distância para acesso às vilas, etc.), adaptações

foram necessárias para manter um mínimo de qualidade nas ações desenvolvidas. Como exemplos podem ser citados a não realização de dias específicos para cada ação programática e o atendimento de 20 a 25 pacientes por dia (em alguns dias, um pouco mais) para não diminuir a oferta de atendimentos em saúde. O ACS de cada vila e o auxiliar de enfermagem auxiliam e agilizam as consultas através da retirada dos prontuários e do preenchimento dos dados. Existem reuniões mensais da equipe para discutir a realidade de cada região, onde são discutidos os problemas detectados pelos profissionais e aqueles referidos pelos usuários; a falta de adesão e seguimento das ações programáticas por alguns pacientes são questionadas e estratégias são definidas para incentivar uma maior participação por parte da população do processo saúde-doença (uma forma alternativa de monitoramento dos programas). Não existem grupos populacionais específicos para discussão das ações programáticas nas vilas e, por isso, a equipe sempre orienta os pacientes sobre a importância dessas atividades durante cada contato.

É possível observar que, após as conversas com a equipe de saúde, os usuários se interessam em modificar seus hábitos para atingir um bem estar e confiam nas recomendações fornecidas pelos trabalhadores das UBS. Portanto, mesmo com os obstáculos evidenciados, a conscientização de boa parte das pessoas é alcançada.

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

Após o desenvolvimento do relatório da análise situacional, foi possível observar problemas que anteriormente talvez não teriam sido evidenciados sem o referencial teórico e o apoio do curso de especialização.

A estrutura física é uma dificuldade facilmente detectada. Entretanto, através da realização dos questionários propostos, as dificuldades se mostraram muito maiores, já que além de matérias essenciais (como macas, medicações e outros equipamentos), a logística e a organização eram problemas tão importantes quanto os outros.

A falta de grupos de discussão sobre as patologias, a escassez de atividades educativas e a inexistência da participação popular para o controle da situação de saúde foram obstáculos que se tornaram evidentes somente após todas as ferramentas propostas pelo curso.

Com isso, poderemos desenvolver um trabalho mais aprofundado nesses quesitos muito importantes para que possamos aprimorar ainda mais a saúde daquelas localidades. Portanto, a análise situacional foi uma tarefa inovadora para o desenvolvimento do senso crítico dos profissionais participantes.

2 JUSTIFICATIVA

Na atualidade o câncer é uma doença de grande proporção que atinge considerável quantidade de pessoas em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que até o ano de 2030 haverá uma média anual de 75 milhões de pessoas vivas com câncer; 27 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por câncer. Esse aumento será mais acentuado nos países de baixa e média renda (INCA, 2011). No Brasil, para o ano de 2012, foram estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2011). Segundo documentos do INCA (2008) mesmo se o câncer de mama for diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade permanecem elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados. Já Gama (2008) diz que a prevenção do câncer do colo do útero também possível, pois sua evolução em geral ocorre de forma lenta, com fases pré-clínicas detectáveis, exibindo expressivo potencial de cura relativamente aos demais tipos de câncer quando diagnosticados precocemente.

O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos (população alvo para prevenção do câncer de colo uterino) na área de atuação da equipe de saúde é 434, sendo estas acompanhadas nas UBS. Já a população feminina estimada entre 50 e 69 anos (idade alvo para prevenção da neoplasia de mamas) é de 125 mulheres em seguimento nas unidades. É possível observar que boa parte das mulheres procura os profissionais de saúde para promover sua saúde através de consultas com o médico, com o enfermeiro, e nestes momentos são repassadas informações sobre a necessidade de uso de preservativos, o controle do peso, a cessação do tabagismo e os prejuízos do excesso de álcool. Além do encaminhamento para realização os exames citopatológicos e de mamografia. Os agentes comunitários são orientados

pela equipe de saúde a buscarem as mulheres das regiões e informá-las sobre a necessidade do seguimento adequado.

A ação programática enfrenta alguns obstáculos para ser plenamente desenvolvida, o exame citopatológico é feito no hospital municipal (zona urbana) e a mamografia é realizada no município de Mossoró, mediante prévio agendamento via secretaria municipal de saúde da Serra do Mel. Como há carência física e material para a realização da citopatologia do colo uterino na região rural, ele é feito no hospital municipal e, por isso, a população em vista precisa se deslocar para a zona urbana a fim de obter esse procedimento, o que muitas vezes atrasa e dificulta a obtenção e o seguimento desejado. Já a mamografia não é obtida na própria cidade, com isso, o acompanhamento desses pacientes, de acordo com o desejado pelo MS, pode não ser alcançado, pois a espera pode atrapalhar essa atividade. E além desses problemas, também há a falta de registro específico desses procedimentos, ou seja, os exames realizados não são armazenados em local específico, o que prejudica o acompanhamento dessas mulheres.

A falta de avaliação, seguimento e de registro das estáticas sobre a saúde da mulher dificulta a promoção da saúde dessa faixa populacional, uma vez que prejudica a detecção de fatores de risco para que possam ser evitados ou eliminados e o diagnóstico precoce das neoplasias citadas. Com o desenvolvimento de uma rotina de monitoramento é possível acompanhar as mulheres de uma maneira mais eficaz. Por isso, a adoção de rotinas e de instrumentos e estratégias de avaliação dos casos como o treinamento da equipe e a criação e utilização de uma ficha específica para orientar as ações a serem tomadas são de grande valia para que esse monitoramento ideal seja atingido; ocasionando, com isso, uma melhor promoção de saúde às mulheres. O risco para essas neoplasias serão mapeados durante o contato com a população em vista. Essas atividades irão melhorar a cobertura, a adesão e a qualidade dos atendimentos às mulheres. As dificuldades na realização dos exames serão discutidas com os gestores e iremos propor alternativas para agilizar esses procedimentos.

2.2 Objetivos

2.2.1 Geral

Melhorar a detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama.

2.2.2 Específicos

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

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama

- **Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 90%;
- **Meta 1.2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 90%;

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia

- **Meta 2:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde

- **Meta 3:** Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino;

Relativas ao objetivo 4: Melhorar registros das informações

- **Meta 4:** Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde;

Relativas ao objetivo 5: Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama

- **Meta 5:** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etária alvo.

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

- **Meta 6:** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção a ser executado na área das unidades básica das Vilas Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Espírito Santo, Alagoas, Bahia e Pernambuco, localizadas no município de Serra do Mel/RN. Esse projeto foi constituído para atender uma necessidade visualizada durante a vivência no cotidiano do serviço dessas USF.

Para atender aos objetivos desse projeto serão realizadas ações com a equipe de saúde que atuam nessas unidades, essas atividades serão efetivadas durante o período de 3 (três) meses. A estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos na área é de 434 pessoas e de 125 usuárias entre 50 e 69 anos. As ações serão realizadas semanalmente no próprio espaço das USF e em outro local das vilas adequado para receber a população, como a igreja e a escola. A faixa etária trabalhada será com as usuárias maiores de 25 anos e até de 69 anos, que forem atendidas na unidade durante o período de implementação do projeto. O cadastramento abrangerá todas as mulheres das vilas atendidas pela equipe e ocorrerá nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas durante os 3 meses de intervenção.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Para realizar a intervenção no programa de prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, serão adotadas as orientações do Caderno de Atenção Básica- Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama de 2013. Devido à dinâmica das visitas às vilas a cada 15 dias, será necessária a divisão de trabalho entre os componentes da equipe para não prejudicar o andamento das outras ações programáticas. Haverá ações que segundo o protocolo é de atribuição do médico e enfermeiro, entretanto ocorrerá uma adaptação à realidade local visando à inclusão das novas atividades e a continuação das já existentes na rotina dos trabalhadores.

Ainda vale ressaltar, que devido as inadequações na estrutura física das unidades das vilas, com a ausência de água encanada, espaço e energia elétrica, a coleta do citopatológico ocorrerá no hospital municipal pela enfermeira da instituição. Após essa coleta os resultados irão para a sede da USF (zona urbana), para serem avaliados pela enfermeira da equipe, e depois para as USF de cada vila (zona rural).

Uma ficha específica para a ação será utilizada, onde serão registradas informações sobre a população como nome, idade, data da realização do último exame citopatológico e/ou mamografia, seus respectivos resultados, avaliação do risco para essas patologias e questionamento se as mulheres receberam orientação sobre prevenção dessas neoplasias e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Para os casos onde o resultado do exame não estiver disponível ou não tiverem sido realizados, serão solicitados novos exames durante as consultas médicas realizadas semanalmente nas unidades.

Sobre o objetivo de **ampliar a cobertura** de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama (faixa etária de 25 a 64 anos e de 50 a 69 anos, respectivamente) para 90%, todas as informações sobre essa atividade programática serão armazenadas nas fichas e serão monitoradas semanalmente pelo médico e enfermeira. As mulheres com idade para participar dos programas serão cadastradas nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas e serão acolhidas pelos profissionais da unidade. Para aquelas que não estejam com os exames de mamografia e citopatológico em dia será solicitado pelo médico e enfermeira. Haverá busca ativa de todas as mulheres da região pelos ACS e essas terão agendamento de consulta na unidade de saúde para avaliação clínica e coleta

de dados para o preenchimento das fichas. Além disso, orientações sobre a importância dos exames e sobre sua periodicidade serão repassadas durante atividades educativas e nas consultas médicas e de enfermagem diariamente. Os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem serão atualizados\capacitados sobre acolhimento, cadastramento e relevância da periodicidade dos procedimentos através da reunião na primeira semana de intervenção, onde os aconselhamentos sobre os protocolos disponibilizados pelo Caderno de Atenção Básica serão repassados pelo médico, através de exposição em projetor disponibilizado pela coordenação da atenção básica do município.

A **melhora da adesão** das mulheres à realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia através da busca de 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde se dará pela monitoração dos resultados e da periodicidade através das fichas específicas pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem. Os resultados dos exames citopatológicos e mamográficos serão enviados para a sede da ESF (zona urbana) ficando a enfermeira responsável pela avaliação dos resultados e caso seja identificado alguma alteração será realizada uma busca ativa as mulheres para iniciar o tratamento. Os resultados alterados evidenciados nos exames serão tratados pelo médico e enfermeira da ESF ou encaminhados ao especialista, se necessário.

Posteriormente a análise da enfermeira, os resultados serão levados para as UBS das vilas para serem entregues as demais mulheres que realizaram o procedimento. As usuárias que procurarem a unidade para receber os resultados do citopatológico e a mamografia serão acolhidas por todos profissionais. Será feito a marcação dos atendimentos na unidade por meio de vagas extras para esse programa, onde o ACS de cada vila orientará a população em visita a procurar a UBS e realizar o acompanhamento e o atendimento clínico. Para as faltosas será realizada busca ativa através de visitas domiciliares pelo médico e enfermeira ou ACS da equipe durante as idas às vilas, assim facilitando o acolhimento e o acesso das mulheres aos resultados, onde estes serão explicados pelo médico e/ou enfermeira. Durante as visitas, será realizada a escuta sobre os motivos que levaram ao não comparecimento na unidade, buscando criar estratégias para evitar o absenteísmo. Esses encontros também servirão para ouvir as dúvidas e as reclamações da comunidade, além de haver instruções sobre a importância da realização periódica dos exames de prevenção (exame clínico e autoexame das

mamas, a mamografia e o citopatológico) e do acompanhamento pelos profissionais, sobre o controle social e o tempo de espera dos resultados. Com a capacitação da equipe na primeira semana, todos os profissionais envolvidos na UBS conhecerão os protocolos e a forma adequada de manusear e monitorar os resultados dos exames, ficando aptos também a realizarem a busca ativa das faltosas, acolher a demanda de procura das usuárias pelos resultados dos exames e a esclarecerem as dúvidas da população para essa ação programática. Na oportunidade será explanado que devido à ausência de estrutura física adequada nas UBS e a rotina da equipe será necessário adequações no protocolo para a realização das ações.

A qualidade do atendimento das mulheres também é um ponto a ser incrementado através do armazenamento dos resultados e do monitoramento das fichas específicas pelo médico. A adequabilidade das amostras dos citopatológicos será monitorada pela enfermeira, caso seja identificada amostras insatisfatórias será solicitada a usuária refazer o exame. A enfermeira ficará responsável também pela análise dos dados e dos indicadores, passando essas informações na reunião de equipe para o conhecimento de todos os profissionais. Para a comunidade será compartilhado o panorama geral da cobertura dos programas e a importância desses indicadores para a saúde das mulheres da área adscrita, através das ações educativas coletivas nas escolas e/ou igrejas das vilas, tendo como facilitadores o médico e enfermeira. Vale dizer que devido a inadequações estruturais como a falta de água e local satisfatório para a coleta, os exames citopatológicos são realizados pela enfermeira do hospital municipal, assim, haverá uma reunião com ela para discutir o protocolo do MS sobre esse procedimento. A meta é obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino.

O registro das informações se mostra como a maior deficiência dessa ação programática, pois ele não ocorre (os indicadores não foram preenchidos anteriormente por não haver esses dados). Por isso, a ficha específica para o registro servirá para o monitoramento semanal do médico e da enfermeira, para a atualização das informações e o acompanhamento da situação de saúde das mulheres. Na reunião de equipe, realizada na unidade da sede, será pactuado com todos os profissionais que o médico e a enfermeira serão responsáveis pelo registro e o monitoramento das fichas espelhos. Nesse encontro será reforçado o uso do protocolo do Caderno de Atenção Básica e será apresentada a ficha-espelho, além de explicar como ocorrerá o funcionamento da intervenção. Durante os contatos com

as usuárias, as orientações sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via, se necessário, serão explanados. Com isso, é esperado um registro específico para 100% das mulheres cadastradas no programa de saúde da mulher nas unidades de saúde.

Durante o contato com as mulheres, ocorrerá o **mapeamento dos riscos para o desenvolvimento desses cânceres**. Serão considerados como fatores de risco: a presença de sangramento pós-coito, corrimento excessivo, alteração em exame citopatológico, o número de parceiros sexuais na atualidade, a história familiar de câncer, o tabagismo, o sedentarismo, o uso de preservativos, a presença de comorbidades, a alteração em exame clínico das mamas e em mamografias. O objetivo, com isso, é estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco por meio de agendamento de consultas médicas e de enfermagem de forma regular. Nas consultas e nos encontros educacionais haverá aconselhamento sobre os fatores de risco para as neoplasias, informações sobre medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação e sobre os sinais de alerta, além da distribuição dos panfletos do MS. As fichas específicas serão monitoradas pelo médico e enfermeira afim de identificar a realização da avaliação de risco em todas as mulheres, caso seja observado que alguma usuária não teve o risco avaliado, será solicitado o retorno desta para complementar a consulta na semana na qual a equipe retornará a vila (15 dias). Os trabalhadores de saúde, após a capacitação da primeira semana de intervenção, se tornarão aptos para avaliar esses riscos e a orientar sobre as formas de combatê-los. A meta é realizar avaliação de risco, pesquisando sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama em 100% das mulheres nas faixas etárias alvo.

Por fim, a **promoção da saúde** das usuárias ocorrerá durante as atividades educativas e durante as consultas, ambas semanalmente realizadas nas UBS pelo médico e enfermeira, e na oportunidade será realizada a distribuição de panfletos do MS sobre a prevenção dos cânceres e sobre DSTs. Com isso, ocorrerá o incentivo à comunidade para o uso de preservativos, a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas, a prática de atividade física regular e os hábitos alimentares saudáveis. Os registros nas fichas-espelhos servirão, também, para avaliar se todas as mulheres receberam as orientações adequadas para prevenir o surgimento do câncer de mama e de colo de útero, ficando o médico e a enfermeira responsáveis por esse monitoramento. A distribuição de preservativos foi debatida com os gestores

municipais para garantir a dispensação nas unidades, não ficando restrito somente ao hospital do município. No encontro com a equipe os profissionais se tornarão capacitados a orientar a população sobre a prevenção de DSTs e os fatores de risco para o surgimento dos cânceres de mama e colo de útero. A meta é orientar 100% das mulheres cadastradas sobre DSTs e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

2.3.2 Indicadores

- **Relativos à Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 90%;

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

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

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

- **Relativos à Meta 1.2:** Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 90%;

Indicador 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.

- **Relativos à Meta 2:** Buscar 100% das mulheres que tiveram exame alterado e que não retornaram a unidade de saúde.

Indicador 3: Proporção de mulheres que tiveram exames alterados (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia).

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

Denominador: Número de mulheres cadastradas com exame em dia.

Indicador 4: Proporção de mulheres que tiveram exame alterado (citopatológico do colo do útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

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

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

Indicador 5: Proporção de mulheres que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

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

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

- **Relativos à Meta 3:** Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo uterino;

Indicador 6: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero.

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

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

- **Relativos à Meta 4:** Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo uterino e realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde;

Indicador 7: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero.

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

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

Indicador 8: Proporção de mulheres com registro adequado do exame de mamas e mamografia.

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

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

- **Relativos à Meta 5:** Realizar avaliação de risco (ou pesquisar sinais de alerta para identificação de câncer de colo de útero e de mama) em 100% das mulheres nas faixas etárias alvo.

Indicador 9: 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 (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

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

Indicador 10: 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.

- **Relativos à Meta 6:** Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

Indicador 11: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Prevenção dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama serão adotadas as orientações do Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, 2013. Como não há fichas disponíveis para monitoramento e registro das ações no município, será utilizada uma ficha específica (ficha espelho) onde às informações sobre a população, as mulheres entre 25 e 69 anos das áreas de atuação da equipe, serão identificadas pelo ACS de cada vila e registradas pelo médico e enfermeira.

Os cadernos e protocolos adotados na intervenção já estão impressos e disponibilizados para a equipe. Todas as informações importantes para avaliação dessa ação programática serão armazenadas na ficha espelho da atividade de intervenção, assim tornando as informações disponíveis para apreciação e utilização pelos profissionais. O contato com o gestor municipal foi desenvolvido para realização de 800 cópias das fichas espelho a serem utilizadas no projeto, sendo 550 para a ficha espelho para a prevenção de colo de útero e 170 para a prevenção de câncer, ficando 80 fichas para reserva. Na oportunidade também foi solicitado à impressão de 800 folhetos do MS. Já as guias de solicitação de mamografia e de encaminhamento para o especialista estão disponíveis em grande número na sede da ESF municipal. O gestor local informou que o agendamento para realização do

exame citopatológico e da mamografia vai ser agilizado na secretaria de saúde e que o material necessário para o desenvolvimento desse primeiro procedimento está disponível no hospital municipal.

Para organizar o registro específico do programa, a ficha espelho servirá como ferramenta de monitoramento, atualização das informações e acompanhamento. O médico e a enfermeira revisarão as fichas semanalmente, identificando assim, todas as mulheres que estiverem com alguma pendência (exames, avaliação de risco, orientação). Caso haja alguma falha, o ACS irá realizar a visita domiciliar e agendar uma consulta na UBS.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe das UBS. O início da intervenção se dará com a capacitação dos profissionais da equipe sobre o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama e os seus protocolos. Isso ocorrerá durante a reunião mensal na sede do ESF na zona urbana, onde estarão presentes todos os ACS, o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem. Os materiais que serão usados (datashow e computador) já estão disponíveis e reservados na sede. Na capacitação será repassado as informações sobre atividades a serem trabalhadas como acolhimento, cadastramento das usuárias no programa, relevância da periodicidade dos procedimentos citados, monitoramento das ações, avaliação dos riscos das neoplasias e informações sobre os fatores de risco para esses cânceres e para DSTs. Após a primeira reunião, se houver ainda qualquer dúvida ou dificuldade sobre a intervenção, outros encontros irão acontecer para solucionar os problemas.

Para sensibilizar a comunidade, serão repassadas pelo médico e enfermeira, durante consultas e atividade educativa, orientações sobre a importância dos exames de mamografia e citopatológico e a periodicidade destes, instruções sobre o controle social, tempo de espera dos resultados, direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, aconselhamento sobre os fatores de risco para as neoplasias, sobre medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação, sinais de alerta e sobre a prevenção dos cânceres e DSTs.

Nas atividades educativas haverá distribuição de panfletos do Ministério da Saúde sobre a prevenção das neoplasias e doenças relacionadas ao sexo. Ocorrerão duas ações educativas por mês em cada vila, em local a ser definido em conjunto com a equipe na primeira semana da intervenção. Os espaços onde

ocorrerão as atividades educativas serão informados através de ofício que constará data, dia e horário para a reserva do local. Os materiais usados para as atividades será o panfleto do MS. Será realizada uma exposição dialogada com o auxílio do projetor, este já solicitado para a coordenação da atenção básica da UBS. As usuárias serão convidadas verbalmente pelos ACS, sendo informado o local, data e horário para participarem da ação, e pelos profissionais da UBS durante o contato com os usuários. A distribuição de 700 preservativos foi debatida com os gestores municipais para que essa ação ocorra durante as visitas nas áreas rurais e não somente no hospital municipal.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1º mês				2º mês				3º mês			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo da prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, os fatores de riscos e sua avaliação, cadastramento no programa, acolhimento das usuárias, periodicidade da realização e importância dos exames, acolhimento da demanda dos resultados dos exames e o seu monitoramento, a forma de registro, medidas de controle para os cânceres, orientações de DST e formas de combate aos fatores de risco	X				X				X			
Capacitação dos ACS para a realização de busca ativa das mulheres com pendências.	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X											
Cadastramento de todas as mulheres da área adstrita no programa	X	X										
Realização das atividades educativa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico das mulheres e preenchimento das fichas específicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificação dos fatores de riscos para os cânceres	X	x	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x
Busca ativa das mulheres com pendências e faltosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção e suas ações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribuição de preservativos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribuição de panfletos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 1: Tabela – Cronograma das atividades. Serra do Mel, RN, 2013.

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Após o término dos três meses de atividades interventivas, pode-se dizer que a intervenção aconteceu da melhor forma possível, mesmo com alguns problemas presentes, dificultando assim, a realização ideal de todas as ações programadas. Porém, deve ser ressaltado que as barreiras foram vencidas e o desenvolvimento do trabalho se deu de forma satisfatória.

No início da intervenção a secretaria de saúde informou que a nossa área adscrita tinha 503 mulheres com idade de 25 a 64 anos de idade e 162 para mulheres de 50 a 69 anos. Como os dados não eram seguros, uma vez que na análise situacional não foi encontrado quase nenhum dado para essa ação programática, foi solicitado aos ACS de cada vila fazer o levantamento de todas as mulheres residentes nas áreas com idade entre 25 a 69 anos. Alguns ACS demoraram a entregar o quantitativo da sua vila, mas após algumas semanas chegamos ao total de 434 mulheres para o rastreamento de câncer de colo de útero e 125 mulheres aptas a participar do rastreamento para o câncer de mama.

Todas as atividades previstas no cronograma ocorreram, umas com algumas dificuldades, outras facilmente foram desenvolvidas. Das ações que dependiam somente da vontade dos profissionais de saúde, o andamento foi mais tranquilo. Porém, os exames de rastreamento das neoplasias de mama e do colo útero proporcionaram a maior dificuldade para realização da intervenção. Isso aconteceu porque os exames citopatológicos e a mamografia apresentavam uma espera importante para serem realizados e, portanto, algumas usuárias ainda não tinham esses procedimentos atualizados até a finalização das ações intervencionistas. Além disso, o gestor demorou a entregar a quantidade de fichas espelho e panfletos suficientes para as consultas clínicas e atividades educativas, mas com o decorrer das semanas esse problema foi sanado.

As atividades educativas com a comunidade obtiveram bons resultados, houve uma boa participação das usuárias, o envolvimento dos membros da equipe na atividade e uma excelente aceitação da comunidade. Ocorreu uma boa interação entre as usuárias e os profissionais, as dúvidas das mulheres foram esclarecidas e ocorreu o compartilhamento de vivências. Essa atividade mostrou-se importante para elucidar questões ligadas ao programa e atuar na prevenção de novos casos, além de fortalecer o vínculo com a equipe de saúde.

As atividades clínicas aconteceram conforme o planejado, ocorrendo os atendimentos nas vilas como o de costume. Todos os dias o carro estava disponível para levar a equipe nas localidades, os materiais eram separados e levados para as vilas. A infraestrutura, como mencionado anteriormente, era um entrave, pois só proporcionava o mínimo para a realização da ação, entretanto os profissionais conseguiam fazer os atendimentos seguindo o protocolo. As consultas foram tão bem aceitas pela comunidade que ocorreram questionamentos para a realização de ações para os homens visando a prevenção do câncer de próstata. Não foram raros os casos que as mulheres relataram que não se preocupavam em fazer os exames. Inicialmente houveram algumas reclamações com a demora da consulta, mas com o passar do tempo e as mulheres entenderam que a consulta mais extensa era para melhorar a qualidade do atendimento, e assim, começaram a aguardar pacientemente a sua vez.

No decorrer dos meses foi possível verificar a melhoria dos serviços prestados e o aumento da confiança que a equipe e a comunidade tinham no projeto. A captação das mulheres foi aumentando gradativamente, em especial no terceiro mês, e juntamente os indicadores relacionados aos exames.

As atividades de avaliação de risco e de orientação para prevenção dos cânceres de colo de útero e mama em todos os meses atingiram o desejado. Para a avaliação dos riscos, todas as mulheres foram contempladas e a atividade ocorreu sem problemas. As mulheres estranhavam inicialmente, pois nunca foi sido realizado no município o atendimento com tantos detalhes, mas depois que compreendiam os motivos da avaliação, a estranheza deixava de existir. No decorrer da intervenção era possível observar que as mulheres traziam suas dúvidas nas consultas e buscavam novas informações. Vale dizer, que algumas delas haviam participado das atividades educativas e já estava sabendo parte das orientações.

É possível observar que todas as etapas programadas foram executadas. Os demais profissionais da equipe de saúde da unidade básica compreenderam bem seu papel e realizaram suas funções de modo excelente. Os mesmos referiam certa dificuldade para assumir as suas competências no início do trabalho por não estarem habituados ao protocolo e à rotina propostos com essa atividade. Entretanto, após todos os questionamentos e as dúvidas serem sanadas, esses trabalhadores conseguiram facilmente desenvolver as atividades. Com isso, o dia-a-dia da unidade já assumiu os trabalhos propostos, já que as orientações se dão diariamente em cada vila, através dos agentes de saúde, mesmo quando os outros membros da equipe não se encontram presentes.

Após a disponibilização dos materiais para preenchimento das fichas espelho e para o monitoramento da intervenção, os dados puderam ser obtidos de forma muito rápido e fácil, já que as orientações repassadas em cada semana serviram como um bom apoio para o preenchimento de todas as informações. Houve algumas dúvidas em relação ao preenchimento em relação aos exames que não estavam atuais, entretanto, através do diálogo com a orientadora, esses problemas foram contornados e dados ficaram mais fidedignos. E a forma como os indicadores estão organizados na planilha ilustram de forma facilitada a realidade daquela região em estudo.

Após todo esse período de desenvolvimento das ações, foi possível observar que essa rotina pode ser facilmente incorporada no dia-a-dia da equipe de saúde, uma vez que todos os trabalhadores de saúde conseguiram executar com perfeição os papéis propostos no projeto da intervenção. Todavia, para se obter resultados cada vez mais satisfatórios, os gestores devem agilizar a realização dos procedimentos necessários e a atualização dos dados sobre a população deve ser mantida, pois um dos grandes entraves durante a análise situacional dos usuários de cada vila era a falta das informações da situação de saúde das mulheres da localidade.

O problema estrutural ainda se mantém, porém, algumas unidades receberam uma pequena reforma para poderem abrigar a equipe (pintura, conserto de forros, e eliminação de animais indesejáveis), mas a estrutura ainda se encontra bem aquém do ideal para o pleno funcionamento. Os responsáveis já estão cientes das dificuldades e prometem mudanças maiores no futuro.

E, finalmente, se as alterações propostas pela equipe participante da intervenção forem acatadas e as mudanças ocorrerem, o rastreio se tornará mais eficiente e a saúde da mulher será melhorada de uma maneira cada dia mais próxima da desejada e idealizada por todos.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção buscou ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 90%. Na área adstrita à UBS existem 434 mulheres nesta faixa etária. Esse número foi obtido após a contagem realizada pelos agentes de saúde em cada vila, valor esse diferente do conhecido no início da intervenção (503) referido pela secretaria de saúde.

Durante cada mês, a quantidade de exames em dia foi aumentando gradativamente, 70 (16,1%) e 94 (21,7%) para o primeiro e segundo mês, respectivamente, e, no final dos três meses de intervenção, 207 mulheres estavam com o exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. Assim foi alcançada no final do projeto uma cobertura da área adstrita de 47,7% (FIGURA 1).

Este indicador apresentou uma evolução razoável, uma vez que antes da intervenção não havia dados sobre esse percentual, chegando a um pouco a mais da metade do esperado para a meta de 90%. Todas as mulheres das vilas participaram do trabalho e receberam a solicitação para realizar os exames histopatológicos. Mas, devido à demora em executar e obter os resultados, muitas

usuárias não puderam apresentá-los e melhorar o indicador como o almejado.

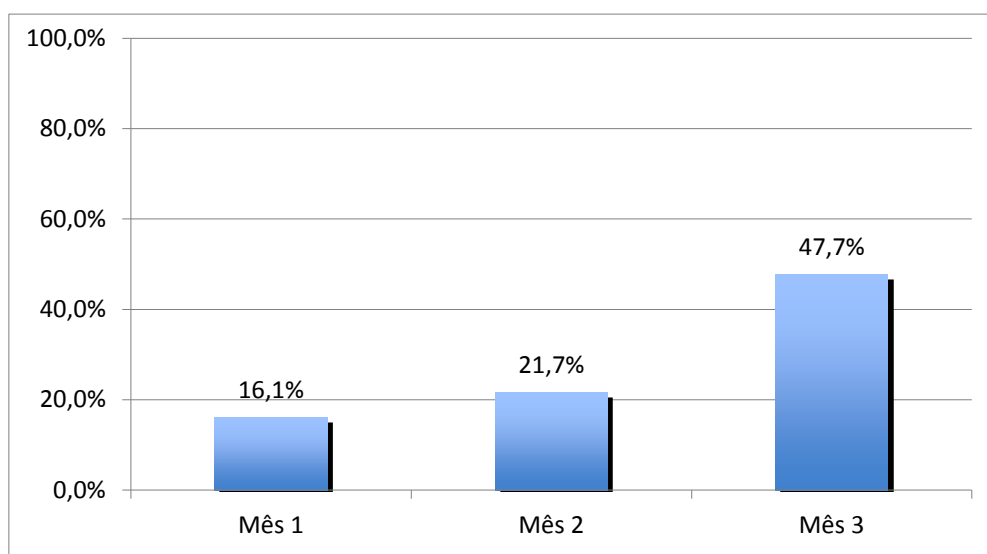


Figura 2: Gráfico – Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero. Serra do Mel, RN, 2013.

Vale destacar que a não realização dos exames nas unidades de saúde pode ter influenciado esse resultado, visto que, as mulheres precisavam se deslocar para o hospital municipal. Antes do início da intervenção foi conversado com o gestor a necessidade e importância da realização do exame nas vilas, sendo solicitada a adequação das UBS para a realização do procedimento. No encontro houve a promessa de melhorias, porém as modificações feitas não atingiram todas as vilas e os reparos não foram suficientes para assegurar as condições adequadas e exigidas para a coleta. O trabalho também objetivou a ampliar da cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 90%. Na área adstrita à UBSF existem 125 mulheres nesta faixa etária, de acordo com a contagem dos ACS, desta forma aptas a realização da mamografia. Este indicador apresentou evolução gradativa de 10,4% (13) no primeiro mês, 12% (15) no segundo mês, e ao final dos três meses de intervenção, 56 usuárias estavam com o exame mamográfico em dia. Com isso, a cobertura alcançada ao fim foi de 44,8% (FIGURA 2).

Semelhantemente ao indicador anterior, não havia informações armazenadas sobre essa estatística em vista. Todas as moradoras da área adstrita e que se encontravam na faixa etária especificada, participaram das ações e também receberam a solicitação para que as mamografias fossem atualizadas de acordo

com o desejado em protocolo. Porém, houve uma demora em executar e obter as conclusões do referido procedimento.

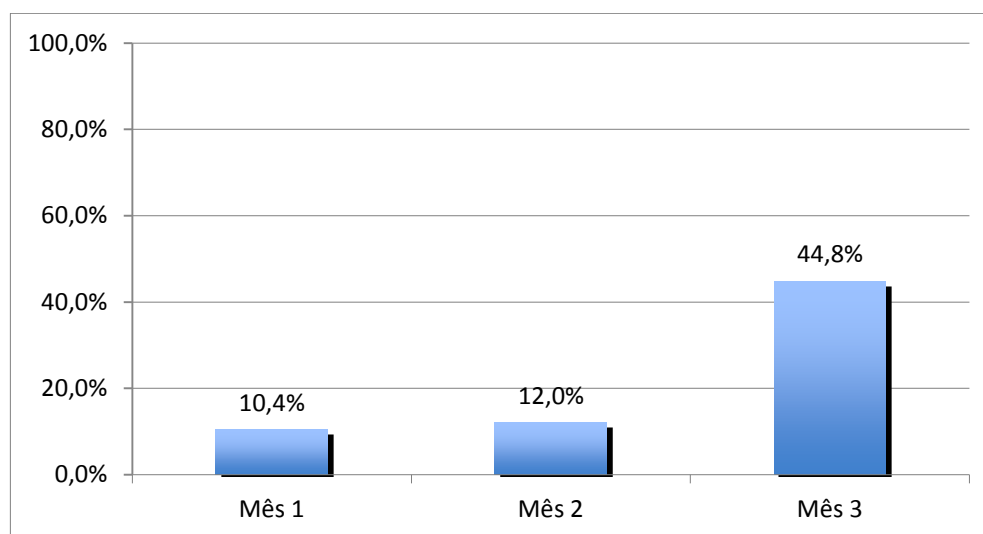


Figura 3: Gráfico – Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama em Serra do Mel, RN, 2014.

No último mês, muitas usuárias receberam os resultados dos exames solicitados no início da intervenção, mas, apesar dessa melhora proporcional aos meses anteriores, os indicadores não atingiram o desejo de 90% cobertura.

Durante o período de ação interventiva, dentre os 207 exames citopatológicos realizados, somente 06 apresentaram alterações. Já em relação às mamografias, em um total de 56 mamografias, nenhuma foi considerada alterada. Por isso, a proporção de exames alterados ao final da intervenção foi de 2,9% para o exame citopatológico (FIGURA 3) e 0% para a mamografia.

O resultado desse indicador foi influenciado pela quantidade de procedimentos executados, uma vez que muitas mulheres ainda não haviam feito os procedimentos. Entretanto, pode-se observar que as alterações foram averiguadas em uma parcela muito pequena dos exames. Talvez se o número de mulheres com os procedimentos em dia fosse maior, as alterações fossem mais frequentes, tanto para o exame preventivo e para a mamografia.

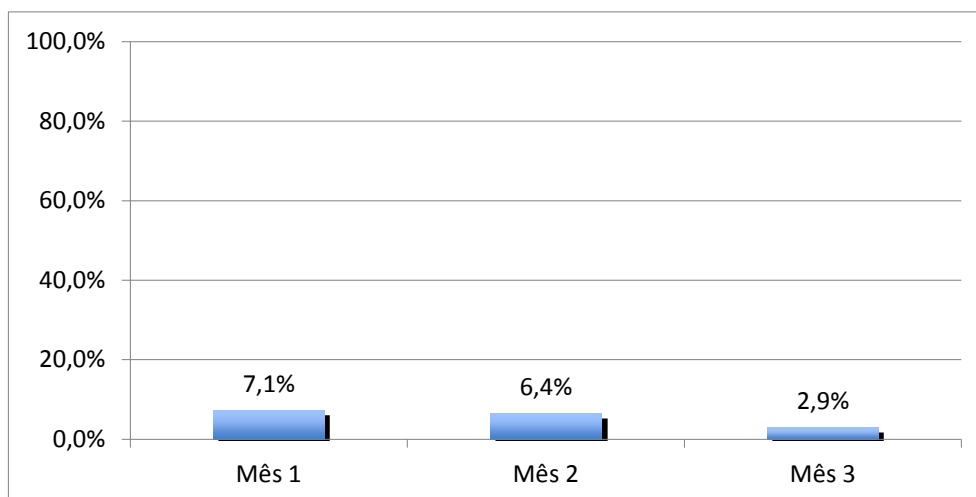


Figura 4: Gráfico – Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado em Serra do Mel - RN, 2014

Neste indicador, o estudo é investigar as mulheres com exame alterado. Nesse tempo de atividades, somente 06 mulheres obtiveram exames citopatológicos alterados. Dessas nenhuma deixou de procurar à unidade de saúde para receber o tratamento específico. Já nas mamografias, nenhum desses procedimentos estava diferente da normalidade. Com isso, ambos os gráficos apresentam a porcentagem de 0%.

Nenhuma das alterações encontradas deixou de receber a terapêutica adequada por falta de retorno das usuárias a unidade de saúde. Entretanto, esse indicador também pudesse ser diferente se a quantidade de exames realizados fosse maior.

Como no indicador anterior, nenhuma usuária deixou de retornar à unidade por exame alterado, assim não houve a necessidade de busca ativa desses casos. O retorno delas pode ser reflexo das atividades educativas nas consultas e salas de esperas, assim tornando-as corresponsáveis pelo seu cuidado. Por isso, não houve a necessidade de desenvolver esse indicador.

A intervenção também tinha como objetivo melhorar a qualidade da coleta dos exames citopatológicos do colo uterino. Como citado anteriormente, ao todo foram realizados 207 desses procedimentos e todos eles estavam com material considerado satisfatório. E, assim, o indicador apresentou 100% de amostras satisfatórias em todos os meses. O número dos procedimentos deste indicador foi aumentando a cada mês (70, 94 e 207, respectivamente) e nos resultados obtidos a amostra sempre se encontrava satisfatória. Portanto, foi possível aferir que a

qualidade da coleta está adequada para todos os exames que foram realizados pela enfermeira que não é da equipe da ESF, no hospital municipal, devido a impossibilidade de realização nas unidades da zona rural.

O registro adequado do exame citopatológico é uma ação importantíssima no controle do câncer de colo uterino. O percentual dessa atividade foi aumentando durante os meses, atingindo o máximo de 47,7% ao final do terceiro mês totalizando 207 mulheres com o exame em dia e registrado corretamente, sendo a quantidade de pessoas do sexo feminino na faixa etária de 25 a 64 anos de 434 (FIGURA4).

Esse indicador apresentou crescimento considerável durante a intervenção (70, 94 e 207, no 1º, 2º e 3º meses, respectivamente), todavia, o registro adequado das demais mulheres ficou prejudicado pela falta dos exames citopatológicos atualizados. Assim, pode ser inferido que todas as mulheres que conseguiram realizar os procedimentos, tiveram ser registro realizado adequadamente.

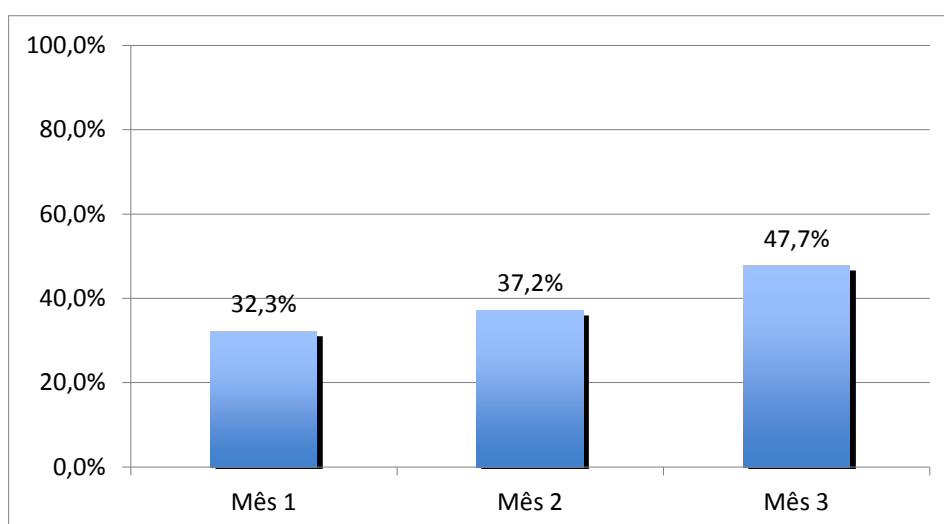


Figura 5: Gráfico - Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo do útero em Serra do Mel - RN, 2014

Para melhorar o rastreamento da neoplasia mamária, é necessário que o registro de cada mulher esteja adequado para que cada caso possa ser estudado individualmente. O número de mamografias realizadas foi sendo mensalmente aumentada. Ao final do 3º mês, a porcentagem atingiu o nível de 44,8%, totalizando 56 mulheres (FIGURA5).

Todas as usuárias receberam solicitações para realizar as mamografias e atualizá-las por isso, com o passar dos meses, a quantidade desse procedimento foi aumentado (13, 15 e 56, no 1º, 2º e 3º meses, respectivamente). Porém, assim como no exame preventivo, a falta de execução de muitos desses exames mamários

acabou limitando o registro de das mulheres entre 50 e 69 anos. Portanto, o nível de registro adequado foi de 44,8% (percentual de mulheres com a mamografia atualizada).

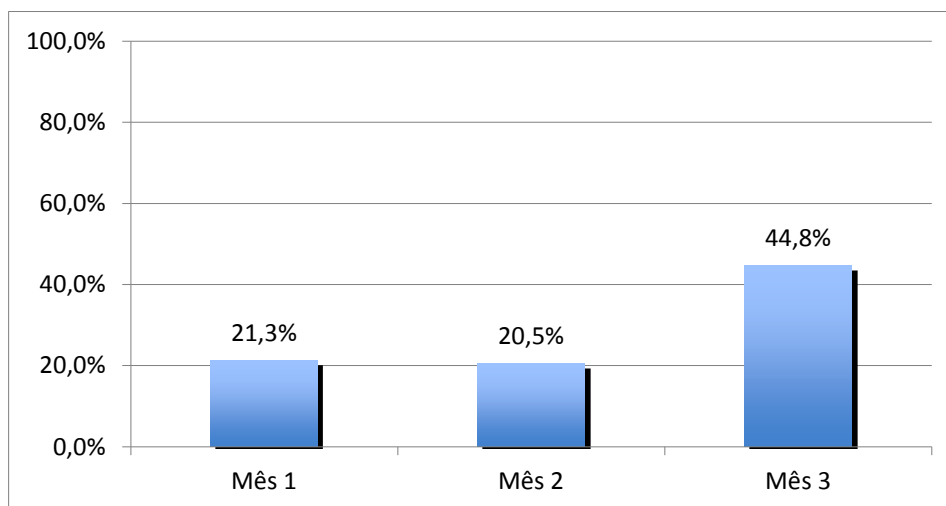


Figura 6: Gráfico - Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia em Serra do Mel - RN, 2014

A avaliação de risco para o câncer do colo uterino é uma atividade fundamental para enfatizar o início mais precoce do rastreamento. Em um total de 434 usuárias para a faixa etária, todas as mulheres que participaram da intervenção ao longo dos meses (217, 253 e 434 no 1º, 2º e 3º meses, respectivamente) foram submetidas à pesquisa de sinais de alerta. No último mês realizamos uma intensificação na captação das moradoras, através de uma maior participação das mulheres das ações educativas e nas consultas, após o empenho de cada agente de saúde, enfatizando os benefícios dessas atividades. Assim, o nível de avaliação de risco foi de 100% em todos os meses.

As avaliações de risco ocorriam durante consulta clínicas na unidade básica. Todas as mulheres com faixa etária de 25 a 64 anos que frequentaram a UBS foram avaliadas, as fichas-espelho foram completadas e os registros feitos no livro específico. Nos três meses, a quantidade de usuárias com exames citopatológicos atualizados foi de 70, 94 e 207 e a avaliação se manteve com o alto nível em todas durante a intervenção, mantendo 100% de avaliação mensal.

Assim como na neoplasia uterina, a avaliação de risco para o câncer de mama deve ser realizada rotineiramente para o diagnóstico precoce seja enfatizado. As mulheres entre a idade de 50 a 69 anos frequentadoras da unidade nos meses de intervenção (61, 73 e 125 em cada mês) foram submetidas à avaliação de risco.

Com isso, a porcentagem de avaliação de risco para a neoplasia de mama foi de 100%, mensalmente.

Todas as avaliações de risco se deram em consulta clínicas na unidade básica. Todas as usuárias de 50 a 69 anos da área receberam as orientações e o risco foi avaliado, utilizando também as fichas-espelho e o registro específico. Essa etapa da consulta, apesar de ser mais demorada, foi bem aceita pela população, já que entenderam o benefício atingido com essa atitude. A porcentagem de 100% se manteve em todos os meses.

A informação sobre as neoplasias de colo uterino e de mama e sobre as DSTs é um passo fundamental para evitar a ocorrência dessas patologias ou, ao menos, diminuir suas incidências. Na intervenção, todas as usuárias da área adstritas e que participaram desse trabalho, foram orientadas sobre as DSTs e os fatores de risco para essas patologias, mantendo a porcentagem de 100% em todos os meses.

Para que isso fosse possível, as orientações ocorriam diariamente durante as consultas clínicas e semanalmente durante as atividades educativas desenvolvidas nas escolas de cada vila. A equipe sempre enfatizou, durante os contatos com a população, a importância dessas ações para melhorar a saúde de todas as usuárias, devendo ser destacado o papel do agente de saúde diariamente durante as visitas domiciliares. Por isso, foi possível mobilizar essas mulheres para as atividades educativas, contribuindo assim para a participação da comunidade no trabalho. As informações eram repassadas e discutidas, além de reforçadas após a distribuição de panfletos contendo explicações sobre essas patologias citadas. Com isso, os níveis de informação para a população em vista foi de 100% para a minha região.

4.2 Discussão

O trabalho desenvolvido após o início da intervenção propiciou a ampliação da cobertura da saúde das mulheres, especificamente no rastreamento para os cânceres de mama e de colo do útero, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção

com destaque para a atualização dos exames citopatológicos e mamografias e para a classificação de ambas as neoplasias. Anteriormente, não havia a realização de ações educativas em cada vila e os profissionais da equipe não tinham o total conhecimento da importância dessa ação programática e do seu grande benefício às usuárias.

Seguindo o cronograma, inicialmente ocorreu a capacitação da equipe, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, enfatizando as orientações sobre fatores de risco, sinais de alerta, exames diagnósticos e monitoramento dos cânceres em vista na atividade interventiva. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e do agente comunitário de saúde (ACS) de cada vila. O médico foi responsável pelas consultas clínicas, onde eram realizadas as orientações sobre os fatores de risco, sinais de alerta, a avaliação de risco e eram preenchidas as fichas-espelho. A enfermeira, a auxiliar de enfermagem e os ACS também realizavam as orientações. A enfermeira participava ativamente das atividades educativas nas escolas e os ACS realizavam as buscas ativas e prestavam informações sobre a existência de ações educativas. Com isso, muitas mulheres passaram a procurar mais a unidade para retirar dúvidas e atualizar os exames de rastreio, desta forma tornando-se corresponsáveis no seu cuidado, atuando preventivamente evitando o surgimento do agravo. Além disso, alguns homens vieram ao serviço para orientações sobre o câncer de próstata.

Depois da capacitação de cada profissional, a intervenção conseguiu estabelecer a importância e o papel de cada um, aprimorando a integração desses trabalhadores, viabilizando assim, a atenção a um maior número de mulheres. A melhoria do registro e a realização de atividades educativas nas áreas viabilizaram a otimização dos dados sobre as usuárias, o que se mostrou um dos maiores avanços alcançados nesse trabalho, já que eram atividades muito deficientes anteriormente. Assim, a conscientização da população sobre essas patologias se tornou maior. A classificação de risco foi crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é bastante percebido pela comunidade. As mulheres na faixa etária de realização dos rastreios demonstram satisfação com as informações prestadas e com a prioridade disposta aos exames necessários. Isso pode ser exemplificado pela fala de uma idosa de uma das nossas vilas: “Doutor, já estou nessa idade e nunca tinha me preocupado em fazer esse exame das mamas

porque eu não sabia que esse problema estava pegando tanta gente na minha idade e nem sabia que o cigarro podia fazer tudo isso de ruim pra gente. Mas, agora que o senhor explicou tudo pra gente, pode colocar meu nome na lista que eu quero fazer logo esse exame da mama”.

Após participarem da intervenção e conhecerem seus direitos, muitas mulheres demonstraram sua insatisfação com a demora à execução dos mesmos e já passaram a pressionar mais os gestores com o intuito de melhorias nesse aspecto. A intervenção atingiu todas as usuárias das vilas, porém existem muitas com os procedimentos em atraso e esperando a realização dos mesmos, o que ocasiona certo descontentamento. Nesse problema, as melhorias prometidas pelos gestores são essenciais, pois esse procedimento até poderia ser desenvolvido nas unidades pela equipe, mas a falta de energia, de água encanada e de material suficiente impossibilita essa ação.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse iniciado as orientações para a equipe e à população sobre a necessidade de atualização. Os resultados poderiam ser melhores se toda a equipe e a população já apresentassem níveis melhores de conhecimento sobre essa ação programática antes da realização da intervenção. Com isso, mais exames citopatológicos e mamográficos já estariam atualizados e a quantidade de rastreio adequado desenvolvido para as usuárias seria bem maior. Também faltou um contato mais precoce com os gestores para justificar a necessidade e urgência para priorização e ampliação da realização desses procedimentos, da importância da disponibilização dos impressos para o registro adequado e discutir a melhor maneira de implementar as alterações estruturais em menor tempo possível. Agora que estamos no fim do projeto e após as ações interventivas, toda a equipe está em condições de melhorar ainda mais a saúde feminina.

Todas as orientações repassadas nos protocolos do Ministério da Saúde serão incorporadas nas atividades da unidade básica. Para isto, as ações de conscientização da comunidade sobre as doenças serão mantidas e, durante as consultas, aquelas usuárias de alto risco continuarão a serem seguidas de perto pelos profissionais da unidade. Ainda existe a falta de algumas informações sobre muitas usuárias, prejudicando os nossos registros e que diminuiriam a porcentagem de alguns indicadores. Vamos manter o registro de toda a população e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Iremos discutir com os gestores uma forma de melhorar a estrutura das unidades, averiguar a possibilidade de realização dos exames nas vilas após a ligação das UBS com a rede elétrica e com o sistema de abastecimento de água e de atualizar os exames de rastreamento pendentes para se obter 100% em todos os indicadores estudados nesta intervenção. Também iremos enfatizar, junto aos ACS, a necessidade de uma melhor captação de todas as mulheres para que nenhuma mulher fique com o registro inadequado. Assim, conseguiremos otimizar a atenção à saúde de todas as mulheres no serviço.

Nossa principal meta era conseguir aumentar a cobertura do programa de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama em nossa área. O objetivo era conseguir 90% de cobertura para os preventivos para esses cânceres, porém conseguimos 47,7% e 44,8%, respectivamente. Apesar de não atingirmos a meta, conseguimos atingir mais da metade do desejado e considero essa situação como uma vitória, pois ao que tudo indicava, antes da intervenção, esse percentual não era atingido devido à baixa quantidade de exames realizados que eram trazidos para a UBS pelas mulheres, a quantidade grande de exames com amostras insatisfatórias e a não realização do citopatológico pelas mulheres da região. Além disso, na maioria das cidades do Brasil a cobertura deste programa não é maior do que 36,8% (média nacional), desta maneira a nossa intervenção superou a média dos outros municípios do país (INCA, 2010). A busca pela melhor qualidade para a atenção a saúde das usuárias da área adscrita nos levou a uma meta muito ambiciosa, isso motivado pelo desejo de fazer o melhor. Além disso, não conseguimos ofertar a realização dos exames na área onde atendíamos, precisando as mulheres se deslocar para realizarem os procedimentos. Para o citopatológico, elas deveriam ir até o hospital municipal, não sendo esse exame realizado nas vilas devido as inadequações com as UBS como a ausência de local para fazer a coleta, a falta de água e de condições higiênico-sanitárias. Os gestores estavam cientes da situação e da importância da realização do exame em cada vila, solicitamos mudanças para favorecer o aumento da cobertura, mas pouco mudou. Para realizar a mamografia as usuárias precisavam deslocar-se até a cidade de Mossoró, pois em Serra do Mel não tem um mamógrafo. A secretaria de saúde local matinha uma parceria com Mossoró para a realização da mamografia, entretanto o quantitativo de vagas era baixo, fazendo com que a espera para fazer o exame fosse demorada além de dificultada, uma vez que os moradores precisam utilizar meios próprios para

chegar à cidade. Essas situações são extremamente desconfortáveis e dificultaram muito conseguir melhores resultados para os exames preventivos, assim atuaram como fatores entraves para atingirmos os 90% de cobertura.

Na nossa área foram encontradas somente 2,9% de exames citopatológicos com alteração, já para a mamografia nenhuma alteração foi observada. Vale destacar também, que no exame clínico das mamas também não foi verificada nenhuma alteração. Esses valores (2,9% e 0%) podem ser interpretados de duas maneiras, uma como um bom resultado, indicando que as mulheres estão saudáveis para os problemas investigados por esses indicadores, o outro ponto como um resultado falso positivo devido a cobertura regular das mulheres para esses procedimentos. Caso todas as mulheres da área adscrita tivessem feito os exames esses percentuais de procedimentos alterados poderiam estar acima dos valores encontrados, entretanto como a cobertura atingiu um pouco abaixo de 50% para a cobertura dos exames, o encontrado pode não estar representando o resultado real da situação das mulheres. Esses indicadores também podem ter sofrido diretamente com a não realização do citopatológico nas UBS e da mamografia na cidade, pois caso os exames fossem realizados o percentual de mulheres com os exames seria mais alto, e assim, maior poderia ser quantitativo de exames alterados.

Todas as 6 mulheres com exame citopatológico alterado foram à unidade buscar os resultados e receberam a terapêutica para a alteração indicada. Como a equipe demorava 15 dias para chegar às unidades, a data da busca ativa dessas mulheres acabou coincidindo com o dia da ida da equipe as vilas, e as usuárias já sabendo que o resultado havia chegado junto com os profissionais, iam buscar, desta forma não sendo necessário realizar a busca ativa, pois as mulheres já estavam à espera da equipe e o resultado. Essa busca das mulheres pelos resultados dos exames pode ser reflexo das ações educativas desenvolvidas nos atendimentos e nas atividades coletivas como sala de espera. Nesses encontros era reforçada a importância do exame e a sua realização, além de serem esclarecidas dúvidas das usuárias sobre o procedimento e incentivo da corresponsabilização no cuidado com a saúde. Como todas as usuárias foram à unidade, não houve necessidade de realizar a busca ativa das faltosas para receberem os exames, assim esse indicador não foi calculado. Vale destacar aqui que quando a população se corresponsabiliza pelo seu cuidado o trabalho da equipe de saúde é facilitado, pois quando as mulheres foram buscar os resultados dos seus exames, as buscas

ativas às faltosas não precisaram ser feitas, assim podendo a equipe transferir a carga horária desta atividade para outras ações.

Antes da intervenção alguns exames citopatológicos realizados no município apresentavam amostras insatisfatórias. Para que essa situação não ocorresse durante a intervenção, conversamos com a enfermeira responsável pela coleta sobre as amostras insatisfatória se a necessidade de se rever a realização do procedimento e na oportunidade, também revisamos o protocolo do MS. Durante os 3 meses do projeto todos os exames (100%) foram satisfatórios, desta maneira não houve a necessidade de se refazer. Consideramos esse resultado muito positivo, pois conseguimos realizar um feedback para a colega, notamos que podemos trabalhar de forma articulada com outros profissionais e obtemos bom exames. Percebemos também que com as amostras satisfatórias ocorre a otimização dos recursos financeiros, não sendo necessário a utilização de novos materiais para refazer o procedimento, além disso, não favorece o aumento da espera pela realização dos exames, assim atuando de forma resolutiva. Entretanto, destacamos novamente que se os exames fossem realizados na unidade seria melhor para as usuárias das vilas.

Para o indicador de registro das informações para o câncer de colo de útero (47,7%) e de mama (44,8%) não conseguimos atingir a meta desejada, mas vemos esse resultado como um evento positivo, pois antes não havia nenhum registro adequado na unidade sobre o programa de prevenção. Infelizmente, devido a não atingirmos a meta de cobertura, esse indicador também não alcançou o que esperávamos. A falta de registro foi um dos problemas que encontramos na unidade, na época da análise situacional, poucos dados foram encontrados para o programa, assim interferindo no conhecimento real da situação da saúde das mulheres. As fichas espelhos mostraram-se como um bom instrumento para o registro de informações, através dela era possível fazer uma análise e verificar o andamento da qualidade do atendimento e da cobertura da intervenção. Essa ferramenta pode ser facilmente utilizada no dia-dia da UBS, inicialmente tem-se a sensação que “aumenta” o trabalho, pois é inserida uma nova etapa nos atendimentos, mas com o passar do tempo foi possível ver os benefícios da inclusão da ficha-espelho na gestão do cuidado as mulheres.

Sobre o indicador de avaliação de risco para os cânceres de mama e de colo de útero podemos dizer que obtivemos bom êxito durante todos os meses, sendo

realizada a avaliação em todas as mulheres que tivemos contato. Como incluímos a avaliação de risco nas consultas, inicialmente, as usuárias em espera se queixavam pela “demora” do atendimento, já que tivemos que incluir essa nova prática na rotina das UBS. Quando passaram a entender os benefícios que a avaliação traria para elas, compreenderam que essa nova prática era necessária e observou-se uma queda nas reclamações do tempo da consulta, não sendo estas mais ouvidas com o passar das semanas. Atingir essa meta foi gratificante para a equipe. Destacamos que as mulheres com risco aumentado tiveram prioridade para serem atendidas nas consultas de retorno e para a entrega dos exames, assim caso houvesse algum problema instalado poderia ser mais facilmente identificado.

Em todos os encontros com as mulheres com idade de participação no programa realizamos orientações para o controle dos riscos para o câncer de mama e de colo de útero, aproveitamos esses momentos para fazermos a prevenção e a promoção da saúde das usuárias. Relatávamos também sobre as DST e as formas de prevenção, além de entregarmos preservativos masculinos nas UBS, sendo essa distribuição mais um ponto positivo da intervenção, pois antes a dispensação das camisinhas só era realizada no hospital municipal. Nos atendimentos e atividades educativas as mulheres interagem com a equipe e retiravam várias dúvidas, demonstrando que havia um interesse delas em relação ao tema. Compartilhar esses momentos com a comunidade demonstrou o quanto a população estava carente dessas informações e como é relevante a atuação da equipe de saúde na prevenção e promoção da saúde. Atingir a meta de 100% em todos os meses foi gratificante para todos os profissionais.

Os resultados da intervenção mostraram que a mudança da forma de trabalho, o apoio da gestão e a integração da equipe podem favorecer a melhor qualidade na atenção a saúde da população adscrita as unidades. Avaliamos a intervenção como positiva, pois favoreceu a implantação de novas práticas, a realização dos exames preventivos e a mudança de postura da equipe, além de aumentar o vínculo entre a comunidade e os profissionais. Após essa vivência verificamos que é possível continuar as ações após esse ciclo de atividades, mas para isso ocorrer, será necessário melhoria na estrutura das unidades, assegurar os insumos para a realização dos exames e a realização nas unidades das vilas, facilitar o acesso da população ao citopatológico e a mamografia e manter a equipe motivada para continuar as ações.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde

A intervenção para a Qualificação da Atenção a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama no município da Serra do Mel – RN, implementada nas vilas Alagoas, Mato Grosso, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Goiás e Minas Gerais apresentou um saldo muito positivo para a população que vive nessas áreas e para os profissionais da equipe de saúde de cada unidade básica.

Entre as atividades realizadas, merecem um destaque aquelas que envolveram a participação dos colegas trabalhadores das unidades de saúde, como a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo da prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, onde todos os trabalhadores foram atualizados sobre as rotinas estabelecidas pelo Ministério da Saúde sobre a prevenção, o rastreio, o diagnóstico e o tratamento precoce das neoplasias citadas. Com isso, cada profissional teve seu papel estabelecido na ação programática e todas as ações interventivas, idealizadas no cronograma, foram rigorosamente desenvolvidas nos três meses de execução das atividades interventivas. Outro ponto a ser ressaltado foi a realização das atividades educativas nas escolas de cada vila, onde a interação entre os trabalhadores da saúde e a população se tornou máxima, uma vez que muitas dúvidas e exemplos de casos foram relatados pelos moradores da região. Após a capacitação dos ACS para realização de orientações sobre as patologias em vista e para a busca ativa das mulheres com pendências, a intervenção vem ocorrendo diariamente em todas as regiões citadas, mesmo sem a presença dos demais membros da equipe todos os dias.

Além desses benefícios, outro ponto positivo alcançado foi o reconhecimento da situação de saúde das mulheres entre 25 a 64 anos (faixa etária alvo para o rastreio do câncer de colo do útero) e entre 50 a 69 anos (idades para a investigação da neoplasia de mama), através da avaliação de risco individual, após consulta clínica, preenchimento de ficha-espelho e realização do exame citopatológico e

mamografia. Com isso, a equipe conseguiu observar os problemas de saúde relacionados a essas patologias e pôde orientar e traçar a conduta terapêutica mais adequada para cada usuária.

A equipe conseguiu realizar diversas atividades relacionadas a prevenção ao câncer de mama e de colo de útero, conseguimos solicitar o exames preventivos (mamografia e citopatológico) para todas as mulheres da área adstrita, destas, aproximadamente, 50% realizaram o citopatológico e a mamografia. Durante o contato com as usuárias nas consultas e nas atividades educativas realizamos a avaliação do risco para os cânceres, orientamos sobre as formas de prevenção e os fatores de risco para desenvolvê-los, atingindo 100% das usuárias ao final do terceiro mês. Pudemos aprimorar os registros sobre o CA de mama e colo de útero nas UBS, hoje, todas as mulheres possuem no seu prontuário ficha espelho, dados e informações relevantes sobre o programa e seu estado de saúde, situação esta antes não vista nas unidades. Além disso, toda a população feminina também recebeu informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis e descentralizamos a distribuição dos preservativos do hospital para as vilas, assim facilitando o acesso da população a esse método preventivo. Mudamos a forma de atenção para as mulheres com os exames alterados, passamos a dar prioridade aos casos e acompanhar mais de perto essas mulheres. Ainda, incentivamos e realizamos o autoexame das mamas em todas usuárias. Como pode notar, tivemos vários avanços no cuidado às mulheres através da mudança na forma de trabalho e do seguimento do protocolo do Ministério da Saúde em apenas três meses de intervenção.

Porém, algumas dificuldades limitaram o alcance ideal de todos os objetivos. A estrutura física deficiente prejudicou a coleta do exame citopatológico nas UBS, fator que interferiu diretamente para não alcançarmos todas as mulheres das 7 vilas. Além disso, não foi possível desenvolver um acolhimento melhor aos moradores das vilas; assim como a falta de energia e água encanada nas unidades atrapalharam uma melhor acomodação da equipe e da população nas unidades de saúde. A melhoria das UBS é fundamental para que possa ser realizado o citopatológico nas vilas, assim podendo a enfermeira e o médico da equipe realizarem a coleta, além de facilitar o acesso da população ao procedimento.

Outro entrave presente foi a demora em realizar os exames citopatológicos e as mamografias, já que a quantidade de solicitação desses procedimentos era bem

maior que a oferta. Isso ocorreu devido ao aumento significativo da necessidade de atualização desses exames nas mulheres porque muitas dessas estavam sem realizá-los há vários anos. Por isso, as usuárias reclamaram da dificuldade em obtê-los. Também por causa desse problema, alguns indicadores da intervenção não atingiram as metas idealizadas no projeto, já que dependiam do desenvolvimento desses procedimentos pelas moradoras.

É importante ressaltar que a rotina iniciada durante a realização da intervenção já foi incorporada no dia-a-dia de cada unidade básica de saúde e no modo de trabalho dos profissionais. Todas as metas da intervenção serão alcançadas e à equipe de saúde poderá atuar plenamente tornando maiores os benefícios para as comunidades, se os problemas apresentados puderem ser sanados.

Portanto, com o empenho dos profissionais envolvidos e dos responsáveis pela saúde no município, a qualidade de vida dos moradores da cidade aumentara significativamente e todos ficarão satisfeitos em morar nessa região com a atenção e o cuidado ofertados as usuárias das vilas.

4.4 Relatório de intervenção para comunidade

Depois de todos esses três meses de atividades interventivas, chegamos ao fim das ações. Após todo esse tempo, é possível observar que houve alterações no dia-a-dia de todas as usuárias e da unidade básica de cada vila onde a intervenção ocorreu.

As ações com a participação popular se deram através do atendimento clínico das mulheres e preenchimento das fichas, onde eram repassadas as orientações sobre os fatores de risco para o câncer de mama e para o colo do útero. Nessa mesma ocasião a avaliação do risco de cada mulher era efetuada e todas as informações eram registradas em livro específico para a ação. Também eram desenvolvidas atividades educativas, sobre as neoplasias em vista, nas escolas em cada localidade, realizadas pelo médico da equipe e com participação voluntária da enfermeira em alguns momentos. Nesse momento, todos os presentes participavam

ativamente durante o compartilhamento das informações, sendo que muitas dúvidas e exemplos eram citados pela população como interação às ações informativas. E, para reforçar as ideias propostas, havia a distribuição de panfletos contendo informações sobre os fatores de risco, sinais de alerta e a necessidade do rastreio precoce dessas patologias.

Depois das atividades e do bate-papo com as moradoras das localidades, a aceitação e o empenho das mulheres para seguir as orientações propostas foram atitudes que chamaram a atenção durante o discurso delas nesses contatos. Desde as mais novas até as mais idosas se mostraram muito interessadas com as informações, falando que não sabiam da importância que uma alimentação bem balanceada, uma atividade física regular e a cessação do tabagismo e do alcoolismo poderiam proporcionar para melhorar muito a saúde delas.

Dona M. C., 68 anos, da vila Goiás, representa bem essa forma de pensamento da população quando diz: “Doutor, já estou nessa idade e nunca tinha me preocupado em fazer esse exame das mamas porque eu não sabia que esse problema estava pegando tanta gente na minha idade e nem sabia que o cigarro podia fazer tudo isso de ruim pra gente. Mas, agora que o senhor explicou tudo pra gente, pode colocar meu nome na lista que eu quero fazer logo esse exame da mama”.

E esse exemplo ilustra de forma fidedigna o interesse das mulheres na modificação dos estilos de vida e cessação dos maus hábitos de vida. Comentários como esse fizeram parte do nosso dia-a-dia, cada mulher que estava em atraso com os exames que entenderam a importância deles nos buscavam para fazê-lo, assim prevenindo o surgimento dos cânceres. As usuárias passam a procurar de forma espontânea o serviço, com o intuito de atualizar tanto o exame citopatológico como a mamografia, sendo realizados os exames preventivos em aproximadamente metade das mulheres das vilas. E, assim, houve o aumento da cobertura do programa e a quantidade de procedimentos aumentou gradativamente durante todos os meses da intervenção. Porém, muitas ainda estão na fila aguardando a realização deles, uma vez que a procura subiu consideravelmente.

Esse problema serviu para que a população procurasse mais os gestores municipais para cobrar uma saúde melhor (solicitando melhorias na estrutura das unidades das vilas e um número maior de exames) e, com isso, o engajamento

público está se fazendo mais presente, ajudando na melhoria da saúde e no alcance dos objetivos do trabalho.

E ainda, conseguimos organizar os registros sobre o programa, hoje, todas as mulheres têm em seu prontuário informações sobre a investigação dos cânceres de colo de útero e de mama, desta forma é mais fácil acompanhar e identificar alguma situação de risco que necessite maior atenção da equipe. Além disso, as mulheres que tiveram exames alterados foram priorizadas, já estão em tratamento e estão sendo acompanhadas.

Após a intervenção foi possível observar as melhorias atingidas no serviço de saúde local. Entre os benefícios merecem destaque: a melhoria dos atendimentos, uma vez que essa ação programática não estava sendo realizada de forma rotineira e organizada nas unidades de saúde e o aumento da participação de todos, cobrando melhorias para o serviço no qual a população tem como principal porta de entrada ao sistema único de saúde.

Muitos foram os avanços, mas alguns pontos ainda precisam melhorar como a realização dos exames preventivos nas vilas, aumentar o número de vagas para a mamografia e melhorar a estrutura física das unidades de saúde. Essas mudanças, junto com o empenho dos profissionais e da gestão local irão melhorar a saúde das mulheres de Serra do Mel.

5 REFLEXÃO CRÍTICA

Iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família pela UFPEL por ser um quesito obrigatório para todos os médicos participantes do PROVAB 2013. No começo dos trabalhos as dúvidas sobre o funcionamento do curso eram imensas, ainda mais com o desenvolvimento das atividades ocorrendo online, via internet, o que era uma novidade para mim. Também estava curioso para saber quais as novidades que a especialização nessa área iriam me proporcionar, uma vez que já havia estudado essa temática durante a graduação em medicina.

Com o passar do tempo, comecei a me familiarizar com o ambiente virtual e com a forma de desenvolver os trabalhos do curso. A didática fornecida com as orientações semanais e o auxílio desprendido pela minha orientadora e pela equipe de apoio foi essencial para o conhecimento que adquiri até hoje e para a qualidade das atividades realizadas. A adaptação foi muito fácil, já que as informações que continham o passo-a-passo de como realizar as tarefas eram repassadas de uma maneira simples e os vídeos auxiliaram muito para o desenrolar das atividades.

Cada tarefa a ser realizada exigia o estudo do material disponibilizado pelo curso e, assim, o conhecimento foi adquirido gradativamente, desde informações mais básicas como a estrutura ideal de cada unidade de saúde, até o protocolo preconizado pelo MS para as ações específicas (saúde da mulher, do idoso, HIPERDIA, etc.). Muitos assuntos que não eram tão debatidos em sala de aula, durante a graduação, foram chamados à atenção de forma enfática, como, por exemplo, a importância do engajamento público para a resolução dos entraves observados e o reconhecimento das dificuldades existentes através da análise situacional. Assim, durante todo o ano de desenvolvimento da Especialização, o aprendizado sobre a saúde da família se deu de uma maneira fácil e didática.

A visão da comunidade na qual desempenhei meu trabalho foi mudada para um olhar mais detalhista, onde os problemas individuais puderam ser

correlacionados com o meio ambiente de uma forma mais correta. Após o estudo dos protocolos recomendados pelo MS, essas rotinas foram adaptadas para serem realizadas da melhor forma possível, pois a falta de estrutura física e de material impediram a execução ideal de todas as normas preconizadas no dia-a-dia da unidade básica. Com isso, acredito que a qualidade do serviço oferecido foi melhorado após o início das atividades interventivas.

A intervenção pode ser considerada um divisor de águas para o aperfeiçoamento de todos os trabalhadores de saúde do posto. Com a capacitação realizada para todos os profissionais, cada um passou a desempenhar um atendimento mais minucioso e especializado para os moradores da localidade. Acredito que consegui passar mais facilmente todas as informações relevantes sobre os cânceres de mama e de colo do útero para a equipe e, principalmente, para a população, através das reuniões mensais e atividades educativas.

Portanto, posso dizer que evolui tanto profissionalmente, com o aprendizado e práticas adquiridas em todos esses meses, quanto pessoalmente, uma vez que uma das etapas fundamentais do curso era aprender a reconhecer as problemáticas individuais e da população como um todo. Com isso, já me sinto apto de propor mudanças na rotina da unidade básica capazes de melhorar ainda mais a situação de saúde da população, o que considero o maior ganho repassado pela especialização a todos os participantes e, conseqüentemente, aos moradores das áreas onde esses profissionais atuam.

6 BIBLIOGRAFIA

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**: Incidência de câncer no Brasil [Online]. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 03/09/13.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento de consenso** [Online]. Brasília: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 03/09/13.

RAMA, C. et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. **Rev Saúde Pública** [Online], v. 42, n. 3, p. 411-409, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300004>. Acesso em: 03/09/2013.

JEMAI A. et al. Cancerstatistics.**CA Cancer J Clin**[Online], v. 59, n. 4 p. 225–249, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474385>>. Acesso em: 03/09/2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

ANEXOS

Anexo 1 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E
DO CÂNCER DE MAMA

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____

Cartão SUS _____

Nome Completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ Telefones de contato: _____

Anexo 2 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____
 Cartão SUS _____
 Nome Completo: _____
 Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO											
Data	Profissional que atendeu	Tem sangramento pós coito?	Tem corrimento excessivo?	No exame, tem alteração do colo?	Data da realização do CP	Orientações sobre DST e fatores de risco	Adequabilidade do material (satisfatória?)	Resultado	Data do resultado	Data do próximo exame	Data em que foi realizada a busca ativa

Anexo 3 - Planilha de coleta de dados para o câncer de colo de uterino

Indicadores de Prevenção do Câncer de Colo Uterino - Mês 1												
Dados para coleta	Número da Mulher	Nome da Mulher	Idade da mulher	A mulher está com CP em dia?	O resultado do CP estava alterado?	A mulher deixou de retornar na UBS para receber o resultado do CP?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou continuar o tratamento?	O resultado do último CP estava com amostra satisfatória?	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 DSTs?	A mulher recebeu orientação sobre fatores de risco para câncer de colo do útero?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de mulheres cadastradas	Nome	Em anos completos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

Anexo 4 - Planilha de coleta de dados para o câncer de mama

Indicadores de Prevenção do Câncer de Mama - Mês 1						
A mulher está com a mamografia em dia?	O resultado da última mamografia estava alterado?	A mulher deixou de retornar na UBS para receber o resultado da mamografia?	Foi realizada busca ativa para a mulher que não retornou continuar o tratamento?	O resultado da última mamografia foi registrado na ficha espelho ou no prontuário?	Foi realizada avaliação de risco para câncer de mama?	A mulher recebeu orientação sobre fatores de risco para câncer de mama?
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

Anexo 5 - Folder educativo do Ministério da Saúde- 10 dicas para se proteger ao câncer

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em caso de dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretaria Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências.

DISQUE SAÚDE

136

Cuidadoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

www.inca.gov.br



Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Câncer: a INFORMAÇÃO pode SALVAR VIDAS

10

Dicas para se proteger do câncer



Divisão de Comunicação Social - INCA / 2012

NÃO JOQUE ESTE IMPRESSO EM MA PÚBLICA.



Não fume! Essa é a regra mais importante para prevenir o câncer. Ao fumar, são liberadas no ambiente mais de 4.700 substâncias tóxicas e cancerígenas que são inaladas por fumantes e não fumantes. Parar de fumar e de poluir o ambiente fechado é fundamental para a prevenção do câncer.



Uma alimentação saudável

pode reduzir muito o risco de câncer. Coma mais frutas, legumes, verduras, grãos e cereais integrais, leite e derivados desnatados, e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados. Sua dieta deve conter, diariamente, pelo menos cinco porções de frutas, verduras e legumes. Evite frituras, salgadinhos, carne de porco, carne vermelha com gordura aparente, pele de frango, embutidos, como linguiça, salsicha e salame, e gordura hidrogenada. Apesar de o azeite ser um tipo de gordura mais saudável, não deve ser exposto a altas temperaturas. Prefira alimentos cozidos e assados.

Faça 30 minutos diários de atividade física, leve ou moderada. A atividade física protetora consiste na iniciativa de se movimentar, de acordo com a rotina de cada um. Você pode, por exemplo, trocar o elevador pelas escadas, levar o cachorro para passear, cuidar do jardim, varrer a casa, caminhar ou dançar.



Já está comprovado que estar acima do peso aumenta as chances de uma pessoa desenvolver câncer. Por isso, é importante **controlar o peso por meio de uma boa alimentação e manter-se ativo.**

As mulheres com idade entre 25 e 64 anos devem realizar **exame preventivo ginecológico**. Após dois exames normais seguidos, deverá realizar um exame a cada três anos. Para os exames alterados, deve-se seguir as orientações médicas.



É recomendável que mulheres e homens, com 50 anos ou mais, realizem **exame de sangue oculto nas fezes** a cada um ou dois anos.

As mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o **exame clínico das mamas** anualmente. Aqueles que estiverem entre 50 e 69 anos devem realizar ainda a mamografia a cada dois anos. Esses exames devem ser feitos mesmo que mulher não perceba nenhum sintoma. Se uma pessoa da família - principalmente a mãe, irmã ou filha - teve esta doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de desenvolver um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário, em qualquer idade, deve ficar mais atenta. Nestes casos, a partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a **mamografia** devem ser feitos uma vez por ano.

Evite exposição prolongada ao sol entre 10h e 16h,


e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar. Se for inevitável a exposição ao sol durante a jornada de trabalho, use chapéu de aba larga, camisa de manga longa e calça comprida.



Faça diariamente a higiene oral (escovação dos dentes e da língua) e consulte o dentista regularmente.



Anexo 6 – Folheto educativo do Ministério da Saúde sobre DST – Curta o sexo com prazer



Descobrir três segredos sobre as DST pode fazer a diferença na hora da transa. Algumas doenças sexualmente transmissíveis podem incomodar na relação sexual, além disso, um sexo saudável é muito mais prazeroso.

Os três segredos

» **É POSSÍVEL RECONHECER UMA DST:**

Os sinais e sintomas podem aparecer no pênis, vagina e no ânus. Ardência ao urinar, corrimentos, feridas, verrugas e coceira, podem ser DST.

» **É POSSÍVEL TRATAR:**

Algumas DST podem ser tratadas facilmente, outras nem tanto. É importante que você preste atenção ao seu corpo. Notando alguma diferença, procure uma Unidade de Saúde, o tratamento é gratuito. E lembre-se: tratar na farmácia é errado.

Quando não descobertas ou tratadas a tempo, essas doenças podem causar sérias complicações e até a morte. Mulheres grávidas podem abortar ou o bebê pode nascer com graves problemas de saúde. As DST também podem aumentar o risco de você pegar o vírus da aids.

» **É MELHOR ALERTAR:**

Se você tem uma DST informe ao seu parceiro ou parceira, ambos precisam se tratar senão um pode passar para o outro novamente.