

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da Atenção à Detecção Precoce do Câncer do Colo de Útero e de Mama, ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS.

Carlos Alberto Pons Ortega

Pelotas, 2016

Carlos Alberto Pons Ortega

**Qualificação do programa de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama
na ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS**

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

Orientador: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, 2016

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

O77q Ortega, Carlos Alberto Pons

Qualificação da Atenção à Detecção Precoce do Câncer do Colo de Útero e de Mama, ESF “Maringá” Em Santa Maria/RS / Carlos Alberto Pons Ortega; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

109 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Mulher 4.Neoplasias do colo do útero 5.Neoplasias da Mama I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao meu **Deus** porque foi *A Sua Vontade*, com as suas implicações e consequências, que eu conseguisse dar conta deste curso de especialização.

Aos meus **pais** por ter confiado em mim.

Agradecimentos

À UNASUS-UFPEL, pela possibilidade de aprofundar meus conhecimentos em saúde da família no contexto brasileiro, constituindo uma nova experiência que marcará profundamente meu atuar como profissional e como ser humano.

Aos meus orientadores pela UFPEL durante o curso: a Dr.^a Lenise Seering e o Dr. Ernande Valentin do Prado, pela sua dedicação e esforço constante na minha formação. Pela paciência que me tiveram.

Ao Bacharel Prof. Carlos Eduardo Schmitt e sua família: Sr.^a Irena Dressler Schmitt, Sr.^a Karla Schmitt Souto e Dr. Marcelo Klein Souto, pela ajuda constante; em especial naquelas sextas feiras intermináveis, nas quais sem o apoio logístico e emocional deles o triunfo não tivesse sido possível.

À Dr.^a Vânia Fighera Olivo, Secretária municipal de Saúde, à Dr.^a Suzana dos Santos Lopes, Coord.^a da Política de AB, à Enf.^a Elenir Anversa, do NEPES, à Dr.^a Lídia Rodriguez, médica do PMMB e o resto do pessoal anônimo da Gestão em Saúde de SM/RS, pelas parcerias estabelecidas.

Aos colegas quem trabalharam a meu par na inserção da Ação: a Enf.^a Sharon Martins, Coord.^a da ESF, a Marli Willemborg, técn.^a de enf., às residentes da Multiprofissional: Enf.^a Camila Barros, Prof.^a Darcieli Ramos e Enf.^a Karine Rossato, e ACS: Márcio Neves, Luciane Braga, Vanessa Thummler e Nilce Weber, verdadeiros heróis sob o calor ou frio nas estradas de chão da “Vila Maringá”.

De todos, sinceramente: **MUITO OBRIGADO.**

Resumo

ORTEGA, Carlos Alberto Pons. **Qualificar a atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS.** 2016. 109 FOLHAS 106f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família)-Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Qualificou-se a atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS, entre novembro 2015 e fevereiro 2016. Determinou-se a partir da análise situacional que as maiores dificuldades radicavam no programa de detecção precoce e controle destes tipos de cânceres nas residentes do Bairro “Diácono João Luiz Pozzabon”, que possui uma estimativa populacional de 5.000 moradores com franco predomínio feminino, constituindo um importante problema de saúde dependente da qualificação e organização da atenção básica por ter sido demonstrada elevada taxa de prevenção e cura quando diagnosticados e tratados precocemente. A cobertura antes do início da intervenção era de 17% (208 mulheres) para citológico de colo de útero em três anos na estimativa de 1.227 mulheres entre 25 e 64 anos, enquanto que só 76 usuárias, 13%, das 415 mulheres estimadas entre 50 e 69 anos, tinham exames feitos para prevenção de Câncer da Mama no mesmo período de tempo. Desenvolveu-se uma intervenção durante 12 semanas com participação do maior número possível de mulheres nessas faixas etárias, residentes permanentes da área de abrangência, norteadas nos quatro eixos básicos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica; utilizando-se ficha espelho e PCD, fornecidas pela UFPEL para coleta e análise estatístico dos dados. Cadastrou-se 104 mulheres entre 25 e 64 anos das quais 102 atualizaram seu exame citopatológico do colo uterino entanto que das 58 mulheres entre 50 e 69 anos 43 colocaram seu acompanhamento em dia para detecção precoce de câncer de mama representando 8,3% e 10,4% de cobertura, respectivamente, em tão breve período. No que diz respeito à qualidade do serviço, alcançou-se 100% de coletas satisfatórias do exame citopatológico do colo uterino realizado e não se registrou casos de absentismo no retorno para conhecer os resultados dos exames, não sendo necessária fazer busca ativa de casos. Na qualidade do registro obteve-se 96,2% para exame citopatológico do colo uterino, enquanto no caso da mamografia só conseguiu-se alcançar 81,0%. A pesquisa de sinais de alerta destes tipos de cânceres e avaliação de risco alcançou aos 100% dos casos; mesmo assim a análise das ações de educação para a saúde sobre DST oferecidas e a pesquisa dos fatores de risco para ambos os programas. Verificou-se grande diferencia nos resultados a respeito dos registros prévios existentes e identificou-se como principal dificuldade à existência de agendas fixas. Liberou-se a agenda de CP, facilitando o acesso às ações programadas, e criou-se o Grupo de Saúde da Mulher que permitiu e estimulou as conversas e troca de informação, estratégias que ficaram inseridas na rotina da unidade. Acrescentou-se o número de visitas domiciliares como solução ante a inadequada territorialização e a existência de microáreas descobertas. Promoveu-se a divulgação da informação em saúde reforçando a autonomia destes usuários. A intervenção repercutiu positivamente na equipe com ampla melhora na integração e qualificação dos

processos de trabalho que pretende desdobrar a atenção às outras ações programáticas do Ministério de Saúde.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa geográfico de Santa Maria, RS	12
Figura 2	Vista areia de Santa Maria, Rio grande do Sul. Fonte: cidade sem fotos	12
Figura 3	Mapa da área de adstrição da equipe	15
Figura 4	Grupo educativo no “Rincón do Grupo da Mulher”	65
Figura 5	Grupo educativo e atividade de Final do ano do Grupo de Saúde das Mulheres	66
Figura 6	Foto da equipe reunida	66
Figura 7	Encontro com a vizinhança do bairro Jardim Berleze na Capela Santa Cecilia	68
Figura 8	Gráfico com a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero	74
Figura 9	Gráfico com a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama	74
Figura 10	Visita domiciliar, atendimento clínico e orientações	79
Figura 11	Gráfico com a proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero	79
Figura 12	Gráfico com a proporção de mulheres com registro adequado da monografia	81
Figura 13	Exame clínico das mamas	84
Figura 14	Atendimento Clínico	84
Figura 15	Atividade educativa coletiva	86
Figura 16	Gráfico com a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero	91
Figura 17	Gráfico com a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama	91
Figura 18	Relatório da intervenção para a comunidade do <i>Bairro Diácono</i>	94

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CO	Centro Obstétrico
DM	Diabetes Mellitus
DTS	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
E-SUS	Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
PCD	Planilha Coleta de Dados
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RS	Rio Grande do sul
SAMU	Serviço de Atendimento médico de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	56
2.3.3 Logística	61
2.3.4 Cronograma	64
3 Relatório da Intervenção	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	70
4 Avaliação da intervenção	72
4.1 Resultados	72
4.2 Discussão	86
5 Relatório da intervenção para gestores	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	94
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	97
Referências	100
Anexos	102
Anexo A - Documento do comitê de ética	103
Anexo B - Planilha de coleta de dados	104
Anexo C - Ficha espelho	106
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	107

Apresentação

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas–UFPel, realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Maringá, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. O objetivo central foi Qualificar a atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres entre 25 e 64 anos e entre 50 e 69 anos, respectivamente.

O volume está organizado em sete capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatório da Intervenção para Gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

No capítulo 1, da Análise Situacional, constam informações sobre a estrutura e processo de trabalho do serviço de saúde onde foi realizada a intervenção.

No capítulo 2, da Análise Estratégica, compreendeu a elaboração do projeto de intervenção direcionado a melhoria das ações de prevenção e acompanhamento das mulheres no que diz respeito ao risco de câncer de colo de útero e mama.

No capítulo 3, do Relatório da Intervenção, estão descritas as ações previstas no projeto, as que foram desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da unidade.

No capítulo 4, da Avaliação da Intervenção, constam os resultados alcançados durante as 12 semanas de intervenção e a discussão dos resultados.

No capítulo 5 e 6, dos relatórios para o gestor e para comunidade, estão descritos os resultados alcançados com a intervenção, para cada um dos públicos.

No capítulo 7, da Reflexão crítica, consta minha avaliação pessoal do processo de ensino/aprendizagem.

Na parte final estão as referências e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa ESF “Maringá” consta dos seguintes serviços e espaços: a recepção, uma primeira sala dedicada ao acolhimento e triagem dos casos, a consulta de enfermagem (onde se realiza a coleta para citopatológico), a sala de vacinas, uma sala dedicada para consulta médica, a sala de curativos e a farmácia. Não contamos com serviço de dentista nem outras especialidades médicas, o qual resulta em nocivo para esses usuários, pois se vêm privados da facilidade de rápido acesso dentro da mesma unidade o que lhes evitaria ter que sair da comunidade, que é uma periferia, tratando-se majoritariamente de pessoal carente. Em ocasiões contamos com a presença não constante de estagiários dos dois últimos semestres da carreira de enfermagem, assim como da *residência multiprofissional* focada na Atenção Primária, geralmente em número entre dois e três residentes, o máximo quatro, pessoal proveniente das carreiras de enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, assistente social, psicologia e educação física, os quais ficam conosco por um período fixo de dois anos. Isto faz menor o espaço disponível na ESF, que já resulta pequena, porém nos permite fazer uso das vantagens que oferece contar com pessoal treinado nessas áreas que apliquem seus conhecimentos aos cuidados destes usuários de forma paralela aos atendimentos médicos, em situações ou doenças específicas que se apresentam no cotidiano. Não se conta com acadêmicos de medicina no serviço. Os processos de trabalho fluem e ficam baseados no respeito dos colegas, sem hierarquizações, porém todos sabem os lugares que ocupam e as suas

obrigações. Existe um fluxo ótimo no acolhimento e passo do usuário pela unidade, segundo as suas necessidades e em função da integralidade do atendimento, aproveitando a sua presença independentemente da causa. Compartilham-se as ações e se cumprem com responsabilidade e profissionalismo por parte de toda a equipe, incluindo os estagiários.

A relação com a comunidade é boa, mas alguns pacientes não conseguem compreender a estrutura e a ótica dos nossos processos de trabalho. A *Estratégia em Saúde da Família* garante atenção médica integral para toda a comunidade desde uma perspectiva de preservação da saúde individual e coletiva, baseado no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde, e não só com função curativa. Ainda a população brasileira, que nem outros países, carece desta percepção. Acreditam que os serviços de saúde só são necessários se ficar doente e que os indivíduos saudáveis não precisam consultar, o qual está errado, pois a oportunidade que oferece o modelo das *Estratégias* para todos os usuários fazer acompanhamento estável com uma equipe de saúde integral, formada não só pelo médico, senão também por outros atores, igualmente envolvidos no cuidado da saúde (enfermagem, dentista, agentes de saúde, etc.) garantam elevados índices de preservação da saúde e qualidade de vida. Às vezes os pacientes chegam apresentando condutas não próprias de pessoas educadas, eles falam mal para o pessoal de enfermagem, que faz tudo o tempo recepção dos mesmos, pois não temos recepcionista, e acham que seu problema de saúde é mais importante que dos outros e precisam de um atendimento imediato e pessoalizado, diretamente com o médico, mais a demanda espontânea é muito grande e não damos abasto pelo qual o trabalho tem que se compartilhar entre todos os membros da equipe e fazer uma boa triagem para garantir a classificação inicial e a estratificação do risco nos permitindo dar conta certa das situações apresentadas, lhes encaminharem se fosse o caso, e estabelecer as prioridades dos atendimentos com a finalidade de dar solução aos problemas com total satisfação do usuário e da sua família. Como a equipe capricha e já tem três anos de experiência trabalhando nesta modalidade de *estratégia de saúde da família*, a comunidade vá conseguindo compreender aos poucos o estilo de trabalho, e à final até gostam dele.

A equipe conhece as demandas de saúde desta comunidade e existe comprometimento com os seus problemas. Uma vez à semana se fazem visitas

domiciliares, as quais resultam muito estimulantes, acrescentando a importância que tem o entorno sobre o processo *saúde-doença*, resultando em um excelente método de reforço dos laços que devem se estabelecer entre as duas partes para que o trabalho adiante; e cumprindo assim com o objetivo de levar saúde gratuita e de qualidade até os cantos mais apartados do país, um fato e um logro do Ministério da Saúde Pública brasileira representada pelo SUS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santa Maria, inicialmente conhecida como Santa Maria da Boca do Monte, em razão de situar-se em uma região cercada por morros descoberta por bandeirantes que estabeleceram nela um acampamento permanente, resulta ser a 5ª maior cidade do Estado em população com quase 300 mil habitantes. O “Coração do Rio Grande do Sul”, como também passou ser nomeado devido a sua localização geográfica, conservaram no seu terreno argiloso os primeiros fósseis encontrados de réptil terrestre da América do Sul em 1901, sendo berço de uma série de expedições científicas durante todo o século XX; o qual além da fundação da sua prestigiosa Universidade Federal em 1960 tornara-a um Município dinâmico e cosmopolita cujas vantagens fazem a diferença.



Figura 1: Mapa geográfico de Santa Maria, RS. Fonte: wikipedia



Figura 2: vista aérea de Santa Maria, Rio grande do Sul. Fonte: cidade sem fotos

A cidade é referência no estado na área da saúde possuindo aproximadamente 1.100 profissionais médicos atuando em oito hospitais, entre públicos e privados (destaca-se o Hospital Universitário HUSM) que oferecem atendimento em todas as especialidades; e em mais 41 unidades de saúde

pertencentes à rede básica, das quais 14 delas se correspondem a Estratégias de Saúde da Família (ESF), 13 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional, 5 são unidades distritais localizados junto às subprefeituras que funcionam como UBS e as restantes sendo de tipo misto, onde além da UBS se abrangem algumas especialidades médicas relacionadas com outros serviços, alguns deles específicos, tais como: centros de diagnóstico, centro de imunizações, centros de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental), centro de diagnóstico ginecológico *Casa de saúde da Mulher*, centro de especialidades odontológicas (CEO), centros de referência para o controle de algumas doenças emergentes como tuberculose (*Erasmus Crossette*) e para as doenças sexualmente transmissíveis (DTS) nomeado *Casa 13 de maio*. Além disso, também vinculados à *Atenção Básica* no município, o mesmo possui um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) e cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do programa de redução de danos em adições e outras enfermidades, separando a atenção dos adultos das crianças com transtornos mentais graves (um de cada), usuários com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (2) e um centro de acompanhamento às vítimas e familiares do incêndio da boate “Kiss” (Acolhe Saúde) mais um Ambulatório de Saúde Mental que oferece atendimento psicológico e psiquiátrico para pessoas com transtornos mentais leves e moderados. Além de todo o anterior existe o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) serviço de abrangência regional especializado nessa área da saúde, para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; e finalmente, na área da urgência e emergência médica, conta-se com cinco Prontos Socorros para alta complexidade e onze Prontos-Atendimentos incluindo os existentes nos hospitais supracitados e separando neles a atenção aos adultos das crianças, o serviço de traumatologia e Raios X da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Centro Obstétrico (CO) e o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), os dois no HUSM, e um Pronto Atendimento Odontológico, todos eles operando com ambulâncias do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Acrescentar que os serviços da AB supracitados conseguem achar contrapartida nas investigações indicadas pelos profissionais atuantes durante os atendimentos através da existência de vários laboratórios de Análises Clínicas privados conveniados pela prefeitura em função do SUS.

A ESF “Maringá” se encontra alocada no bairro Diácono João Luiz Pozzobon, surgido em 2006, pertencente ao distrito da Sede localizado na região leste da cidade e fica assentado na microbacia hidrográfica do arroio Passo das Tropas. Não se trata de uma área rural senão de expansão urbana, mas possui grandes áreas de campo onde se aplica a pecuária havendo também áreas de agricultura. É considerada uma unidade de vizinhança composta pelas seguintes unidades residenciais (as quais ficam todas incluídas na área de abrangência da Estratégia): Conjunto Residencial Diácono João Luiz Pozzobon, Jardim Berleze, Loteamento Paróquia das Dores, Vila Cerrito e Vila Maringá. Observa-se que é um bairro em expansão recente com uma estimativa populacional atual de 5000 moradores acrescentada pelo rápido crescimento após do último censo demográfico em 2010 que havia cadastrado 3.152 habitantes, possuindo características bastante rurais e grande diferença de classes sociais.

No modelo da atenção descrito: *Estratégia de Saúde da Família*, não se consegue dar conta do total populacional da área adstrita contida no Bairro Diácono João Luiz Pozzobon por se tratar de só uma equipe de saúde da família atuante. Apesar do apoio da Secretaria de Saúde do Município (dependente da gestão municipal) e das instituições criadas a respeito (NEPES, CAPS, etc.) pela política do SUS e da vinculação com as instituições de ensino, que têm nos apoiado com estagiários e residentes de enfermagem e da Residência Multiprofissional representando uma valiosa ajuda no trabalho do serviço e no desenvolvimento de ações focadas na promoção de saúde e na prevenção de doenças, o labor realizado ainda resulta insuficiente.

O pessoal fixo da equipe fica constituído só pelo médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem, além de quatro agentes comunitários de saúde (ACS) de um total de seis que antigamente se tinham pelo qual ficam duas microáreas descobertas, e como antes se falou não se contando com pessoal para atender a recepção nem a farmácia; porém conta-se com pessoal não fixo procedente da residência multiprofissional provenientes das carreiras de enfermagem, nutrição e educação física no momento atual. Há carência de profissionais do serviço de odontologia (equipe simples) e de outras especialidades médicas presentes é em algumas UBS. Nesta ESF ficou implantada a política de acolhimento em uma sala de consulta ao início do corredor e o processo de trabalho flui baseado no

respeito, compartilham-se as tarefas entre todos os membros da equipe e se cumprem com responsabilidade e profissionalismo.



Figura 3: mapa da área de adstrição da equipe

A respeito da estrutura física da ESF esta é ótima e cumpre com os requisitos de infraestrutura e higiênico-sanitários que precisa para dar conta dos atendimentos em saúde da população; não apresentando barreiras arquitetônicas propriamente ditas, porém nas ruas de acesso à unidade constituem verdadeiros obstáculos ao livre acesso dos usuários ao serviço. Trata-se de estradas de chão intransitáveis no inverno, com muitas irregularidades e totalmente esquecidas pela autoridade municipal desde que o bairro surgiu. Elas dificultam a chegada à unidade, tanto a pé como de carro, especialmente dos usuários idosos e portadores de incapacidades físicas. Além disso, a construção necessita seja criado um espaço de espera externo à UBS para ser utilizado antes do horário de abertura, com a presença de segurança, pois o pessoal (e alguns membros da equipe) tem medo de ficar aguardando até abrir a UBS. Outra significativa deficiência é a falta de saída de emergência e o risco de curto-circuito das conexões elétricas e telefônicas localizadas no porão, umedecidas pela água proveniente de um encanamento que vaza danificando os disjuntores do quadro de força, piora nas épocas de chuva, o que traz junto o prejuízo dos atendimentos.

Nas deficiências descritas impõe-se a participação direta da gestão municipal fazendo inversões econômicas tendentes ao melhoramento das condições físicas da unidade e resolver definitivamente o problema do acesso a ele, uma

necessidade sentida pela vizinhança desde fundado. Entanto outra estratégia para superar algumas dificuldades mais simples seriam agir sobre a comunidade para obter ajuda em aspectos que virem em mais comodidade deles mesmos melhorando as condições da área externa com colocação de cadeiras, tipo rústico, assim como a realização de embelezamento e limpeza da área do contorno da UBS. Isto seria possível estimulando o engajamento público na solução dos problemas nos quais eles fazem parte como usuários e protagonistas do binômio da interação equipe-usuário. Sobre as necessidades e limitações observadas nas relações entre a equipe e a comunidade, que garantam um correto engajamento dela na realidade da consolidação do SUS resulta extremadamente importante o fato de que não existe conselho de saúde na comunidade. Embora das aspirações dos cidadãos do “Diácono” como grupo social, percebe-se que apesar de seu interesse a comunidade não é articulada nem mobilizada.

Partindo da portaria Nº 2.488 de outubro de 2011, na equipe de saúde existem dificuldades e limitações sobre atribuições das quais precisamos ter completo acesso, tais como: inexistência de mapeamentos recentes após o crescimento considerável da população da área de abrangência e a presença de áreas descobertas pela carência de ACS. Apresentamos insuficiência de locais para realizar ações de saúde próprias da estratégia (atividades dos grupos de saúde segundo ações programáticas específicas) e falta de recursos para dar conta da urgência e emergência médica, aspectos todos desfavoráveis para o ótimo atendimento da comunidade. Entre os aspectos positivos conta-se a possibilidade de oferecer atendimento domiciliar qualificado e o cumprimento dos protocolos disponibilizados para referência dos usuários a outros níveis do sistema permitindo a continuidade e integralidade no acompanhamento do plano terapêutico ao seu retorno. Também se cumpre com a notificação compulsória das doenças transmissíveis e dos agravos e com o gerenciamento de insumos. A equipe é muito engenhosa oferecendo as motivações necessárias aos usuários para eles usufruir do serviço e cumprirmos com nossas atribuições como profissionais na busca de oferecer um ótimo atendimento à população sob nosso cuidado de saúde. Continuamos trabalhando nas atividades de grupo e nas reuniões da equipe fazemos abordagem dos problemas e processos de trabalho com espírito crítico na análise das limitações e nas alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições supracitadas. Uma alternativa para a gestão seria colocar outra equipe

básica na UBS ou a construção de outra unidade, porém esses problemas seriam de resolução administrativa e gerencial através da gestão municipal.

O número de habitantes na área adstrita, aproximadamente, segundo estimativas feitas é de 5.000 pessoas. Existe predomínio das mulheres e a pirâmide populacional é de base larga e vértice estreito, concentrando a maior quantidade de pessoas nas faixas etárias entre zero e 54 anos.

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1696
Mulheres entre 25-64 anos	1227
Mulheres entre 50-69 anos	517
Gestantes na área	49
Crianças menores de 1 ano	43
Crianças menores de 5 anos	122
Crianças entre 5 e 14 anos	838
Pessoas entre 15 e 59 anos	3262
Pessoas entre 20 e 59 anos	3178
Pessoas com 20 anos ou mais	3.829
Pessoas com 60 anos ou mais	651

Esses números não são adequados ao tamanho do serviço (estrutura e equipe) para o tamanho da área adstrita, baseado nas estimativas oferecidas pelo Caderno das Ações Programáticas dos diferentes grupos populacionais que são alvo de ações programáticas, ficando evidente que se precisaria mais uma equipe que consiga atingir o total da população da área de abrangência. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada segundo o último cadastramento feito parece estar de acordo com a distribuição brasileira. Segundo os denominadores do CAP, os números estimados parecem concordar com a realidade, pois tem morando uma população significativamente maior pelas características de ilegalidades e demais fatores confluentes.

Em relação à atenção à demanda espontânea e levando em consideração a leitura “MS 2011: pratica-se a política de acolhimento onde o serviço de saúde assume a função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população”. Todos os usuários que se aproximam à unidade de saúde são acolhidos. O pessoal de enfermagem ficou bem treinado, porém apresentam-se algumas dificuldades baseadas no superlotação da UBS. Nas circunstâncias atuais lidamos com o excesso de

demanda acolhendo a todos os que procuram o serviço e buscando soluções juntos, estabelecendo prioridades e oferecendo uma ordem certa nos atendimentos com a solução dos seus problemas de saúde.

A cobertura de Puericultura na ESF é insuficiente. Faz-se acompanhamento de só 43 crianças e ainda bem os indicadores de qualidade da Puericultura registrados estão de acordo às expectativas de seguimento e controle enfatizadas pelo SUS, porém partindo da leitura “MS 2012, Saúde da Criança” uma ação prevista nesse documento do Ministério da Saúde que não estão sendo possível realizar ou resulta de difícil execução é o cadastramento certo do total de crianças residentes em uma população específica. A equipe fica certa que estamos trabalhando com um número inferior à realidade existente e isto é resultado da insuficiente cobertura da população adscrita pela falta de cadastros baseados em um mapeamento atualizado da área de abrangência, com ênfase na existência de áreas descobertas. Existem mães que realizam o acompanhamento das suas crianças diretamente com pediatras nas antigas UBS às quais tem acesso só tirando uma ficha sem necessidade de serem moradores dessa área, ou no caso das que possuem planos de saúde acessando aos serviços privados. Esses casos escapam ao controle da *Estratégia*, e o nosso cadastro das vacinas tampouco constitui um registro abrangente do total das crianças da área, pois igualmente algumas colocam as vacinas aos seus filhos nos vacinatórios do município espalhados em três pontos da cidade. Um aspecto do processo de trabalho que poderia ser melhorado contribuindo assim para ampliar a cobertura da puericultura na ESF seria aumentar ou completar o cadastro populacional como aspecto prioritário na AB.

A cobertura de Pré-Natal e Puerpério na área de abrangência também são insuficientes pelas mesmas causas explicadas acima. Muitas gestantes e puérperas fazem não usufruem a vantagem de serem acompanhadas pela *Estratégia de Saúde da Família* com uma ampla gama de ofertas disponíveis ao cuidado dessas condições específicas. Apesar disso, os indicadores de qualidade em relação à atenção ao Pré-Natal e Puerpério que se registram na ESF são satisfatórios. Tem sido criados espaços de educação em saúde sobre o Pré-natal onde as gestantes ouvem e falam sobre suas vivências e consolidam informações importantes oferecidas sobre a gestação e sobre outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Neles acontecem trocas

de idéias e destacam-se as discussões grupais e outras dinâmicas que facilitam o intercâmbio de experiências entre os participantes do grupo, constituindo a gestação o foco principal do processo de aprendizagem. Atua-se também sobre os companheiros e familiares, se eles desejarem assistir aos grupos e às consultas, discutindo sua participação responsável na questão da saúde sexual e reprodutiva, portanto se promove também o envolvimento dos homens.

Das ações previstas no documento do Ministério da Saúde para serem desenvolvidas no pré-natal de baixo risco são de difícil execução na ESF: a ampliação da cobertura sobre uma população real, não conhecida, a primeira consulta no primeiro trimestre: só 31% das grávidas foram acompanhadas pela unidade; e manter as consultas ao dia, o qual foi cumprido só para 59% delas. A solicitação dos exames na primeira cita para o 100%, os protocolos de vacinas ao dia (que alcançam um 98% para AT e um 94% para Anti-HB), a prescrição de sulfato ferroso às 20 semanas (desde antes se anemia) o exame ginecológico por trimestres (84%) e o fornecer orientações sobre Aleitamento Materno Exclusivo AME aos 100% das gestantes, são indicadores muito representativos da qualidade apesar das dificuldades. No caso das puérperas é mais fácil por questões relativas à criança garantir a sua assistência cedo no serviço de saúde. Do total de 54 puérperas registrado só 31 delas tinham sido acompanhadas pelo serviço, porém os indicadores de qualidade foram dos 100% para todos os itens pesquisados.

Considerando as leituras disponíveis nessa semana (MS 2013 Controle dos cânceres de Colo de Útero e de Mama) que apresenta as propostas e recomendações do Ministério da Saúde brasileiro sobre este tema; e ciente da importância da prevenção do câncer de Colo de Útero e de Mama dentro do grupo das neoplasias, as quais têm adquirido proporções muito elevadas no país até chegar ser a segunda causa de óbito no Brasil; reflito e resumo: Em relação ao controle do Câncer do Colo de Útero: Registrou-se 1227 mulheres entre 25 e 64 anos de uma estimativa proposta para 1377 mulheres pelo CAP neste grupo etário, dado não existe mapeamento total da área. Delas só 208 usuárias têm sido acompanhadas na UBS para prevenção desta doença representando 17%. Em relação com os números obtidos na avaliação dos indicadores de qualidade do acompanhamento da pesquisa deste tipo de câncer ficaram as seguintes proporções: Número de mulheres com CP ao dia realizado: 158 (76%) usuárias. Atraso no CP com mais de 6 meses: 61 (29%) usuárias. Das mesmas

acompanhadas nos últimos três anos não se têm apresentado CP alterados para CA de colo uterino. Idênticos resultados em relação aos três indicadores da qualidade seguintes: Avaliação de risco para câncer de colo de útero, Orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e Orientação sobre DST. Cada um deles abrange a totalidade das 208 usuárias acompanhadas para 100%, porém a interpretação tem que partir da baixa cobertura. Das usuárias com exames citopatológicos ao dia (158) o 100% delas foram coletas com amostras satisfatórias e células representativas do epitélio da junção escamocolunar. Isto é representativo da qualidade na realização do procedimento pela equipe, porém não modifica a baixa cobertura.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama: A cobertura de exames feitos para prevenção de Câncer da Mama é muito baixa para a estimativa proposta pelo CAP, num ano se chega só aos 13% de ações desenvolvidas nesta pesquisa. Registrei 415 mulheres entre 50 e 69 anos de uma estimativa proposta para 603 mulheres neste grupo etário. Delas só 76 usuárias têm sido acompanhadas na UBS para prevenção desta doença. Em relação com os números obtidos na avaliação dos indicadores de qualidade do acompanhamento da pesquisa deste tipo de câncer obtive as seguintes proporções: Número de mulheres com mamografia em dia realizada: 35 pacientes para 46%. Atraso na Mamografia com mais de 3 meses: 41 (54%). Das mesmas acompanhadas nos últimos três anos (76 usuárias) tem feito avaliação para câncer de mama e tem recebido orientações sobre prevenção do mesmo, representando o 100% para os dois indicadores da qualidade. O escasso número de exames a respeito do número de mulheres nessa faixa etária nos faz não ficar conformes deste resultado. Evidentemente esta em relação direta à pouca cobertura.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma de contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a respeito destas duas doenças seriam: Oferecer mais atendimentos focados na avaliação do risco de câncer destas pacientes, estimular a prática de atitudes saudáveis e espaços de aprendizagem criados, no seu próprio autocuidado, divulgação dos temas de interesse nestas doenças, acompanhamento humanizado e comprometido pela equipe toda, envolvendo outros profissionais de saúde, não fixos na mesma, como poderiam ser fazer ênfase nestes aspectos a fim de conseguir mais aderência aos cuidados higiênico-dietéticos contidos nas

nossas propostas de vida saudável, ampliar a divulgação da importância dos exames pelos ACS. Os mesmos realizam-se com relativa facilidade no posto pelo fato de nos visitar o laboratório terceirizado pela gestão para as coletas do SUS, e o retorno dos resultados demora só uma semana, porém às vezes pode dar mais tempo se não foram completadas todas as amostras solicitadas.

Em relação à atenção às pessoas com HAS: A estimativa do número de pessoas com HAS com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência, é adequada à realidade apesar de ficar um pouco abaixo da estimativa proposta pelo CAP. Como não há mapeamento total da área, usaremos a estimativa do CAP, que é de 1119 usuários portadores desta doença. A cobertura na atenção as pessoas com HAS foi de 82%. Em relação com os números obtidos na avaliação dos indicadores de qualidade da atenção: Número de hipertensos com avaliação da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizado: 132 usuários, representando 14%. Atraso da consulta agendada em mais de sete dias: 431 (47%). Exames complementares periódicos em dia: 490 (53%). Em relação com as orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável: 88% do total, significando que 812 usuários receberam esta atividade, a qual ocorre durante as consultas e nos grupos de atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que se desenvolvem na área quatro vezes ao mês com marcada adesão.

Em relação à atenção às pessoas com DM em usuários com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhados na UBS: 162 usuários, representando 51% de cobertura dos 317 diabéticos previstos na área. Sendo os indicadores de qualidade da atenção os seguintes: Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 57 usuários para 35%, com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias: 105 pacientes para 65%, com exames complementares periódicos em dia: 57 pacientes para 35%, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses: 57 pacientes para 35%, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedios nos últimos 3 meses: 57 pacientes para 35%, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses: 57 pacientes para 35%, com orientação sobre prática de atividade física regular: 146 pacientes para 90%, com orientação nutricional para alimentação saudável: 146 pacientes para 90%, com avaliação de saúde bucal em dia: 0.

Na Saúde da Pessoa Idosa encontrou-se que há proporção significativa de idosos na comunidade o qual se traduz em grande demanda e necessidade deste tipo de atenção em saúde na área de abrangência da Estratégia. A estimativa do número de pessoas idosas residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do Caderno de Ações é adequada à realidade. Os aspectos do processo de trabalho os quais poderiam ser melhorados na ESF seriam: ampliar a cobertura de atendimentos dos idosos cadastrados na área adstrita, oferecendo maior número de atendimentos focados na avaliação multidimensional do idoso, e não só nos atendimentos de demanda espontânea dos mesmos por doenças ou complicações agudas dos seus problemas crônicos de saúde, senão focar o acompanhamento da pessoa idosa na promoção e prevenção de saúde. Deste modo se evita o surgimento das complicações inerentes aos problemas crônicos no idoso, ou se retarda sua aparição, através de uma prática de saúde cotidiana baseada no ganho de autoconsciência e nos conhecimentos adquiridos nas consultas como espaços de aprendizagem certos no seu próprio autocuidado, para lidar com as dificuldades que vêm juntas ao processo normal de envelhecimento humano.

Na ESF não existe equipe de saúde bucal junto, porém oferecemos assessoramento nesse sentido e encaminhamos aos serviços odontológicos gerais. A solução deste problema tem que ser efetivada em nível de gestão municipal. Deve-se criar o espaço correspondente na Estratégia e colocar uma equipe de saúde bucal ao alcance da população.

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

Quando escrevi o texto inicial ainda não tinha uma noção abrangente do que se estava realmente perguntando sobre o serviço. Fiz um texto minucioso, mas sem me preocupar com um roteiro sistemático. Falei mais sobre o que via o que me incomodava, sem uma análise mais aprofundada sobre as prioridades, sobre como deveria ser o serviço.

O texto do Relatório de Análise situacional, embora abordando praticamente as mesmas preocupações, foi diferente no sentido de que tinha um relatório para seguir, já tinha estudado toda a U1 e compreendido não apenas os problemas, mas como deveria funcionar a Estratégia Saúde da Família. Isso me possibilitou fazer um texto detalhando, seguindo um roteiro lógico e aprofundando meu olhar sobre os problemas e possibilidades do fazer em saúde na USF Maringá.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social assinalam sobre a necessidade da atenção básica trabalhar melhor este foco. Na população feminina, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama, provavelmente porque os mesmos ainda são diagnosticados em estágios avançados, constituem um importante problema de saúde pública. O câncer de colo de útero associa-se com fatores socioeconômicos nas populações atingidas em países em desenvolvimento, entretanto o câncer da mama é o tumor que mais acomete à população feminina em todo o mundo independente do grau de desenvolvimento das nações (BRASIL, 2013). As investigações a respeito demonstram que a existência e eficiência de programas de rastreamento garantam as elevadas taxas de prevenção e cura destes tipos de tumores, quando diagnosticados e tratados precocemente; justificando a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir as taxas de incidência e mortalidade.

Este projeto de intervenção se desenvolverá na Estratégia de Saúde da Família “Maringá” no município Santa Maria do estado Rio Grande do Sul. A ESF “Maringá” encontra-se alocada no bairro Diácono João Luiz Pozzobon, surgido em 2006, pertencente ao distrito da Sede localizado na região leste da

cidade com características bastante rurais e grande diferença de classes sociais; porém encontra-se ainda em expansão urbana com rápido crescimento nos últimos anos possuindo uma estimativa populacional atual de 5000 moradores, com predomínio das mulheres e da faixa etária entre 20 e 59 anos.

A estrutura física da ESF é ótima e cumpre com os requisitos de infraestrutura e higiênico-sanitários que precisa para realizar os atendimentos, não apresentando barreiras arquitetônicas, porém o modelo da atenção descrito: Estratégia de Saúde da Família, não consegue dar conta do total populacional da área adstrita por se tratar de só uma equipe de saúde. O pessoal fixo da ESF fica constituído pelo médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem, além de quatro agentes comunitários de saúde (ACS) de um total de seis que precisaria, ficando duas áreas descobertas. Não existem profissionais de odontologia nem de outras especialidades médicas, assim como também não há pessoal na recepção e farmácia.

A partir da análise situacional, pudemos perceber que as maiores dificuldades na ESF radicam no programa de detecção e controle de câncer do colo de útero e da mama, pelas baixas cifras e porcentagens registradas, determinou a escolha da equipe neste foco da intervenção. Terá como população alvo todas as mulheres entre 25 e 64 anos (representadas por 1277 mulheres no caso da pesquisa de câncer de colo uterino) e entre 50 e 69 anos (representadas por 415 mulheres no caso da pesquisa de câncer de mama) da população adscrita residentes da área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 31%.

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 48%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na UBS.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama das mulheres com exames alterados.

Meta 3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela UBS.

Meta 3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres cadastradas sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero e de mama na UBS.

Meta 6.1. Orientar 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Meta 6.2. Orientar 100% das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Maringá, no Município de Santa Maria, RS. Participará da intervenção o maior número possível das usuárias, residentes permanentes da área de abrangência pertencentes à população-alvo, na estimativa de 1227 mulheres entre 25 e 64 anos e 415 mulheres entre 50 e 69 anos, norteadas nos quatro eixos básicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica; partindo-se da adoção do protocolo técnico mais atualizado: Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013 e utilizando-se a ficha espelho e PCD, fornecidas pela UFPEL para coleta e análise estatístico dos dados provenientes da aplicação das ações.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações propostas e o detalhamento das mesmas:

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 31%.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

1.1. Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade mensalmente.

DETALHAMENTO DA AÇÃO: Verificar o crescimento do registro de cobertura das usuárias pertencentes à ação programática através dos cadastros dos ACS e das agendas existentes, ou criadas na aplicação das estratégias do curso, na ESF, o responsável serão médico especializando do curso que verificará o registro mensalmente.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

1.1. Acolher todas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade com demanda espontânea de realização de exame citopatológico de colo de útero na ESF, em qualquer um dos horários de funcionamento da unidade sem prévio agendamento, e realizar rastreamento oportunístico para CA de colo de útero.

1.1.1. Cadastrar todas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade residentes da área de abrangência da ESF e lhes agendar rastreamento organizado para CA de colo de útero.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES: Registrar todas as pertencentes à ação programática ao acessar no serviço qualquer uma outra que seja a atenção em saúde que procurar. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e o profissional que se encontre esse dia no acolhimento segundo escala da unidade, com ocorrência diária.

Facilitar acesso à consulta pela ação programática. As usuárias pertencentes à ação serão atendidas no mesmo turno e saíam da unidade com o

retorno marcado. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e o profissional que se encontre esse dia nos departamentos envolvidos (na realização da ação programática) segundo escala da unidade, com ocorrência diária.

Melhorar o acolhimento ao grupo etário e dar mais ênfase na qualificação da atenção naquelas registradas na unidade constituindo uma porta sempre aberta do serviço para elas. Terá como responsáveis a equipe toda e ocorrerá diariamente.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

1.1 Esclarecer a comunidade, utilizando uma linguagem acessível, sobre a importância da realização do exame citopatológico do colo de útero pelas mulheres de 25 a 64 anos de idade.

1.1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância do cumprimento na periodicidade estabelecida para a realização do exame citopatológico do colo de útero.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de conversas diretas individuais e coletivas no momento de acessar a usuária, mais o familiar ou acompanhante, aos serviços de saúde, seja no posto ou na visita domiciliar. Terá como responsáveis a equipe toda e ocorrerá diariamente.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de conversas e discussões coletivas em grupo de saúde da mulher criado na unidade aos efeitos da intervenção. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e os profissionais que se encontrem envolvidos na realização do grupo nesse dia segundo escala da unidade, e ocorrerá quinzenalmente.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de palestras públicas em espaços abertos da comunidade. Serão os responsáveis o médico especializando do curso e os profissionais que se encontrem envolvidos na realização da ação de saúde nesse dia segundo escala da unidade e ocorrerá mensalmente.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

1.1. Capacitar a equipe da UBS no acolhimento às mulheres de 25 a 64 anos de idade.

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

1.1.2. Capacitar a equipe da UBS quanto a importância do cumprimento na periodicidade estabelecida para a realização do exame citopatológico do colo de útero.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar a equipe toda no acolhimento das usuárias da população alvo da intervenção. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá semanalmente, nas reuniões da equipe (quartas feiras à tarde, com início às 13:30 horas).

Capacitar os ACS para o cadastramento das usuárias residentes da área de abrangência e na busca ativa das faltosas. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá quinzenal, nas reuniões da equipe.

Capacitar a equipe toda quanto a importância na periodicidade estabelecida dos exames. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e ocorrerá mensalmente, nas reuniões da equipe.

Capacitar a equipe toda quanto à Política Nacional de Humanização em relação aos direitos destas usuárias. Terá como responsáveis a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

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 48%.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação:

1.2. Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade mensalmente.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Verificar o crescimento do registro de cobertura das usuárias pertencentes à ação programática através dos cadastros dos ACS e das agendas existentes ou criadas na aplicação das estratégias do curso, na ESF. Terá como responsável o médico especializando do curso e ocorrerá mensalmente.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

1.2. Acolher todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade com demanda espontânea de realização de mamografia na ESF, em qualquer um dos horários de funcionamento da unidade sem prévio agendamento, e realizar rastreamento oportunístico para CA de mama.

1.2.1. Cadastrar todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade residentes da área de abrangência da ESF e lhes agendar rastreamento organizado para CA de mama.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Registrar todas as mulheres pertencentes à faixa etária da ação programática que acessarem ao serviço, independente do motivo. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e o profissional que encontre-se nesse dia no acolhimento segundo escala da unidade e ocorrerá diariamente.

Facilitar acesso à consulta pela ação programática. Usuárias pertencentes à ação serão atendidas no mesmo turno e saírem da unidade com o retorno marcado. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e o profissional que encontre-se nesse dia nos departamentos envolvidos (na realização da ação programática) segundo escala da unidade e ocorrerá diariamente.

Melhorar o acolhimento ao grupo etário e dar mais ênfase na qualificação da atenção naquelas registradas na unidade constituindo uma porta sempre aberta do serviço para elas. Serão responsáveis a equipe toda e ocorrerá diariamente, em todos os horários de funcionamento da UBS.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

1.2 Esclarecer a comunidade, utilizando uma linguagem acessível, sobre a importância da realização de mamografia pelas mulheres de 50 a 69 anos de idade.

1.2.1 Esclarecer a comunidade sobre a importância do cumprimento na periodicidade estabelecida para a realização do exame de mama.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de conversas diretas individuais e coletivas no momento de acessar a usuária, mais o familiar ou acompanhante, aos serviços de

saúde, seja no posto ou na visita domiciliar. Terá como responsáveis a equipe toda e ocorrerá diariamente em qualquer oportunidade de encontro com as mulheres.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de conversas e discussões coletivas em grupo de saúde da mulher criado na unidade aos efeitos da intervenção. Serão co-responsáveis o médico especializando do curso e os profissionais que encontrem-se envolvidos na realização do grupo nesse dia segundo escala da unidade e acontecerá quinzenalmente.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade estabelecida através de palestras públicas em espaços abertos da comunidade. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e os profissionais que se encontrem envolvidos na realização da ação de saúde esse dia segundo escala da unidade com ocorrência mensal.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

1.2. Capacitar a equipe da UBS no acolhimento às mulheres de 50 a 69 anos de idade.

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

1.2.2. Capacitar a equipe da UBS quanto a importância do cumprimento na periodicidade estabelecida para a realização da mamografia.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar a equipe toda no acolhimento das usuárias da população alvo da intervenção. Serão responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrência semanal, nas reuniões da equipe (quartas feiras de tarde, às 13:30 horas).

Capacitar os ACS para o cadastramento das usuárias residentes da área de abrangência e na busca ativa das faltosas. Serão responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia com ocorrência quinzenal, nas reuniões da equipe.

Capacitar a equipe toda quanto a importância na periodicidade estabelecida dos exames. Terá como responsável o médico especializando do curso e ocorrerá mensalmente, nas reuniões da equipe.

Capacitar a equipe toda quanto à Política Nacional de Humanização em relação aos direitos destas usuárias. Será responsável a Enfermeira da Estratégia e ocorrerá uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na UBS.

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação:

2.1. Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Garantir a qualidade do exame citopatológico através da coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras conduzidas de forma adequada. Os responsáveis serão o profissional de saúde e o coordenador da unidade e ocorrerá diariamente.

Garantir a realização de esfregaço satisfatório para avaliação oncótica permitindo uma conclusão diagnóstica. Terá como responsáveis os profissionais de saúde encarregados da coleta com ocorrência contínua (diária).

Conferir nos resultados obtidos que o material celular das amostras seja considerado como indicador da qualidade da coleta. Os responsáveis serão o profissional de saúde e o coordenador da unidade e ocorrerá semanalmente.

Identificar as causas que levaram à obter amostras insatisfatórias e definir as estratégias de correção, otimizando a utilização dos recursos disponíveis. Terá como responsáveis o profissional de saúde e o coordenador da unidade com ocorrência contínua (diária).

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

2.1. Organizar registros específicos dos exames coletados para controle do recebimento dos resultados.

2.1.1 Organizar arquivo rotativo para acomodar os resultados dos exames.

2.1.2. Definir responsável pelo recebimento dos resultados e pela verificação da adequabilidade das amostras dos exames coletados.

2.1.3. Garantir os recursos materiais necessários e a preparação adequada para todas as etapas do procedimento de coleta e a disposição do material coletado.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Registrar os exames realizados na ficha espelho, fornecida pelo curso, preenchendo todos seus itens desde o momento da coleta e ao se disponibilizar o resultado. Os Responsáveis serão os profissionais de saúde encarregados das coletas e os que recebam os resultado e ocorrência continua no tempo da intervenção.

Criar arquivo rotativo, segundo a data da coleta, que facilite exatidão na periodicidade do acompanhamento das usuárias. Os responsáveis serão os profissionais da unidade o médico e o enfermeiro, e ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Definir as atribuições dos profissionais da equipe nas fases do processo e os responsáveis pela verificação da adequabilidade do material celular obtido nas amostras como indicador de qualidade. Terá como responsável o profissionais o médico e o enfermeiro da unidade, e ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Garantir os recursos e a preparação necessária para todas as etapas do procedimento e disposição do material coletado. Serão responsáveis o médico e o coordenador da unidade, ocorrerá semanalmente.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÃO:

2.1. Compartilhar e explicar às usuárias e à comunidade, utilizando uma linguagem acessível, sobre a importância na qualidade das amostras coletadas para garantir fidedignidade do exame.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Compartilhar e explicar às usuárias e à comunidade, seja nas consultas, na visita domiciliar o através de palestras públicas em espaços abertos da comunidade, sobre a importância na qualidade das amostras coletadas. Terá como responsáveis a equipe toda segundo escalas feitas e ocorrerá de maneira continua nas atividades de consulta e uma vez ao início da intervenção no caso da palestra pública.

Compartilhar com as usuárias o conhecimento e as condutas esperadas para que possam exercer o controle social. Serão responsáveis a equipe toda segundo escalas feitas e ocorrerá de maneira continua nas atividades de consulta, e só uma vez ao início da intervenção no caso da palestra pública.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÃO:

2.1. Atualizar e aperfeiçoar à equipe na coleta de amostras adequadas para exame citopatológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Capacitar e treinar aos profissionais da equipe na realização da coleta das amostras de forma adequada segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Serão responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

Instruir aos profissionais da equipe sobre indicadores de qualidade da coleta segundo os resultados obtidos: material celular satisfatório em quantidade representativa para a sua visualização e avaliação oncótica, com células metaplásicas ou endocervicais, representativas da junção escamocolunar, bem distribuídas, fixadas e coradas. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama das mulheres com exames alterados.

Meta 3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela UBS.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

3.1. Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, bem como o cumprimento da periodicidade de realização do exame prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar através da ficha espelho e do arquivo rotativo criado ao 100% das usuárias com exames alterados, assim como exatidão na periodicidade do acompanhamento delas. O responsável será o médico especializando do curso e será de ocorrência semanal.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

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

3.1.1. Acolher todas as mulheres que procuram a UBS para saber o resultado do exame citopatológico do colo de útero.

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

3.1.3. Criar agenda para acompanhamento das mulheres com exames alterados.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Constituir-se em “porta aberta” sempre para as mulheres que retornaram ao serviço pelos resultados dos exames, facilitando o acesso sem restrições de horários ou turnos. Terá como responsáveis a equipe toda, com ocorrência contínua no tempo.

Melhorar o acolhimento ao grupo etário da população alvo, quando procuram saber os resultados do citopatológico; dando mais ênfase na qualificação da atenção daquelas registradas na unidade. Os responsáveis serão a equipe toda, especialmente o profissional que se encontre esse dia no acolhimento segundo escala da unidade, e ocorrerá de maneira contínua no tempo.

Definir nas atribuições dos profissionais da equipe quais serão os responsáveis pela leitura dos resultados dos exames recebidos na unidade. Os responsáveis será o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade, e ocorrerá só uma vez ao início da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

Criar agenda para acompanhamento das mulheres com exames alterados. Essas usuárias serão atendidas no mesmo turno que acessarem no serviço e saíam da unidade com o retorno marcado. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o profissional que se encontre esse dia nos departamentos envolvidos (na realização da ação programática) segundo escala da unidade, ocorrendo de maneira contínua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

3.1. Informar a comunidade sobre a importância de se buscar o resultado do exame na UBS.

3.1.1. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Instruir e conscientizar a comunidade, em conversas abertas ou palestras públicas, sobre a importância de se buscar o resultado do exame na UBS. Os responsáveis serão a equipe toda segundo escalas feitas, e ocorrerá de maneira contínua no tempo e através da realização de uma palestra pública ao início da intervenção.

Compartilhar com as usuárias e a comunidade quais são as condutas esperadas em termos de adesão ao Programa de Detecção Precoce deste tipo de câncer para que possam exercer o controle social. Terá como responsáveis a equipe toda segundo escalas feitas, e ocorrerá de forma contínua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção no caso da mesma palestra pública.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade do acompanhamento regular. Serão responsáveis a equipe toda, e ocorrerá de forma contínua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção utilizando a mesma palestra pública.

Escutar e incentivar o nascimento de estratégias geradas no seio da a comunidade mesma para não ocorrer evasão das mulheres no cumprimento certo deste programa focado na sua própria segurança em saúde segundo sexo e faixa etária. Terá como responsáveis a equipe toda, e ocorrerá de forma contínua no tempo, abertos para receber conselhos e recomendações dos usuários e só uma vez ao início da intervenção utilizando a mesma palestra pública.

Explicar às usuárias e à comunidade sobre a importância na periodicidade estabelecida para a realização dos exames através de conversas, discussões coletivas no Grupo de Saúde da Mulher criado e palestra aberta. Os responsáveis serão a equipe toda, supervisionados pelo médico especializando do curso e/ou o enfermeiro da unidade. No caso do grupo seriam os profissionais que se encontrem envolvidos na sua realização esse dia segundo escala da unidade. A ocorrência será contínua no tempo nas ações de educação para a saúde; Quinzenal no caso do Grupo de Saúde da Mulher; e no caso da palestra só uma vez ao início da intervenção.

Fornecer informação com exatidão às mulheres e à comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame citopatológico de colo de

útero. Serão responsáveis a equipe toda, e ocorrerá de forma continua no tempo e, no caso da palestra: só uma vez ao início da intervenção.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

3.1. Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

3.1.1. Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada do exame.

3.1.2. Capacitar a equipe da UBS para o acolhimento da demanda por resultado de exame.

3.1.3. Capacitar a equipe da UBS para monitoramento dos resultados do exame citopatológico do colo uterino.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Disponibilizar na unidade o protocolo técnico mais atualizado, Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013, para o manejo do resultado do exame. Serão responsáveis o médico especializando do curso e o coordenador da Estratégia, e ocorrerá de forma continua e permanente no tempo. (O protocolo tem que ficar no lugar fixo e acessível para todos os profissionais da equipe desde o começo da intervenção)

Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada do exame. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

Capacitar a equipe toda no acolhimento da demanda por resultado de exame, com ênfase na qualificação da atenção daquelas registradas na unidade. Os responsáveis serão a equipe toda, foco no profissional que se encontre esse dia no acolhimento segundo escala da unidade, e ocorrerá de forma continua no tempo.

Capacitar e treinar aos profissionais da equipe toda para monitoramento do resultado deste exame de rastreamento. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá uma única vez, na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

Meta 3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

3.2. Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização do exame previsto no protocolo adotado pela unidade de saúde.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar através da ficha espelho e do arquivo rotativo criado aos 100% das usuárias com exame alterado (MAMOGRAFIA), assim como exatidão na periodicidade do acompanhamento delas. O responsável: será o médico especializando do curso com ocorrência semanal.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

3.2. Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia.

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

3.2.2. Definir responsável para a leitura dos resultados dos exames de mama.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Constituir-se em “porta aberta” sempre para as mulheres que retornaram ao serviço pelo resultado do exame, facilitando o acesso sem restrições de horários ou turnos. Os responsáveis serão a equipe toda, com ocorrência continua no tempo.

Melhorar o acolhimento ao grupo etário em procura de saber o resultado do exame feito, neste caso através da entrega de mamografia; dando mais ênfase na qualificação da atenção daquelas registradas na unidade. Os responsáveis serão a equipe toda, foco no profissional que se encontre esse dia no acolhimento segundo escala da unidade, e ocorrência continua no tempo.

Definir nas atribuições dos profissionais da equipe quais serão os responsáveis pela leitura dos resultados dos exames de mamografia recebidos na unidade. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade e ocorrerá só uma vez ao início da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

Criar agenda para acompanhamento das mulheres com exames alterados. Essas usuárias serão atendidas no mesmo turno que acessarem no serviço e saíram da unidade com o retorno marcado. Os responsáveis: o médico

especializando do curso e o profissional que se encontre esse dia nos departamentos envolvidos (na realização da ação programática) segundo escala da unidade, com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

3.2. Informar a comunidade sobre a importância da realização do exame para detecção precoce do câncer de mama e do acompanhamento regular.

3.2.1. Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a importância na periodicidade estabelecida para a realização dos exames.

3.2.2. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Instruir e conscientizar a comunidade, em conversas abertas ou palestras públicas, sobre a importância de se buscar o resultado do exame na UBS. Os responsáveis serão a equipe toda segundo escalas feitas, e ocorrerá de forma contínua no tempo e através da realização de uma palestra pública ao início da intervenção.

Explicar a importância da realização do exame e do cumprimento da periodicidade do acompanhamento regular. Os responsáveis serão a equipe toda, e ocorrência contínua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção utilizando a mesma palestra pública.

Compartilhar com as usuárias e a comunidade quais são as condutas esperadas em termos de adesão ao Programa de Detecção Precoce deste tipo de câncer para que possam exercer o controle social. Os responsáveis serão a equipe toda segundo escalas feitas com ocorrência contínua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção no caso da mesma palestra pública.

Fornecer informação com exatidão às mulheres e à comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia. Terá como responsáveis a equipe toda com ocorrência contínua no tempo e, no caso da palestra: só uma vez ao início da intervenção.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

3.2. Disponibilizar protocolo técnico atualizado para o manejo dos resultados dos exames.

3.2.1. Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada do exame.

3.2.2. Capacitar a equipe da UBS para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

3.2.3. Capacitar a equipe da UBS para monitoramento dos resultados da mamografia.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Disponibilizar na unidade o protocolo técnico mais atualizado, Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013, para o manejo do resultado do exame. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o coordenador da Estratégia. Ocorrerá de maneira contínua no tempo. (O protocolo tem que ficar no lugar fixo e acessível para todos os profissionais da equipe desde o começo da intervenção)

Capacitar os ACS para que orientem a periodicidade adequada do exame. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

Capacitar a equipe toda no acolhimento da demanda por resultado de exames, com ênfase na qualificação da atenção daquelas registradas na unidade. Os responsáveis serão a equipe toda, foco no profissional que se encontre esse dia no acolhimento segundo escala da unidade. Ocorrência contínua no tempo.

Capacitar e treinar aos profissionais da equipe toda para monitoramento do resultado do exame de rastreamento. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrência só uma única vez, na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas)

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

3.3. Monitorar, segundo os resultados alterados de todos os exames para detecção de câncer de colo de útero, a busca ativa das usuárias faltosas.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar através da ficha espelho e do arquivo rotativo criado aos 100% das usuárias com exames alterados. O responsável será o médico especializando do curso, e a ocorrência semanal.

Realizar a busca ativa das usuárias faltosas à unidade com resultados alterados (aquelas que não retornaram para conhecer o resultado do exame) Os responsáveis serão os ACS sob a supervisão direta do médico especializando do curso e do coordenador da unidade, ocorrerá de forma continua no tempo.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

3.3. Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

3.3.1. Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realizar visitas domiciliares para busca das mulheres faltosas. Os responsáveis serão os ACS sob a supervisão direta do médico especializando do curso e do coordenador da unidade, e ocorrerá de forma continua no tempo.

Disponibilizar vagas na agenda para acolher a demanda de usuárias provenientes das buscas das faltosas. Os responsáveis serão o médico e o coordenador da unidade, e ocorrerá semanalmente.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

3.3. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

3.3.1. Ouvir a comunidade sobre estratégias, nascidas deles mesmos, para não ocorrer evasão das mulheres (faltosas).

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Compartilhar com as usuárias e a comunidade quais são as condutas esperadas em termos de adesão ao Programa de Detecção Precoce deste tipo de câncer para que possam exercer o controle social. Os responsáveis serão a equipe toda segundo escalas feitas e ocorrerá de forma continua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção no caso da mesma palestra pública.

Escutar e incentivar o nascimento de estratégias geradas no seio da a comunidade mesma para não ocorrer evasão das mulheres no cumprimento certo

deste programa focado na sua própria segurança em saúde segundo sexo e faixa etária. Terá como responsáveis a equipe toda e ocorrência continua no tempo, pois os membros da equipe estarão abertos para receber conselhos e recomendações dos usuários e além disso também ocorrerá só uma vez ao início da intervenção utilizando a mesma palestra pública.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

3.3. Capacitar adequadamente aos ACS para realizar a busca ativa das faltosas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar os ACS para que realizem adequadamente a busca ativa das faltosas mediante visita aos domicílios. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

3.4. Monitorar, através dos resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama das mulheres com mamografia alterada, a busca ativa do 100% delas sem acompanhamento pela UBS.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar através da ficha espelho e do arquivo rotativo criado aos 100% das usuárias com exame alterado (MAMOGRAFIA) O responsável será o médico especializando do curso e ocorrência semanal.

Realizar a busca ativa das usuárias faltosas à unidade ao acompanhamento ou aquelas que não retornaram para conhecer o resultado do exame. Os responsáveis serão os ACS sob a supervisão direta do médico especializando do curso e do coordenador da unidade com ocorrência continua no tempo.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

3.4. Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

3.4.1. Organizar a agenda para acolher a demanda de mulheres provenientes das buscas das faltosas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Realizar visitas domiciliares para busca das mulheres faltosas. Os responsáveis serão os ACS sob a supervisão direta do médico especializando do curso e do coordenador da unidade com ocorrência contínua no tempo.

Disponibilizar vagas na agenda para acolher a demanda de usuárias provenientes das buscas das faltosas. Os responsáveis serão o médico e o coordenador da unidade e ocorrerá semanalmente.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

3.4. Informar a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular para detecção precoce do câncer de mama.

3.4.1. Ouvir a comunidade sobre estratégias, nascidas deles mesmos, para não ocorrer evasão das mulheres (faltosas).

3.4.2. Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a importância na periodicidade estabelecida para a realização da mamografia.

3.4.3. Compartilhar com as usuárias e a comunidade as condutas esperadas para que possam exercer o controle social.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Instruir e conscientizar a comunidade, em conversas abertas ou palestras públicas, sobre a importância do acompanhamento regular para detecção precoce do câncer de mama. Terá como responsáveis a equipe toda segundo escalas feitas, e ocorrerá de maneira contínua no tempo e através da realização de uma palestra pública ao início da intervenção.

Escutar e incentivar o nascimento de estratégias geradas no seio da comunidade mesma para não ocorrer evasão das mulheres no cumprimento certo deste programa focado na sua própria segurança em saúde segundo sexo e faixa etária. Será responsável a equipe toda, com ocorrência contínua no tempo, abertos para receber conselhos e recomendações dos usuários durante toda a intervenção e, além disso, só uma vez ao início da intervenção no caso da utilização da mesma palestra pública.

Explicar às usuárias e à comunidade sobre a importância na periodicidade estabelecida para a realização da mamografia através de conversas, discussões

coletivas no Grupo de Saúde da Mulher criado e palestra aberta. Será responsável a equipe toda, supervisionados pelo médico especializando do curso e/ou o enfermeiro da unidade. No caso do grupo seriam os profissionais que se encontrem envolvidos na sua realização esse dia segundo escala da unidade; e a ocorrência será continua no tempo nas ações de educação para a saúde; Quinzenal no caso do Grupo de Saúde da Mulher; e no caso da palestra só uma vez ao início da intervenção.

Compartilhar com as usuárias e a comunidade quais são as condutas esperadas em termos de adesão ao Programa de Detecção Precoce deste tipo de câncer para que possam exercer o controle social. Serão os responsáveis a equipe toda segundo escalas feitas com ocorrência continua no tempo, e só uma vez ao início da intervenção no caso da mesma palestra pública.

Fornecer informação com exatidão às mulheres e à comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado da mamografia. Será responsável a equipe toda e ocorrerá de forma continua no tempo e, no caso da palestra só uma vez ao início da intervenção.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

3.4. Capacitar adequadamente aos ACS para a busca ativa das faltosas.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar os ACS para a busca ativa das faltosas mediante visita aos domicílios. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, com ocorrência uma única vez, na reunião da equipe da primeira semana da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

4.1. Monitorar semanalmente os registros de todas as mulheres acompanhadas na UBS.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Verificar o estado de atualização e a qualidade dos registros específicos da coleta de exame citopatológico de colo de útero nas usuárias pertencentes à ação

programática, através dos instrumentos aplicados pelas estratégias do curso na ESF. O responsável será o médico especializando do curso com ocorrência semanal.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

4.1. Manter as informações do SIAB/SISCOLO atualizadas, mais ficha própria criada para este fim (ficha espelho).

4.1.1. Implantar ficha espelho para registro específico de acompanhamento tipo arquivo rotativo.

4.1.2. Pactuar com a equipe o registro imediato das informações.

4.1.3. Definir responsável pelo monitoramento do registro.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Atualizar periodicamente as informações do SIAB/SISCOLO, mais a ficha espelho. Terá como responsáveis o médico e o enfermeiro da unidade e ocorrerá semanalmente.

Preencher a ficha espelho para registro específico de acompanhamento destas usuárias e lhes armazenar tipo arquivo rotativo segundo a data de retorno. Serão responsáveis todos os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora e a ocorrência será contínua no tempo.

Registrar de imediato as informações fornecidas pela usuária, além dos aspectos relativos à ação programática adimplida ou os resultados recebidos. Terá como responsáveis os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora com ocorrência contínua no tempo.

Assinalar um responsável pelo monitoramento semanal do registro específico das informações. Os responsáveis serão os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora, com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

4.1. Esclarecer e informar as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Orientar às mulheres através de conversas individuais ou coletivas, sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a

possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, para que possam exercer o controle social. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

4.1. Treinar e aperfeiçoar a equipe da UBS para o registro adequado das informações

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar, com aperfeiçoamento contínuo, aos profissionais da equipe da ESF no registro adequado das informações específicas na ficha espelho de cada usuária, fazendo ênfase na qualidade do registro da ação programática. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá desde a primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta-feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso contínuo no tempo enquanto durar a intervenção.

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

4.2. Monitorar semanalmente os registros de todas as mulheres acompanhadas na UBS.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Verificar o estado de atualização e a qualidade dos registros específicos da realização da mamografia nas usuárias pertencentes à ação programática, através dos instrumentos aplicados pelas estratégias do curso na ESF. O responsável será o médico especializando do curso e ocorrerá semanal.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

4.2. Manter as informações do SIAB/ SISMAMA atualizadas, mais ficha própria criada para este fim (ficha espelho).

4.2.1. Implantar ficha espelho para registro específico de acompanhamento tipo arquivo rotativo.

4.2.2. Pactuar com a equipe o registro imediato das informações.

4.2.3. Definir responsável pelo monitoramento do registro.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Atualizar periodicamente as informações do SIAB/ SISMAMA, mais a ficha espelho. Serão responsáveis o médico e o enfermeiro da unidade e será feito semanalmente.

Preencher a ficha espelho para registro específico de acompanhamento destas usuárias e lhes armazenar tipo arquivo rotativo segundo a data de retorno. Os responsáveis serão os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora, com ocorrência contínua no tempo.

Registrar de imediato as informações fornecidas pela usuária, além dos aspectos relativos à ação programática adimplida ou os resultados recebidos. Ficaram responsáveis todos os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora, de forma contínua no tempo.

Assinalar um responsável pelo monitoramento semanal do registro específico das informações. Os responsáveis serão os profissionais da equipe que façam o atendimento da usuária na hora, com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

4.2. Esclarecer e informar as mulheres sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Orientar às mulheres através de conversas individuais ou coletivas, sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, para que possam exercer o controle social. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÕES:

4.2. Treinar e aperfeiçoar a equipe da UBS para o registro adequado das informações

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Capacitar, com aperfeiçoamento contínuo, aos profissionais da equipe da ESF no registro adequado das informações específicas na ficha espelho de cada usuária, fazendo ênfase na qualidade do registro da ação programática. Os

responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrerá desde a primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso continuo no tempo enquanto durar a intervenção.

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

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

5.1. Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na UBS.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Realizar avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na UBS. Serão responsáveis o médico especializando do curso e o enfermeiro da Estratégia e ocorrerá de forma continua no tempo.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

5.1. Identificar as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero, focando nas faixas etárias mais suscetíveis de apresentação desta doença (população-alvo da intervenção).

5.1.1. Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Mapear as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero, focando nas faixas etárias mais suscetíveis de apresentação desta doença (população-alvo da intervenção). O responsável será o médico especializando do curso e ocorrência continua no tempo.

Programar acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de colo de útero. Os responsáveis: o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrerá de forma continua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

5.1. Esclarecer e informar as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero.

5.1.1. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

5.1.2. Ensinar e capacitar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Instruir as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de colo de útero de modo que possam exercer condutas esperadas em termos do controle a partir da profilaxia. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Educar no Grupo de Saúde da Mulher e nas consultas todas, destinadas para essas faixas etárias, sobre as medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação. Serão responsáveis: o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrerá de forma contínua no tempo.

Capacitar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de colo de útero. Terá como responsáveis a equipe toda e ocorrência contínua no tempo nas consultas, mas vá-se utilizar também a palestra pública da primeira semana de aplicação da intervenção.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÃO:

5.1. Capacitar a equipe da UBS para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero.

5.1.1. Capacitar a equipe da UBS para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Capacitar à equipe da ESF para avaliação de risco para câncer de colo de útero partindo do protocolo técnico mais atualizado, Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013. Os responsáveis: o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, e ocorrerá desde a primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso contínuo no tempo enquanto durar a intervenção.

Capacitar à equipe da ESF, partindo do mesmo protocolo, nas medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, para atuar acima da

população-alvo da intervenção. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrerá desde a primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso continuo no tempo enquanto durar a intervenção

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

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

5.2. Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na UBS.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Realizar avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na UBS. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da Estratégia, e ocorrerá de maneira continua no tempo.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

5.2. Identificar as mulheres de maior risco para câncer de mama, focando nas faixas etárias mais suscetíveis de apresentação desta doença (população-alvo da intervenção).

5.2.1. Estabelecer acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de mama.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Mapear as mulheres de maior risco para câncer de colo de mama, focando nas faixas etárias mais suscetíveis de apresentação desta doença (população-alvo da intervenção). O responsável será o médico especializando do curso e será feito de forma continua no tempo que durar a intervenção.

Programar acompanhamento diferenciado para as mulheres de maior risco para câncer de mama. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia e ocorrerá de forma continua no tempo.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

5.2. Esclarecer e informar as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de mama.

5.2.1. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação.

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

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Instruir as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco para câncer de mama de modo que possam exercer condutas esperadas em termos do controle a partir da profilaxia. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Educar no Grupo de Saúde da Mulher e nas consultas todas, destinadas para essa faixa etária, sobre as medidas de combate aos fatores de risco passíveis de modificação. Será responsável o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia, ocorrendo de forma contínua no tempo.

Capacitar a população sobre os sinais de alerta para detecção precoce de câncer de mama. Terá como responsáveis à equipe toda, e ocorrerá de forma contínua no tempo nas consultas, mas vá-se utilizar também a palestra pública da primeira semana de aplicação da intervenção.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÃO:

5.2. Capacitar a equipe da UBS para realizar avaliação de risco para câncer de mama.

5.2.1. Capacitar a equipe da UBS para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Capacitar à equipe da ESF para avaliação de risco para câncer de mama partindo do protocolo técnico mais atualizado, Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013. Serão responsáveis: o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia; ocorrendo desde a primeira semana da intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso contínuo no tempo enquanto durar a intervenção.

Capacitar à equipe da ESF, partindo do mesmo protocolo, nas medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, para atuar acima da população-alvo da intervenção. Terá como responsáveis o médico especializando do curso e a enfermeira da Estratégia. Ocorrerá desde a primeira semana da

intervenção, na reunião da equipe (quarta feira de tarde, às 13:30 horas) e após disso continuo no tempo enquanto durar a intervenção

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres cadastradas sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero e de mama na UBS.

Meta 6.1. Orientar 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

6.1. Monitorar número de mulheres que receberam orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar através do número de mulheres que receberam orientações da equipe sobre as doenças sexualmente transmissíveis, os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero, quanto o serviço está atendendo daquilo que é sua atribuição. Terá como responsáveis: o médico especializando do curso e o enfermeiro da Estratégia e ocorrência semanal

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

6.1. Garantir, junto ao gestor municipal, distribuição de preservativos e de materiais educativos para a prevenção das DTS.

6.1.1. Pactuar a realização de ações de promoção de saúde de carácter educativo, com periodicidade constante, segundo escala organizada envolvendo duplas dos membros da equipe.

6.1.2. Definir responsável pelo monitoramento das ações de promoção de saúde.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Garantir subministro constante de preservativos e de materiais educativos, pela gestão municipal, para a prevenção das DTS como fator de risco importante na gênese do câncer de colo de útero. Serão responsáveis o médico especializando do curso o coordenador da Estratégia e o gestor municipal, e ocorrência mensal, na hora do pedido habitual dos insumos da unidade.

Distribuir entre as usuárias do serviço os preservativos e os materiais educativos, pelos membros da equipe, para a prevenção das DSTs. Os responsáveis serão a equipe toda no desenvolvimento da ação programática e aproveitando oportunidades surgidas na interação com as usuárias e a ocorrência contínua no tempo.

Realizar ações educativas de promoção de saúde com periodicidade constante, tipo conversas, dinâmicas de grupos, entre outras; segundo escala organizada envolvendo duplas dos membros da equipe. Como co-responsável ficaria a equipe toda, em duplas e ocorreria quinzenalmente.

Assinalar um responsável pelo monitoramento das ações de promoção de saúde. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade, e ocorrência contínua no tempo que durar a intervenção.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÃO:

6.1. Incentivar na comunidade o uso de preservativos para a prevenção das DSTs.

6.1.1. Esclarecer e informar às mulheres e à comunidade sobre o seu direito de solicitar sejam realizadas atividades com o objetivo de lhes informar sobre as DSTs, os fatores de risco e as ações de prevenção para câncer de colo de útero.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Estimular na comunidade o uso de preservativos para a prevenção das DSTs, fazendo uso das conversas coletivas nos espaços abertos programadas para conscientizar a população. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Orientar às mulheres e a comunidade sobre o seu direito de solicitar sejam realizadas atividades com o objetivo de lhes informar sobre as DSTs, os fatores de risco e as ações de prevenção válidas para câncer de colo de útero. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÃO:

6.1. Capacitar a equipe para orientar a prevenção das DSTs, oferecer estratégias de combate aos fatores de risco e ações de prevenção para câncer de colo de útero.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Capacitar a equipe para orientar a prevenção das DSTs e oferecer estratégias de combate dos fatores de risco, assim como ações de prevenção para câncer de colo de útero. Como responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade e ocorrência contínuo no tempo.

Meta 6.2. Orientar 100% das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Em termos de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

AÇÃO:

6.2. Monitorar número de mulheres que receberam orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, fatores de risco e prevenção para câncer da mama.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Identificar, através do número de mulheres que receberam orientações da equipe sobre as doenças sexualmente transmissíveis, os fatores de risco e a prevenção de câncer da mama, quanto o serviço está atendendo daquilo que é sua atribuição. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da Estratégia, com ocorrência semanal.

Em termos de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

AÇÕES:

6.2. Pactuar a realização de ações de promoção de saúde de carácter educativo, com periodicidade constante segundo escala organizada envolvendo duplas dos membros da equipe.

6.2.1 Definir responsável pelo monitoramento das ações de promoção de saúde.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Realizar ações educativas de promoção de saúde com periodicidade constante, tipo conversas, dinâmicas de grupos, entre outras; segundo escala organizada envolvendo duplas dos membros da equipe. Ficaram responsáveis os membros todos da equipe, em duplas, e ocorrerá quinzenalmente.

Distribuir entre as usuárias do serviço materiais educativos, pelos membros da equipe, sobre fatores de risco e a prevenção de câncer da mama. Os responsáveis serão a equipe toda no desenvolvimento da ação programática e

aproveitando oportunidades surgidas na interação com as usuárias e ocorrerá de forma contínua no tempo.

Assinalar um responsável pelo monitoramento das ações de promoção de saúde. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade, e ocorrerá de forma contínua no tempo que durar a intervenção.

Em termos de ENGAJAMENTO PÚBLICO:

AÇÕES:

6.2. Esclarecer e informar às mulheres e à comunidade sobre o seu direito de solicitar sejam realizadas atividades com o objetivo de lhes informar sobre as DSTs, os fatores de risco e as ações de prevenção para câncer de mama.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Orientar às mulheres e a comunidade sobre o seu direito de solicitar sejam realizadas atividades com o objetivo de lhes informar sobre as DSTs, os fatores de risco e as ações de prevenção válidas para câncer de colo de útero e de mama. Os responsáveis serão a equipe toda com ocorrência contínua no tempo.

Em termos de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

AÇÃO:

6.2. Capacitar a equipe para oferecer estratégias de combate ante alguns dos fatores de risco e ações de prevenção para câncer da mama.

DETALHAMENTO DA AÇÃO:

Capacitar a equipe para oferecer estratégias de combate ante alguns dos fatores de risco, assim como ações de prevenção para câncer de mama. Os responsáveis serão o médico especializando do curso e o enfermeiro da unidade e terá ocorrência semanal durante a intervenção durante as capacitações e também em outros momentos de encontro da equipe.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 31%.

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

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

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

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 48%.

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

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

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na UBS.

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama das mulheres com exames alterados.

Meta 3.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela UBS.

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

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

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

Meta 3.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de registros adequados da mamografia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres cadastradas sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero e de mama na UBS.

Meta 6.1. Orientar 100% das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

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

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

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

Meta 6.2. Orientar 100% das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

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

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

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

2.3.3 Logística

Operacionalização das ações:

Para realizar a intervenção no Programa Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama partimos da adoção do protocolo técnico mais atualizado: Caderno de Atenção Básica Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, ano 2013, já disponibilizado na ESF, que irá ficar na sala multiusos da unidade, lugar fixo e acessível para todos os profissionais da equipe, desde o começo da intervenção.

O registro específico das informações provenientes da aplicação das ações com a finalidade de viabilizar o monitoramento se realizará através da Ficha Espelho Câncer de Colo de Útero e da Mama, fornecida pelo curso da UFPEL, criando-se para elas um arquivo de cada uma das usuárias registradas na ação programática. A ficha espelho prevê o registro de todas as informações necessárias nesta pesquisa partindo da avaliação do risco através do registro do histórico da paciente e dos antecedentes de interesse imediatos à consulta, a descrição dos achados clínicos encontrados na realização dos exames e os resultados dos mesmos, além das ações oferecidas para promoção e prevenção destas doenças, até concluir na busca ativa das usuárias faltosas.

Também serão utilizadas as informações provenientes do DATASUS: SISCOLO/SISMAMA (Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer da mama) nas versões 4.16 e 4.18 respectivamente, baseadas na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) pela Portaria GM nº. 2439/05, art. 3º; sendo as últimas atualizações nestes programas específicos de acordo à Portaria SAS/MS nº 287/06 para câncer do colo do útero (ano 2006) e à Portaria SAS/MS nº. 779/08 para câncer da mama (ano 2008).

O acompanhamento mensal dos dados e resultados da intervenção serão feito através da planilha eletrônica de coleta de dados (PCD) a qual mostrará o progresso nos indicadores de cobertura e qualidade da ação. Utilizaremos os computadores com conexão à internet disponível na UBS.

Ficarão responsáveis pelo registro deste segundo tempo da ação os profissionais de saúde da equipe encarregados nesse turno pela coleta das amostras para citopatológico de Colo de Útero (consultas de CP) e o profissional atuante na consulta de pesquisa, controle e prevenção do risco de câncer da mama,

onde serão feitos o exame clínico e a solicitação da mamografia supracitada, segundo escala semanal feita na unidade pela coordenadora do posto de saúde; além daqueles que recebam os resultados, com ocorrência contínua no tempo da intervenção. A agenda de coleta do CP ficou organizada pela coordenadora responsável do posto com dez vagas abertas semanais para a realização do procedimento. As dez amostras coletadas terão fluxo de saída semanal, fica garantida a sua transportação na rota disponibilizada pela secretaria de saúde, todas as quintas feiras ao meio-dia; e serão levadas ao laboratório de referência, em número de um, conveniado pelo SUS no município. Os resultados estarão de volta aproximadamente em uma média de tempo de um mês a partir da data de saída delas. No caso da mamografia o número de solicitações terá um mínimo de dez pedidos semanais segundo os turnos criados na agenda, incrementados pelas possibilidades de acrescentar os exames feitos nas consultas de outros tipos de atendimentos nas mulheres da população adscrita dentro da faixa etária entre 50 e 69 anos. O fluxo de saída dos pedidos de exames será semanal também, através da mesma via, porém incrementar-se-ia o intervalo de espera, inicialmente pela marcação da cita sob a responsabilidade do departamento de regulação na secretaria de saúde municipal e o estado da demanda, ocasionalmente “restringida”, segundo o número dos centros de imagens fornecedores conveniados e mais o tempo de retorno dos resultados.

Desde a primeira etapa, além das fichas espelho e os materiais de escritório necessários disponibilizados, conta-se com um consultório ginecológico adequado na ESF com presença de banheiro para a usuária esvaziar a bexiga e trocar de roupas previamente, mesa ginecológica, escada de dois degraus, mesa auxiliar, foco de luz com cabo flexível e biombo; além de estar disponíveis os recursos materiais inerentes para todas as etapas do procedimento e disposição do material coletado. Deles: o abastecimento subministro constante de espéculos de números variados, lâminas de vidro com uma extremidade fosca para estender as amostras, espátulas de Ayre, escova endocervical, Spray fixador de propinilglicol, luvas para procedimentos, pinça de Cheron, tubetes, gazes, lápis preto nº 2, formulários de requisição do exame mais lençol e avental para cobrir a paciente. Será responsável pelo abastecimento destes recursos o médico especializando do curso e o coordenador da ESF, cobrando da gestão municipal. Serão solicitados

mensalmente, juntamente com o pedido habitual dos insumos da unidade do período compreendido.

Pela vantagem da recente informatização da Unidade de Saúde também serão utilizadas as informações provenientes do Departamento de Informática do SUS, DATASUS, em parceria com o INCA: SISCOLO/SISMAMA conferindo os dados nos laudos fornecidos pelo laboratório responsável pela leitura dos exames com a finalidade do monitoramento externo da qualidade do mesmo e a sua concordância com o exame clínico da paciente. Daí poderá se obter informações diversas dos exames realizados, em relação aos dados dos exames apresentados, nos permitindo o acompanhamento do programa e a avaliação do progresso desta pesquisa em saúde, além de acessar aos relatórios de produção laboratorial pelo período desejado na busca de correspondência com o projeto da intervenção.

O estoque constante de preservativos e de materiais educativos ficou garantido pela gestão municipal. Serão responsáveis por manter o abastecimento o médico especializando do curso e o coordenador da Estratégia, com ocorrência mensal, na hora do pedido habitual dos insumos da unidade.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe de saúde da UBS sobre o protocolo de Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama.	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	X
Capacitação a equipe de saúde sobre política de humanização, acolhimento das mulheres população-alvo da intervenção.	XX											
Acolhimento, atendimento clínico e cadastros das mulheres.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir os recursos e a preparação necessária para todas as etapas do procedimento e disposição do material coletado	XX				XX				XX			
Contato com conselho de saúde regional e as lideranças comunitárias.	X				X				X			
Grupo de saúde da Mulher.				X		X		X		X		X
Busca ativa das mulheres faltosas na ação programática.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e da mama.	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x	X
Atualizar o registro de SISCOLO /SISMAMA periodicamente.				X				X				X

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: 14 e 16 de março de 2016 respectivamente.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O planejamento das ações na equipe, segundo o cronograma proposto, evidenciava limitações baseadas na territorialização inadequada, pela existência de microáreas distantes e áreas descobertas, constituindo dificuldades que precisavam ser contornadas com habilidade para garantir sucesso.

A respeito da organização e melhora do espaço físico da unidade na busca de torna-lo mais acolhedor para os usuários e profissionais, se procedeu à criação de um espaço lúdico num extremo da Sala de recepção destinado às reuniões do Grupo de Saúde da Mulher.



Figura 4: Grupo educativo no Rincón do Grupo do Mulher

Nele temos um mural de informações, cartazes e materiais educativos, que forneceram informações em saúde e motivaram não só às usuárias, senão toda a população nos diversos horários de atendimento. Utilizaram-se materiais fornecidos

pela SMS e em uma capacitação estadual sobre o tema recebida recentemente. As dificuldades enfrentadas neste ponto estiveram em relação com o espaço físico, a falta de uma sala específica para realizar essas oficinas.



Figura 5: Grupo educativo e atividade de fim de ano do Grupo de Saúde da Mulher

Realizou-se a discussão do processo de trabalho e das problemáticas do serviço, com ênfase nas atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde na aplicação dos programas priorizados que não conseguiam se realizar na unidade, foco nos indicadores de cobertura e qualidade da intervenção proposta.

Capacitou-se à equipe, nas oficinas das quartas-feiras de tarde, no uso do protocolo técnico mais atualizado sobre o Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, do ano 2013. Desde antes do começo da intervenção, este material já estava disponível na Sala Multiusos da ESF, acessível para todos.



Figura 6: Foto da equipe reunida

Foram definidas as atribuições dos profissionais da equipe nas diferentes fases e ações envolvidas na intervenção. Houve capacitação sobre acolhimento e

este foi realizado para toda população, mesmo de fora da área e mesmo não sendo alvo da intervenção. Os ACS foram capacitados para o cadastramento e/ou atualização do SIAB, mobilização para o programa e busca ativa das mulheres da área de abrangência.

Limitantes: o cadastramento foi parcial pela existência de áreas descobertas. Salienciamos que nas capacitações de das quartas-feiras, incorporaram-se aspectos de interesse da qualificação da prática clínica, tais como: a importância na periodicidade dos exames, a Política Nacional de Humanização e os direitos destas usuárias em termos de engajamento público.

Conseguimos usar sem problema as fichas-espelho e arquivá-las em local próprio. Criou-se arquivo rotativo com datas previstas de retorno, como no caso da sala de vacina, assim o armazenamento, controle e monitoramento são eficazes, porém embora desde o início tivesse ficado garantidos os recursos materiais, na reta final da intervenção houve dificuldade para conseguir folhas de tamanho ofício, que foi driblada oportunamente pela equipe com ajuda isolada de alguns apoiadores na gestão.

Conseguimos estabelecer contato com o conselho local de saúde do bairro “Diácono”, na primeira semana da intervenção, no Centro Comunitário São Francisco, próximo à Unidade. Após esse evento, na quarta semana, nos reunimos com o Conselho Regional Leste, radicado em Camobi, porém aconteceu de forma parcial pelo fato das dificuldades existentes entre as lideranças comunitárias e a falta de representatividade da vizinhança do bairro.

Resultou particularmente difícil dar cumprimento ao encontro com a associação da vizinhança do bairro Jardim Berleze, por ser a micro área rural mais afastada do núcleo populacional. Era para acontecer na Capela Santa Cecília desde há primeira semana e só conseguimos fazê-lo na oitava, após contornar durante semanas o problema de transporte. Esta só foi possível por um fato casual no horário da reunião da equipe que não aconteceu pelas férias da coordenadora, e daí a gente se reuniu com os poucos membros da vizinhança que assistiram, nesta ocasião.



Figura 7: Encontro com a vizinhança do bairro Jardim Berleze na Capela Santa Cecília

Deu falha a preparação do evento, mas já ele tinha sido anunciado e divulgado com mais de oito semanas de antecipação. Só faltava dispor do meio de transporte para a gente se deslocar até lá. Em resumo as dificuldades vivenciadas neste item focam na pouca experiência previa da equipe com a comunidade e em relação à participação popular e ao fato de se tratar de uma comunidade fragmentada e sem lideranças organizadas. Os resultados destes encontros com a comunidade viraram no seu momento em maior produtividade e ampliação da cobertura da intervenção, além de promover a informação em saúde com a finalidade que os usuários tenham autonomia, conheçam seus direitos e deveres e como reivindicá-los.

Iniciou-se o Grupo de Saúde da Mulher nas quintas-feiras nas tardes, porém o cumprimento foi parcial porque era para começar na primeira semana e só foi possível começar depois de iniciada a pesquisa, além que inicialmente estava previsto acontecer nas tardes das segundas-feiras, porém decidiu-se no percorrer da investigação mudar a data por questões logísticas relativas à escala da unidade, se corresponder com as visitas domiciliares e com agenda de enfermagem de pré-natal.

Atualizou-se o registro de SISCOLO /SISMAMA periodicamente a partir das ações realizadas e se garantiu até o momento, segundo resultados obtidos, a qualidade na coleta do CP, no seu acondicionamento e no seu transporte adequado. Não se registrou retorno de exames com amostras insatisfatórias. Finalmente o estoque constante de preservativos e de materiais educativos, e o seu fornecimento à população, dentro das ações educativas de promoção de saúde realizadas, assim

como colocados em lugares acessíveis e visíveis da unidade para ser pegos por eles mesmos em qualquer um dos tipos de atendimentos ou visitas que realizarem à UBS, foi efetivado.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Mesmo com alguma dificuldade, no final da intervenção, todas as ações foram desenvolvidas, mesmo que algumas de forma parcial.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente à sistematização, devo salientar que foram elaborados diários de campo extensos, amplos, em todas as semanas do percurso desta intervenção, detalhando-se as ocorrências. Todas as ações desenvolvidas ficaram contéúdas nesse diário, sendo o meu companheiro certo, e também da equipe da Estratégia “Maringá” durante as 12 semanas seguintes, com as suas alegrias e decepções, seus acertos e seus erros, porém constituiu um registro do acontecido durante o desenvolvimento da pesquisa. Não representou uma perda de tempo equivalendo seu primeiro mérito o ter sido um exercício literário de redação em português. Foi uma experiência única, nunca antes tida nos nossos currículos universitários. Resultou entretida e à sua vez desafiante pelo o estilo coloquial para ser utilizado segundo comparação com os exemplos de diários de intervenção aprontados pelo curso na semana 2 da Unidade “Intervenção”. Precisou auto superação e estudo da língua caprichando na escrita e sua concordância, ainda bem, o fato de ser espontâneo lhe aportou leveza, permitindo uma leitura amena e até certo ponto rápida, organizada e sequencial dos fatos segundo iam acontecendo. A confeição desse diário tão pessoal permitiu indexar qualquer uma ocorrência em relação com o projeto, adequada para ser refletida nesse espaço, e serviu como guia e roteiro para a elaboração do relatório final da intervenção. Tenho a certeza que constituiu um desafio válido para nós, profissional da saúde pública.

Realizei o preenchimento semanal da planilha de coleta de dados (PCD) inserindo os dados relativos às usuárias segundo eram cadastradas e incluídas na investigação, sendo calculados os indicadores de cobertura e qualidade a partir dos totais populacionais disponibilizados pelo caderno de ações programáticas neste programa específica. As dificuldades em entenderem e preencher a planilha pela equipe, além do registro específico das informações provenientes da aplicação das ações, foi abordado na oficina semanal das quartas feiras de tarde desde antes do começo das mesmas. Foi bom para a equipe ganhar clareza nisso, pelo que se aproveitou para esclarecer alguns pontos-chaves no vazamento dos dados por parte do profissional ao frente das ações no momento determinado, pois essa coleta veio-se com frequência afetada pela falta de histórico nos registros, o que poderia ter modificado o cálculo dos indicadores ao fechamento das planilhas, pelo qual requereu maior esforço e trabalho caprichado garantindo a veracidade dos resultados.

As usuárias envolvidas leram e assinaram o termo de consentimento para participação na intervenção e sobre o uso das fotos com fins de pesquisa científica. Só um número muito reduzido delas negou-se ser retratada como parte da sua inserção no projeto, decisão que foi respeitada. Do mesmo modo tomaram-se fotos, a critério e bom senso do membro da equipe participante, em algumas das atividades coletivas ou de grupo efetuadas sem afetar a dinâmica das mesmas ou a sensibilidade ou idiosincrasia dos participantes. Nos casos nos quais esse proceder foi feito não se registraram dificuldades nem conflitos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A respeito do esforço para inserir esta ação prioritária na rotina do serviço, tem-se trabalhado amplamente na visão geral dos colegas da Estratégia. Eles se sentem já partes do projeto, o vêem como uma realidade se desenvolvendo entre eles, nas reuniões da equipe, no corredor, em todos os espaços físicos da unidade e até nas mesmas festas do pessoal nos momentos de descanso, no intervalo de almoço, porém não garanto se ela vá ficar muito tempo inserido na rotina do serviço

por depender da boa vontade e disposição para levar saúde à população carente dos profissionais atuantes posteriormente no serviço.

A livre agenda de CP da unidade é uma estratégia que é para ficar na rotina, mas se depender da atitude passiva dos profissionais, só garantindo o número de vagas oferecidas nesse espaço específico, vai depender de um fluxo espontâneo de usuárias, que nem sempre são incentivadas.

A intervenção também ajudou à equipe a ser mais participativa, mais unida, com um clima mais sincero e mais “companheiro”. As relações interpessoais melhoraram, superando algumas diferenças existentes e modificaram-se satisfatoriamente algumas das realidades da unidade que travavam o processo de trabalho em detrimento dos usuários.

Fiz ênfase na qualidade das ações e a sustentabilidade da proposta no tempo, com a finalidade de ela virar rotina não resultar onerosa para os profissionais de saúde atuantes, para não acabar sendo removida após sair da Estratégia. De fato a proposta do curso é a busca da qualificação do atendimento através de uma intervenção que seja sistematizada para se integrar na rotina do serviço, resultando em uma mudança de mentalidade que valorize o cumprimento e o registro de todas as ações previstas, as quais ao ficar no cotidiano garantirão esses usuários recebam todas as ações que lhes devem ser aplicadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Finalmente a respeito dos desencontros apresentados vão servir para estimular a reflexão, aumentar a pressão sobre a gestão através do diálogo na busca de alternativas para conseguir atingir metas e alcançar resultados tendentes ao aperfeiçoamento da atenção em saúde, essência do modelo proposto pelo SUS.

4 Avaliação da intervenção

O análise dos indicadores e as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas em campo durante o período das doze semanas da intervenção estão descritas neste espaço, ressaltando que o objetivo pretendido e o objetivo alcançado também serão abordados, examinando as facilidades e dificuldades encontradas na evolução ao longo da pesquisa, assim como o grau de cumprimento integral ou parcial das mesmas, descrevendo a execução e a importância delas para o serviço, ainda bem como podem ser melhoradas. Do mesmo modo serão expostas as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas e o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

4.1 Resultados

A intervenção tratou a melhoria à atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres entre 25 e 64 anos e entre 50 e 69 anos, respectivamente. Na área de abrangência da ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS, existem 1.227 mulheres no primeiro caso e 415 mulheres no caso do segundo grupo etário, constituindo o público alvo de uma população adstrita de 5.000 pessoas residentes fixas no Bairro, partindo das estimativas calculadas pela PCD.

Ao começo da intervenção somente 208 (17%) usuárias tinham sido acompanhadas pela Estratégia durante os últimos três anos através da realização do exame citopatológico do colo uterino. Das mulheres entre 50 e 69 anos, somente 76 (13%) das usuárias se tinha realizado a mamografia. Ao longo dos três meses da intervenção, partindo da análise numérica do cumprimento das ações planejadas

segundo os objetivos propostos, mais 102 mulheres colocaram seu acompanhamento em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero através da realização de exames citopatológicos obtivendo-se 8,3% de cobertura em tão breve período; enquanto a cobertura alcançada em igual tempo pelas mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer das mamas alcançou 10,4%, aos seres incorporados ou atualizados um total de 43 novos casos pesquisados.

Os indicadores de qualidade avaliados no transcurso da pesquisa mostram 100% de coletas satisfatórias do exame citopatológico do colo uterino realizadas, à vez que não se registrou casos de absentismo no retorno para conhecer os resultados obtidos para ambos os exames, pelo qual não foi necessária fazer busca ativa das mesmas no 0,0% dos casos. A respeito da qualidade do registro para exame citopatológico do colo uterino obteve-se 96,2%, enquanto no caso da mamografia só conseguiu-se alcançar 81,0%. Finalmente a pesquisa de sinais de alerta para Câncer de Colo de Útero, assim como avaliação de risco para o Câncer das Mamas nas mulheres incluídas na investigação alcançou 100% dos casos; situação que repete nos dois programas ao focar o análise sobre a educação para a saúde através dos conhecimentos sobre DTS oferecidos, e a pesquisa dos fatores de risco para esses tipos de cânceres nessas usuárias.

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

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para **31%**.

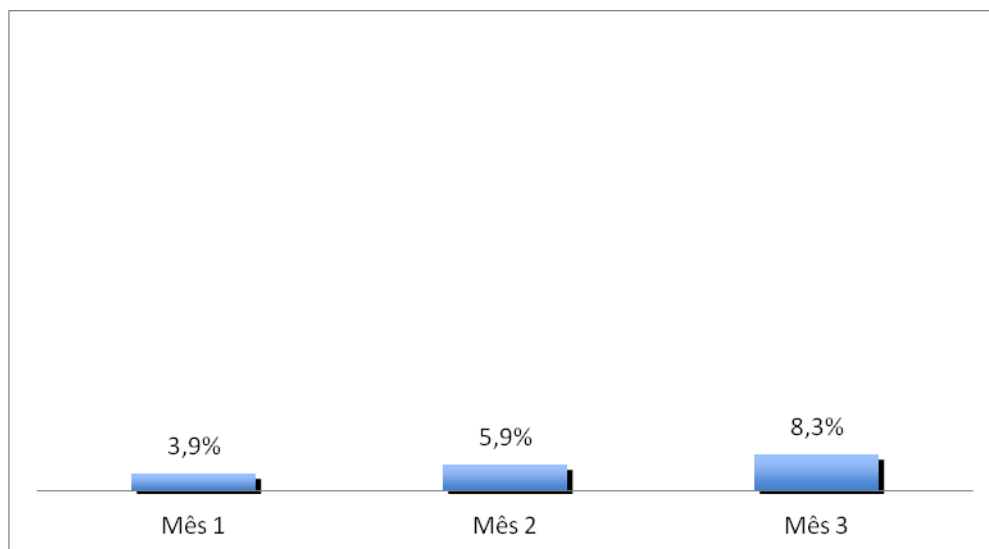


Figura 8: Gráfico com a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero

No primeiro mês foram atendidas 48 (3,9%) mulheres da área adstrita. No segundo mês alcançaram-se 73 (5,9%) mulheres atendidas e no terceiro mês fechamos com 102 (8,3%) mulheres atendidas.

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 **48%**.

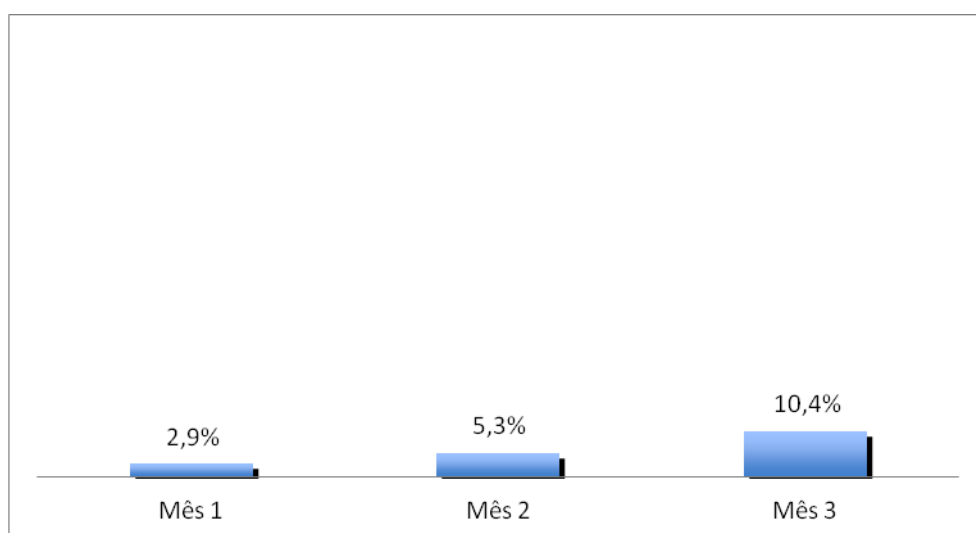


Figura 9: Gráfico com a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama

No primeiro mês foram atendidas 12 (2,9%) mulheres da área adstrita. No segundo mês alcançaram-se 22 (5,3%) mulheres atendidas e no terceiro mês fechamos com 43 (10,4%) mulheres atendidas.

Os resultados numéricos não foram muito expressivos, porém é preciso considerar o contexto da ESF Maringá, com uma população de aproximadamente 5000 pessoas, espalhados por uma extensa área territorial que se encontra em expansão urbana com rápido crescimento nos últimos anos. A população atendida caracteriza-se por ser rural e urbana e, por conta disso, possuir características muito específicas em relação à cultura, à história e ao desenvolvimento econômico e social apresentando grandes diferenças de classes sociais. Entre as dificuldades e limitações baseadas na territorialização inadequada se contam a existência de microáreas distantes, de duas descobertas sem ACS, além do surgimento de uma população em torno de 3000 pessoas morando ao redor da Unidade nos residenciais construídos ainda hoje sem cobertura de ESF e que até 2013 eram de responsabilidade de nossa equipe, mais as recentes invasões de pessoas danificadas pelas enchentes e acampamentos do povo cigano estabelecendo barracas à beira do posto de saúde. Daí que o modelo da atenção descrito: *Estratégia de Saúde da Família*, não consegue dar conta do superlotação populacional da área por se tratar de só uma equipe de saúde em meio de muitos problemas. Todo isto tem ido aumentando a demanda da Unidade, o que está gerando preocupação e mobilizações do pessoal para enfrentamento desta situação. Inicialmente as discussões com a equipe, quase todas as semanas, apresentaram-se difíceis, com resistência do pessoal de enfermagem para coletar CP das usuárias acolhidas na demanda espontânea.

Encontraram-se dificuldades relativas ao enfrentamento de posições diferentes em relação a um problema e à existência de potencialidades individuais e coletivas na equipe tornando-o uma atividade delicada que envolvia formas de trabalho diferenciadas. Atualmente ainda há resistência, o pessoal segue aferrado à existência das agendas e outros métodos burocráticos e não conseguem dar conta de um número limitado de procedimentos de saúde que não vá mais além das cinco a seis vagas em um turno de trabalho à semana, o que representa uma pequena quantidade. Enfermagem aceitou liberar a agenda de CP, porém só nas tardes das sextas. O resto das coletas feitas fora desse espaço foi diretamente influenciado pelo especializando, feitas diretamente por ele ou pelas residentes de enfermagem, sob a sua sugestão, pois alegaram temos poucos profissionais; muitas atividades para serem realizadas na unidade e busca de profissional específico pela comunidade, entre outras. As soluções aplicadas para lidar com essas situações tem

sido aplicar soluções de urgência para a não perda das usuárias, como coletar na consulta médica e deslizar os horários causando leves atrasos nas agendas dos outros usuários.

Embora estando definidas pelo protocolo do MS as idades das mulheres de risco para CA de colo e se tratando de recurso público restrito, foram coletados exames de CP em 14 mulheres fora das idades preconizadas, isso na demanda espontânea, algumas delas pertencentes às áreas descobertas, porque nesses casos específicos nos quais isso foi feito o benefício compensava o gasto, sempre prévia avaliação clínica ginecológica. Acontece que a gente acolhe baseado na classificação de risco, o qual se estratifica em função da vulnerabilidade social, circunstância inerente às usuárias do Bairro “Díacono”, com início precoce das relações sexuais, multiplicidade de parceiros, primeira gravidez precoce e alcançam a multiparidade antes dos 25 anos, elevados índices de infestação por HPV; não tem como recusar atendimento nessas usuárias, além disso, nesses casos constitui o momento certo para criar hábitos de coleta sistemática de preventivo, os quais dificilmente adquiriram mais tarde, aproveitando-se o atendimento para abordar ações de promoção da saúde tais como prevenção das DST, planejamento familiar e pesquisa do risco, ficando de olho nelas para o diagnóstico precoce e provável da doença.

Concluiu: apesar de não se ter atingida a meta de cobertura proposta para doze semanas de intervenção, observa-se que a cobertura melhorou e se continuar esse ritmo atingira o 100% da população alvo em um período de tempo relativamente curto, pois os resultados amostrados salientam existiu uma grande diferença a respeito dos registros anteriores existentes durante anos completos na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama na UBS.

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

Neste indicador conseguimos atingir a meta proposta. Obteve-se 100% de amostras satisfatórias nos três meses de intervenção, pois não se registrou retorno de exames com amostras insatisfatórias. O laboratório só informou presença de

células escamosas e não representativas do epitélio da junção escamocolunar, pelo qual se precisa avaliação (com brevidade) da qualidade dos provedores deste serviço. Porém esse é um detalhe subjetivo que será colocado no memorando para a Gestão em saúde. Baseado nos resultados satisfatórios nos 100% das amostras coletadas, salientar como ações que facilitaram obter esse sucesso o grau de qualidade na autopreparação, esforço e dedicação do pessoal de enfermagem neste quesito, o que destaca a qualificação prática da equipe na realização do procedimento objeto de análise e acondicionamento das amostras, além não ter acontecido retrazos com o envio e cuidado na transportação delas ao laboratório de referência pelo sistema da rota disponibilizado pela gestão municipal. Acrescentar se atualizou o registro de **SISCOLO /SISMAMA** periodicamente a partir das ações realizadas.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama das mulheres com exames alterados.

Meta 3.1. Identificar **100%** das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela UBS.

Nos três meses de intervenção nenhuma das 102 mulheres avaliadas apresentaram alterações no citológico, porém identificaram-se outras muitas alterações de múltiplas causas ao colocar espéculo nestas pessoas, entre elas, resultando as mais frequentes os corrimentos cujos agentes causares regressaram refletidos no laudo do exame citopatológico: candidíase vaginal versus gardnerellas/mobiluncus vaginose bacteriana por germes mistos, e com menor frequência a presença de lesões visíveis identificáveis à observação, como foram as ectopias ao redor do orifício cervical externo, a cervicite pela inflamação crônica do colo uterino secundária a outros processos e finalmente as lesões verrugosas típicas de infestação pelo vírus VPH.

Meta 3.2. Identificar **100%** das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela UBS.

Durante as 12 semanas de intervenção, nenhuma das 43 mulheres submetidas à mamografia apresentaram alterações no exame feito. Ao exame clínico das mamas acharam-se muitos aspectos interessantes como espessamentos e adenopatias axilares em relação com a presença de áreas de difícil diagnóstico à

simples palpação pelo especializando pelo fato de não se tratar da sua área específica de competência, porém constituíram alertas e ao mesmo tempo contribuíram para esclarecer mais os dados clínicos contidos nos formulários das requisições das mamografias com a finalidade de orientar a pesquisa e até confirmar a perícia do examinador e o nível de seus conhecimentos ao conferir nos resultados obtidos. Em alguns dos casos tratou-se de calcificações benignas que não tiveram significação clínica na busca de malignidade.

Uma dificuldade, referente a realização da mamografia, foi a demora na marcação, principalmente nas datas envolvidas (Natal e Fim de ano) onde a gestão alegou diminuição do número dos profissionais atuantes pelas suas férias e o número dos centros de imagens fornecedores conveniados; botando restrições na demanda e também baseados nos indicadores de absentismo. Salientar dita situação melhorou após o começo do ano, afetando pouco a investigação.

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

Não houve resultados alterados, por isso também não houve necessidade de busca ativa, nestes casos. De ter acontecido essa circunstância podia ter dado conflito no caso das áreas descobertas, pois não se conta com pessoal responsabilizado pela busca dos casos o que tivesse ficado sob a responsabilidade dos profissionais da equipe embora se encontrar lotados de serviço. Essas duas microáreas sem ACS têm mais de três anos descobertas, pois os ACS foram exonerados por questões judiciais e ainda não foram substituídos, afetando o cadastramento e atualização da população total abrangida sem se oferecer soluções por parte da gestão municipal.

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



Figura 10: Visita domiciliar, atendimento clínico e orientações

Não houve resultados alterados, por isso também não houve necessidade de busca ativa, nestes casos. (Especificações são idênticas à meta e ao gráfico anterior).

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

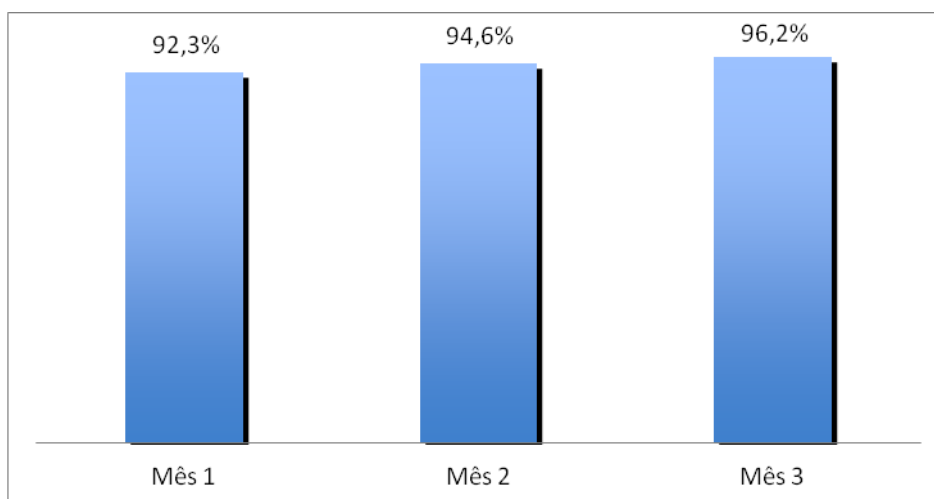


Figura 11: Gráfico com a proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero

Tiveram registros adequados do exame citopatológico do colo uterino no primeiro mês da intervenção 48 (92,3%) mulheres do total de 52 cadastradas até

esse momento. Ao fechar o segundo mês incrementou-se o percentual desses casos a 94,6% representando 70 das 74 mulheres cadastradas; e ao final da intervenção, no terceiro mês, alcançaram-se 100 (96,2%) mulheres atendidas cujos registros foram adequados do total de 104 usuárias cadastradas pertencentes essa faixa etária.

No caso específico do registro do exame citopatológico do colo de útero não se conseguiu atingir o 100% de registros adequados na UBS porque a intervenção foi aberta para todas as mulheres dentro da faixa etária definida no protocolo do ministério, residentes da área de abrangência que receberam atendimento na unidade durante o percorrer das 12 semanas da intervenção. Daí teve casos que repetiam o procedimento, sendo acompanhadas pela equipe desde há tempo, enquanto outras acessavam a ação programática conosco pela primeira vez. A solicitação da PCD do registro do último CP realizado nessas usuárias era inexistente. Não tinham histórico demonstrável deste procedimento por se tratar de moradoras de outras áreas de saúde as quais não trouxeram nenhuma documentação que esclarecera a respeito. Muitas delas nunca antes tinham coletado amostra do colo uterino para citopatológico, apesar de se encontrar na faixa prioritária, pelo qual falar de registro anterior nestes casos era impossível nessas circunstâncias. Ainda bem, comparativamente ao registro das mamografias (seguinte item) os resultados foram superiores e nos permitiu um melhor registro do histórico pessoal da usuária o fato de existir maior organização na Unidade por ter sido colhido os resultados anteriores recolhidos em um livro de registro dos CP desde há três anos, além das anotações específicas nos prontuários, o que permitiu conferir esse aspecto com relativa facilidade no caso das residentes de longa data no bairro. A pesquisa nesse programa levou um ritmo ascendente durante tudo o tempo e incrementou-se através do desenvolvimento das ações específicas programadas.

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

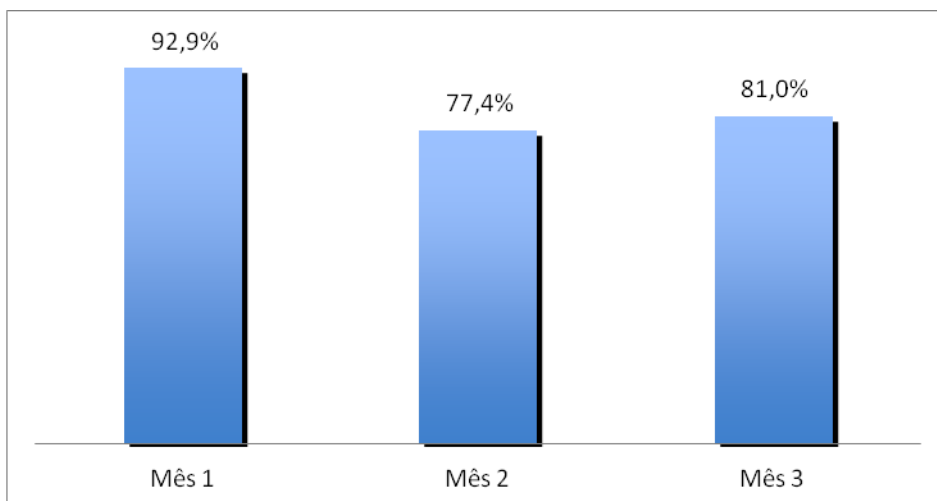


Figura 52: Gráfico com a proporção de mulheres com registro adequado da mamografia

No primeiro mês obtiveram-se registros adequados da mamografia em 13 (92,9%) mulheres do total das 14 cadastradas na faixa etária entre 50 e 69 anos. Não entanto no segundo mês o percentual decresceu a 77,4% representado por 24 das 31 mulheres cadastradas até esse momento, enquanto que no terceiro mês voltou se acrescentar discretamente ao alcançar 81,0% de registros adequados em 47 das 58 mulheres atendidas.

O registro adequado da mamografia também não atingiu o 100%, porém se comportou de maneira diferente a respeito do registro de exame citopatológico de colo uterino, alcançando menor porcentagem de registro satisfatório do último exame realizado. Isto tem a sua explicação no fato que muitas das usuárias incluídas na intervenção, ao igual que no caso de CP do colo uterino, nunca tinham realizado mamografia antes, devido que historicamente dita pesquisa se caracterizou por registrar maiores índices de absentismo. Encontraram-se maior número de usuárias sem ter realizado esse exame segundo a periodicidade estabelecida, sem adequado registro do exame nem constância em quanto feito, ou simplesmente elas nunca tinham sido avaliadas e pesquisadas nas suas vidas, embora pertencer à faixa etária (exemplos bem documentados nos diários da intervenção). Geralmente os resultados da mamografia não eram refletidos nos prontuários, só eram anotadas vagamente na minoria dos casos e não existia livro de registro específico das mesmas. Esse comportamento diferente fica explicado pelas características socioeconômicas e culturais da população da área, anteriormente descritas, e a própria idiosincrasia dos seus moradores, em especial da população feminina, resistente à realização do exame clínico como

fase inicial da avaliação do risco de CA das mamas que conclui com a indicação do exame de mamografia. As usuárias mostram-se mais resistentes quando o examinador é do sexo masculino, pelo qual se fez necessário neste caso trabalhar psicologicamente nelas, ou nos seus esposos e/ou parceiros, com a finalidade de vencer preconceitos e estabelecer um grau de *rapport* suficiente para merecer e ganhar a sua confiança.

Partindo disso, a quase totalidade das mulheres cadastradas fez a mamografia durante a intervenção, como era o objetivo do curso, delas 43 mulheres conseguiram pôr seu acompanhamento ao dia através da realização de nova mamografia nesse período de tempo por se tratar as restantes de usuárias que tinham feito o exame há menos de um ano, nas quais não estava justificado lhes indicar novamente um procedimento que envolve exposição nociva às radiações sem justificação alguma. Nesses casos simplesmente se completaram as ações preconizadas pelo protocolo ministerial as quais estavam lhes faltando. Em algumas delas se indicou ultrassonografia das mamas e se ofereceu educação e promoção de saúde e avaliação do risco. Salientar na aplicação deste item se direcionou a incorporação de uma maior proporção de mulheres acima dos 50 anos através de visitas domiciliares direitas nos últimos dois meses da intervenção (*direccionada*) como estratégia induzida por nós na busca de espalhar as ações do programa em um grupo de mulheres geralmente com escasso costume de usufruir a atenção em saúde oferecida pela Atenção Básica sendo moradoras da área abrangida pela Unidade. Daí elas não acudiam espontaneamente ao posto nem sob a citação dos ACS, pelo qual só assim se conseguiu inserir elas na dinâmica dos cuidados de saúde dos quais são tributárias e aos quais tinham absoluto direito. Após visita domiciliar obtinha-se delas visitar a UBS para completar as ações com a realização da coleta do CP, no caso daquelas que ainda classificavam também no risco para CA de colo de útero, e assim garantir o fechamento das ações. Embora o fato numérico de menor registro adequado de mamografia na amostra das mulheres cadastradas na intervenção pudesse parecer um indicador negativo em termos quantitativos, considero que qualitativamente foi muito positivo enxergado à luz da baixa cobertura do programa na área. A pesar dos aspectos antes citados os indicadores de registro continuaram sendo elevados, para ambos os casos (CP e mamografia) a respeito da realidade anterior à intervenção.

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

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

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

Neste indicador também conseguimos atingir a meta proposta. Nos 100% das mulheres atendidas em cada um dos três meses que durou a intervenção lhes foi realizado o mapeamento de risco para o câncer de mama. Às 58 mulheres entre 50 e 69 anos atendidas na pesquisa foi-lhes realizado interrogatório detalhado sobre risco de CA das mamas, fazendo ênfase na história ginecológica da mulher, idades à menarca e à menopausa, gestações e números de filhos, idade às quais ganhou esses filhos, focado naquelas que ganharam após dos 30 anos, histórico de amamentação ou não deles e finalmente suspeita de lesões ao autoexame periódico das mamas, tipo nódulos, caroços nos seios ou presença de gânglios axilares ou subaxilares, histórico pessoal de neoplasia mamária, encontraram-se dois casos de mastectomia radical unilateral feita, após diagnóstico positivo de CA mamário em um dos seios, há vários anos já, e elas ficaram com acompanhamento anual, porém uma delas não foi cadastrada pela idade superior aos 69 anos; e finalmente o histórico familiar da doença no primeiro grau de parentesco: mães, irmãs ou tias das nossas usuárias. Após dessa entrevista passava-se efetuar o exame clínico das mamas e axilas destas usuárias. Neste ponto resultou interessante encontrar como parte das perguntas contidas no formulário da requisição da mamografia que muitas dessas mulheres nunca tinham lhes sido examinadas as mamas por um profissional da saúde. Interpretamos isto como que se obvia o exame clínico por desvalorização do mesmo. Achamos que seria um “ponto bom” levar à discussão final da investigação e gerar polêmica que vire na toma de atitudes positivas a respeito.

Como conclusão deste aspecto enfatizar que: nos exames clínicos das mamas efetuados nas usuárias cadastradas durante esses meses de intervenção não se acharam evidências potencialmente suspeitosas de lesões malignas, alguns espessamentos do tecido mamário em algumas mulheres e presença de adenopatias axilares só no caso de uma delas. Considero, também, neste item da pesquisa que foi um indicador favorável que mostra o desenvolvimento das ações

planejadas e constitui uma referência direta às ações de promoção da saúde individual e coletiva das usuárias incluídas na investigação.



Figura 63: Exame clínico das mamas

Objetivo 6: Promover a saúde das mulheres cadastradas sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), os fatores de risco e a prevenção para câncer de colo de útero e de mama na UBS.



Figura 14: Atendimento Clínico

Meta 6.1. Orientar **100%** das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Neste indicador de qualidade da pesquisa conseguimos atingir a meta proposta. Orientou-se sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero às 104 mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas representado 100% delas em cada um dos meses compreendidos até o fechamento da intervenção crescendo de forma progressiva segundo avançava a intervenção (52 mulheres no primeiro mês, 74 mulheres ao fechar o segundo mês e 104 mulheres ao fechar o terceiro, final da intervenção). No caso das ações de promoção e prevenção de saúde específicas nestes casos isto foi possível de ser executado também nas consultas de CP onde se completaram as ações através da conversa direta com a usuária e através de palestras ou dinâmicas participativas de grupo desenvolvidas nos espaços do Grupo de Saúde da Mulher das quintas feiras de tarde com periodicidade quinzenal. O conteúdo das atividades de promoção desenvolvidas se tentou que fosse sempre simples, ameno, concreto e acorde às necessidades de saúde destas usuárias e às particularidades socioeconômicas, culturais e pessoais delas como grupo bem definido. Aproveitaram-se do mesmo modo os poucos espaços que tivemos para juntar vários membros da associação local da vizinhança do Bairro “Diácono”, representação direta da população nas reuniões do Conselho Local e Regional de Saúde para oferecer iguais informações em matéria de saúde sobre o foco da pesquisa. Nestes espaços também se distribuiu o material gráfico impresso que possuíamos a partir de um curso de atualização estadual efetuado o ano passado neste município, e se incluíram cartazes sobre esses temas para reforçar a mensagem das conversas em todo momento. A equipe caprichou com a qualidade das atividades de promoção de saúde oferecidas nesses diferentes cenários constituindo um indicador favorável do desenvolvimento das ações de qualificação da prática clínica através das ações de promoção da saúde individual e coletiva sobre as usuárias incluídas na investigação.

Meta 6.2. Orientar **100%** das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Também neste indicador de qualidade da pesquisa conseguimos atingir a meta proposta. Orientou-se sobre DST e fatores de risco para câncer de mamas às 58 mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas representado 100% delas em cada um dos meses compreendidos até o fechamento da intervenção crescendo de forma

progressiva segundo avançava a intervenção (14 mulheres no primeiro mês, 31 mulheres ao fechar o segundo mês e 58 mulheres ao fechar o terceiro, final da intervenção). No caso das ações de promoção e prevenção de saúde específica o 100% das mulheres cadastradas receberam essas informações nas consultas, nas visitas domiciliares e nos encontros coletivos efetuados. Completaram-se as ações através da conversa direta, através das palestras e dinâmicas de grupo no Grupo de Saúde da Mulher e nas reuniões da associação local da vizinhança do Bairro “Diácono”, o Conselho Local e Regional de Saúde. Distribuiu-se material gráfico impresso e amostraram-se cartazes para reforçar a mensagem das conversas. A equipe caprichou com a qualidade das atividades de promoção de saúde oferecidas nesses diferentes cenários constituindo também um indicador favorável do desenvolvimento das ações de qualificação da prática clínica através das ações de promoção da saúde individual e coletiva sobre as usuárias incluídas na investigação e a população da área em geral.



Figura 15: Atividade educativa coletiva

4.2 Discussão

A intervenção na área de abrangência da ESF “Maringá”, em Santa Maria/RS, onde me encontro alocado permitiu a melhoria à atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres entre 25 e 64 anos e entre 50 e 69 anos, respectivamente, a partir da ampliação da cobertura da atenção dessas usuárias. Junto à melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para ampliação do exame clínico baseado em sua

importância e para a classificação de risco de ambos os grupos. Ao longo dos três meses da intervenção, 102 mulheres colocaram seu acompanhamento em dia. Obtivemos 8,3% de cobertura em tão breve período; enquanto a cobertura alcançada em igual tempo pelas mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer das mamas alcançou 10,4%. Incorporaram-se e se atualizaram um total de 43 novas mulheres.

Os indicadores de qualidade avaliados no transcurso da pesquisa mostraram 100% de coletas satisfatórias do exame citopatológico do colo uterino realizadas, à vez que não se registrou casos de absentismo no retorno para conhecer os resultados obtidos para ambos os exames, pelo qual não foi necessária fazer busca ativa das mesmas no 0,0% dos casos. A respeito da qualidade do registro para exame citopatológico do colo uterino obteve-se 96,2%, enquanto no caso da mamografia só conseguiu-se alcançar 81,0%. Finalmente a pesquisa de sinais de alerta para Câncer de Colo de Útero, assim como avaliação de risco para o Câncer das Mamas nas mulheres incluídas na investigação alcançou 100% dos casos; situação que repete nos dois programas ao focar o análise sobre a educação para a saúde através dos conhecimentos sobre DST oferecidos, e a pesquisa dos fatores de risco para esses tipos de cânceres nessas usuárias.

Para a equipe de saúde que age na ESF “Maringá” a intervenção foi um desafio. A equipe toda precisou se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e conduta ante as patologias ginecológicas especificamente do colo do útero e das mamas. A equipe realmente se superou com a qualidade das consultas de Preventivo e das atividades de promoção de saúde, individuais e coletivas oferecidas nos diferentes cenários, constituindo um indicador favorável do desenvolvimento das ações de qualificação da prática clínica. As atividades de capacitação e discussão das estratégias, para serem aplicadas, desde antes do início mesmo da intervenção nos espaços das reuniões das quartas feiras nas tardes, permitiu levar adiante o trabalho conjunto e definir as atribuições de cada um dos profissionais, provocando amplo impacto em todas as atividades do serviço. O marco do modelo médico descentralizado, se envolvendo em atividades multiprofissionais, tais como: coletas de CP, exames clínicos das mamas e indicação de mamografias, visitas domiciliares (VDs), acolhimento e grupos de educação em saúde, acrescentaram a união entre todos os membros da equipe repercutindo positivamente no crescimento dela como grupo

não só no laboral, senão também no pessoal, com ampla melhora na integração e qualificação dos processos de trabalho.

Em relação à comunidade, apesar de que ainda persiste um número importante de usuárias da população-alvo para serem incorporadas à pesquisa, muitas delas residentes das microáreas sem ACS ficando sem cobertura; as mulheres cadastradas no projeto manifestaram grande satisfação com o tipo de atendimento integral, acessível em espaço e tempo, que lhes foi proporcionado. Muitas delas nunca tinham sido examinadas diretamente pelo profissional de saúde, nem observavam o autocuidados.

A livre agenda de CP da unidade, facilitando o acesso das usuárias às ações programadas, e o Grupo de Saúde da Mulher, permitiu e estimulou a conversa, a troca de informações de experiências nesses temas. Constituiu estratégias que ficaram na rotina da unidade.

As ações de engajamento público efetivado junto ao Conselho de Saúde Regional e com a associação da vizinhança local do bairro “Diácono”, promoveram a divulgação da informação em saúde e reforçaram a autonomia destes usuários. Os resultados dos encontros com a comunidade viraram no seu momento em maior produtividade e ampliação da cobertura da intervenção. O impacto da intervenção se mantendo no tempo ao virar rotina da unidade será mais cada vez percebido pela comunidade, a medida se consiga a ampliação gradual da cobertura, ao repercutir nos seus indicadores de saúde.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, insistiria na discussão, desde o início com a equipe, sobre a possibilidade, sem medos, de liberar desde o primeiro momento a agenda de CP, pois atendendo apenas de forma agendada, poucas pessoas foram atendidas, aumentando apenas quando atendemos pela busca espontânea.

É importante debater, abertamente com a equipe e aprofundar a compreensão, que hoje é limitada, sobre agendas fixas e consequências da falta de flexibilidade nos processos de trabalho, o que revela pouco conhecimento sobre a dinâmica de interação entre a população-alvo e a equipe. O plano inicial era dar conta de no máximo cinco a seis atendimentos de CP semanais, na escala de enfermagem, para um turno semanal dedicado à realização de Preventivo.

Hoje o programa preventivo de câncer de colo de útero e de mama está incorporado à rotina do serviço, mas o tempo que a intervenção vai ficar inserida na

rotina vai depender da boa vontade e disposição dos profissionais estáveis no serviço. Será que terão disposição para levar saúde à população?

É absolutamente necessária a conscientização da população e dos profissionais, através de ações de promoção e prevenção de saúde, sobre a importância de manterem contato. De forma geral se pode dizer que a viabilidade da continuidade do programa será o resultado de uma mudança de mentalidade que valorize o cuidado.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço serão estimular a reflexão com a aproximação à comunidade através da associação da vizinhança, com a finalidade de promover a informação em saúde e a formalização da associação em Conselho Local. Insistir através de Memorando que à Gestão corrija as falhas existentes hoje, como a falta de ACS e de uma recepcionista, evitando que os demais profissionais se desviem de suas atribuições originais.

Da mesma forma se pretende desdobrar o programa na atenção do pré-natal e o puerpério na área de saúde, incentivando a cobertura e qualidade do mesmo no atendimento de essas usuárias.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) e foi bastante prático. Como resultado se realizou uma reorganização no programa de detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres residentes na área de abrangência da ESF “Maringá”, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS.

A intervenção permitiu uma ampliação da cobertura inicial de atenção de 208 usuárias entre 25 e 64 anos (17%) pesquisadas através de exame citopatológico do colo de útero nos três últimos anos, para 102 mulheres em somente três meses se obtendo 8,3% de cobertura em tão breve período. Da mesma forma 43 novas mulheres entre 50 e 69 anos colocaram seu acompanhamento em dia para detecção precoce de câncer das mamas, se alcançando 10,4% ao longo da intervenção a respeito de só 13% (76 mulheres) que tinham sido acompanhadas na UBS para prevenção desta doença naquele mesmo período de tempo.

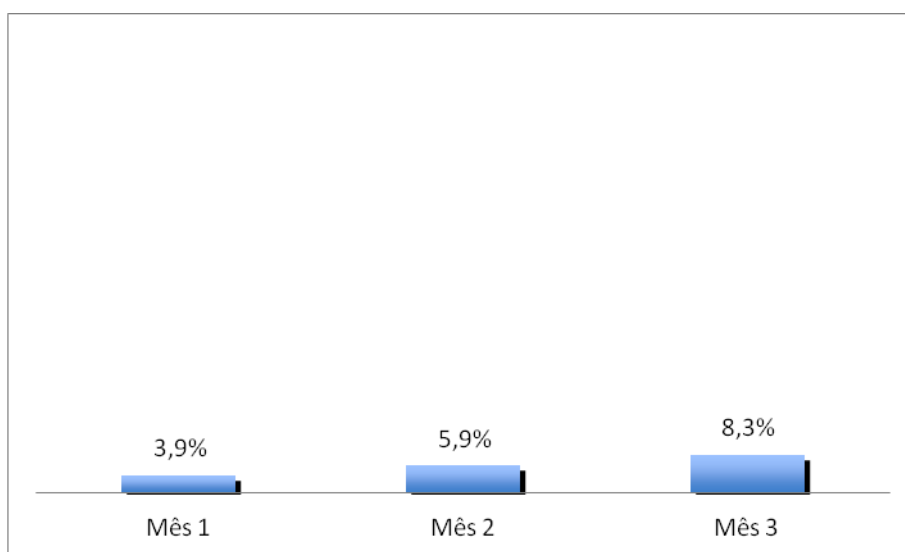


Figura 16: Gráfico com a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero

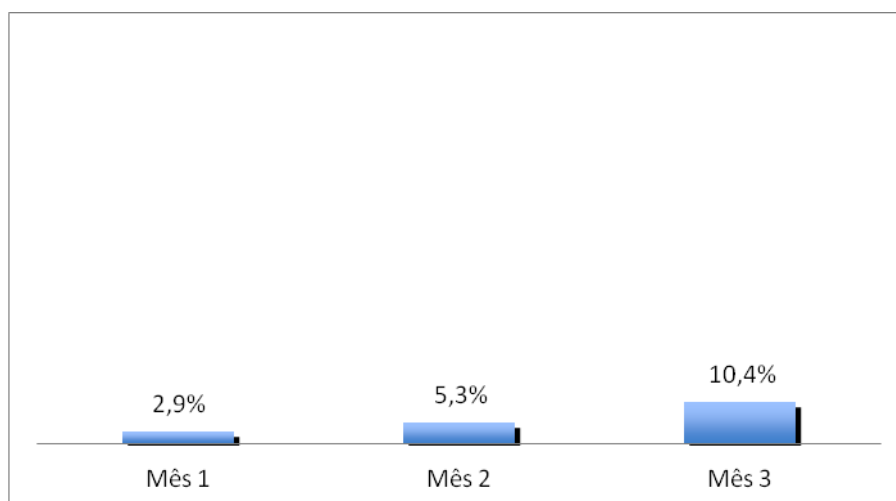


Figura 17: Gráfico com a proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama

Alcançaram-se 100% de coletas satisfatórias do exame citopatológico do colo uterino realizado ao longo da intervenção, não se registrou casos de absentismo no retorno para conhecer os resultados obtidos para ambos os exames. Junto à melhoria na qualidade dos registros onde se obteve 96,2% para exame citopatológico do colo uterino, enquanto no caso da mamografia só conseguiu-se alcançar 81,0%; se incrementou a qualificação da atenção aos 100% dos casos com destaque na ampliação do exame clínico baseado em sua importância, na classificação de risco de ambos os grupos a partir da pesquisa de sinais de alerta para Câncer de Colo de Útero, assim como avaliação de risco para o Câncer das

Mamas, e na educação para a saúde através dos conhecimentos sobre DST oferecidos.

A equipe de saúde precisou se capacitar antes do início da pesquisa nas recomendações e protocolos do Ministério da Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico e conduta ante essas patologias ginecológicas qualificando a prática clínica através do desenvolvimento dessas ações específicas. As modificações no processo de trabalho e as discussões das estratégias para serem aplicadas se realizaram nas reuniões da equipe das quartas feiras nas tardes, permitindo definir as atribuições de cada um dos profissionais atuantes e levar adiante o trabalho conjunto provocando amplo impacto em todas as atividades do serviço.

Dentro das estratégias que ficaram inseridas na rotina da unidade destaca-se a livre agenda de CP, pois atendendo apenas de forma agendada, poucas pessoas foram atendidas, aumentando apenas quando atendemos pela busca espontânea ao facilitar o acesso das usuárias às ações programadas; em tanto que o Grupo de Saúde da Mulher permitiu e estimulou a conversa para troca de informações e experiências nesses temas.

Conseguimos transpor o modelo médico descentralizado e se desenvolver atividades multiprofissionais, tais como: coletas de CP, exames clínicos das mamas e indicação de mamografias, visitas domiciliares (VDs), acolhimento e grupos de educação em saúde, acrescentaram a união entre todos os membros da equipe repercutindo positivamente no crescimento dela como grupo com ampla melhora na integração e qualificação dos processos de trabalho.

Desenvolvemos ações de engajamento público efetivado junto ao Conselho de Saúde Regional e com a associação da vizinhança local do bairro "Diácono", reforçando a autonomia destes usuários ao promover a divulgação da informação em saúde. O impacto da intervenção deve se manter no tempo, isso porque entrou na rotina da unidade e será cada vez mais percebida pela comunidade, repercutindo nos seus indicadores de saúde, a medida se consiga a ampliação gradual da cobertura.

Precisa-se ainda debater abertamente com a equipe e aprofundar a compreensão sobre as limitações das agendas fixas e consequências da falta de flexibilidade nos processos de trabalho. Deve-se conscientizar a população e aos profissionais através de ações de promoção e prevenção de saúde, garantindo assim viabilidade e continuidade do programa, a partir de uma mudança de

mentalidade que valorize os cuidados continuados em matéria de saúde. Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço serão estimular a reflexão com a aproximação à comunidade através da associação da vizinhança, com a finalidade de promover a informação em saúde e a formalização da associação em Conselho Local.

Constituíram aspectos importantes dependentes da gestão no trunfo da intervenção: garantir a transportação da equipe nas Visitas Domiciliares (VDs) e atividades de educação em saúde até as microáreas rurais, bem mais distantes da unidade, assim como das amostras coletadas e solicitações de exames através da rota semanal até seus destinos de referência; a disponibilidade de materiais de escritório, dum estoque constante de preservativos, materiais educativos e insumos médicos necessários garantindo todas as etapas do procedimento e a recente informatização da Estratégia de Saúde permitindo o fluxo das informações provenientes do DATASUS, do INCA: SISCOLO/SISMAMA e facilitando o monitoramento externo da qualidade, o acompanhamento do programa e a avaliação do progresso da pesquisa; *porém* precisa-se corrija as falhas existentes ainda hoje em aspectos que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar mais o serviço, como a falta de ACS nas duas microáreas descobertas, prejudicando o planejamento das ações, e a falta de recepcionista, quem ao intermediar as necessidades do usuário e a estrutura organizacional dos serviços, além de lidar com o sofrimento pela debilitação da saúde, evita que os demais profissionais se desviem de suas atribuições originais, o que contribuirá viabilizar, ampliar e desdobrar gradualmente a atenção às outras ações programáticas priorizadas pelo Ministério de Saúde no marco do SUS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários, membros da comunidade do Bairro “Diácono”:



Figura 18: Apresentação do relatório da intervenção para a comunidade do Bairro Diácono

Em novembro do ano passado começamos aplicar uma nova metodologia no trabalho com a população feminina residente na área da abrangência da ESF “Maringá”, um *Projeto de Intervenção em Saúde* direcionada aumentar a qualidade da atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres entre 25 e 64 anos e entre 50 e 69 anos respectivamente, por se tratar das idades de maior risco em sofrer dessas doenças.

Mas esse projeto começou mesmo foi quando eu cheguei nesta cidade, como membro o Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), projeto do governo federal desenvolvido em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. Ao começar a trabalhar, comecei também um curso de especialização em saúde da família, por isso uma vez por semana, ao invés de atender aqui, ficava em casa dedicando-me ao curso. Esse

dia não era de folga, como alguns pensavam, mas de dedicação ao curso. E é por causa do curso, que fizemos essas mudanças, o que quer dizer que valeu a pena.

No começo do curso estudei como era nosso bairro, como funcionava nossa equipe e como deveria funcionar. Depois fiz um projeto para melhorar o serviço de atendimento às mulheres e durante 12 semanas fiz, junto com a equipe, o projeto. Foi possível, neste pouco tempo, ampliar a quantidade de mulheres atendidas pela equipe. Nos três últimos anos foram atendidas 208 usuárias, entre 25 e 64 anos, através de exame citopatológico do colo de útero. Durante a intervenção, em três meses, atendemos 102 mulheres, obtendo 8,3% de cobertura em tão breve período. Da mesma forma 43 novas mulheres, entre 50 e 69 anos, tiveram seus exames para detecção precoce de câncer da mama realizado. Isso dá 10,4% ao longo da intervenção. Parece pouco, mas é preciso lembrar que isso foi feito em apenas 12 semanas, enquanto que em 3 anos apenas 76 mulheres tinham sido acompanhadas na UBS para prevenção desta doença.

Além disso, o mais importante foi o melhorou a qualidade do serviço. Alcançaram-se 100% de coletas satisfatórias do exame citopatológico do colo uterino, não se registrou casos de absentismo no retorno para conhecer os resultados obtidos para ambos os exames, além de obter melhoria na qualidade dos registros, na classificação e avaliação de risco e na educação para a saúde através dos conhecimentos sobre DST oferecidos.

A partir dos objetivos e metas estabelecidas se criou um registro estatístico e anotações escritas das ações desenvolvidas, isso para que nada se perca, para que sempre fiquemos bem informados sobre o andamento dos atendimentos. Hoje atendemos com dia e horários fixos, usamos melhor os protocolos de atendimento e estamos melhorando ainda mais o serviço, de modo a não ter barreira de acesso ao serviço. Isso quer dizer que atendemos com hora marcada, mas também atendemos aquela mulher que não agendou, mas procurou o serviço querendo fazer os exames.

Criar o Grupo de Saúde da Mulher foi outra importante estratégia que permitiu e estimulou as conversas, as trocas de informações e as experiências nesses temas. Ainda persiste um número importante de usuárias para serem atendidas, muitas moradoras das áreas sem ACS, mas ainda vamos atender todas. Para isso é importante que avisem às amigas, as conhecidas, as parentes, que estamos atendendo e como estamos fazendo. A notícia precisa chegar a todas as mulheres.

Fale do sérvio em suas igrejas, com as vizinhas de porta, no trabalho, isso pode salvar a vida de uma mulher, de uma família inteira. Toca a comunidade nos ajudar a fazer com que mais mulheres procurem a unidade de saúde.

O curso está acabando, mas nosso modo de trabalhar vai continuar sendo feito assim, só desta forma vamos continuar melhoraria nosso fazer e garantir o alcance das metas propostas, que é atender todas as mulheres de nossa área.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Questionado de refletir criticamente sobre **meu processo pessoal de aprendizagem** ao longo do curso “Especialização em Saúde da Família” da Universidade Federal de Pelotas, considero que: O meu processo da aprendizagem no curso começou mesmo desde minha chegada como membro do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) ao ser alocado na *ESF* “Maringá”, no município de Santa Maria, RS; e foi-se desenvolvendo em paralelo ao meu trabalho na Atenção Básica de Saúde, sob a ótica do *Programa da Estratégia de Saúde da Família* que busca transformar a prática sanitária brasileira para melhorar a qualidade de vida e saúde dos seus cidadãos.

Inicialmente não tinha uma noção abrangente do que se estava realmente preparando na proposta de curso da UFPEL e que se esperava de nosso atuar no serviço, porém depois de uma análise mais aprofundada sobre quais deviam ser as prioridades com base nos princípios e diretrizes de viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil, eu compreendi como deveria funcionar a Estratégia Saúde da Família, partindo da aplicação do Projeto de Intervenção em Saúde em apenas o campo referente só uma ação programática (Detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama em mulheres), permitindo me estabelecer um roteiro lógico e afundando meu olhar sobre os problemas e possibilidades do fazer em saúde na *ESF* “Maringá”, até com pretensões futuras de desdobrar o programa na atenção de outras áreas priorizadas incentivando assim a cobertura e qualidade no atendimento de todos os usuários.

Tive que me superar através de estudos e investigações pessoais no campo do conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do seu novo desenho de modelo público de oferta de serviços e ações, traduzido nos instrumentos

gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. No começo do curso estudei como era nosso bairro, fiz o mapeamento da área de abrangência e mergulhei em como funcionava nossa unidade e como deveria funcionar para trazer satisfação aos usuários à vez que cumprir dois objetivos fundamentais da AB na teoria e na prática com a finalidade de obter indicadores crescentes na cobertura e, mais ambiciosamente, na qualidade da atenção: Saber quanto o serviço está atendendo daquilo que é a sua atribuição e se se oferece atenção qualificada à população. Isto constituiu um desafio para mim nas circunstâncias atuais, me exigindo compromisso e entrega total no só nas oito horas uma vez por semana de dedicação exclusiva ao curso, senão durante o tempo todo.

Por causa do curso fiz mudanças nos atendimentos e na dinâmica do serviço e o convívio da equipe que garantiriam o sucesso da intervenção e sem as quais tivéssemos sido chamados ao fracasso, o que quer dizer que valeu a pena. Graças a isso a equipe ficou mais participativa, mais unida, com um clima mais sincero e mais “companheiro”. As relações interpessoais melhoraram, superando algumas diferenças existentes e modificaram-se satisfatoriamente algumas das realidades da unidade que travavam o processo de trabalho em detrimento dos usuários.

O através do progresso da minha aprendizagem no curso, a divulgação e aplicação do projeto após a discussão em coletivo e a compreensão pela equipe de suas bases, consegui a reversão do modelo assistencial vigente possibilitando mudanças no objeto de atenção, na forma de atuação e na organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial segundo novas bases e critérios como foram abertura da agenda de CP, limitada pela existência de marcações fixas e o derrocamento de processos de trabalho burocráticos e carentes de flexibilidade que atrapalhavam os atendimentos. O fato de encaixar a prática da ação de saúde de forma continua na rotina da Estratégia representou um desafio mais ousado, que rompeu os muros da Unidade de Saúde “Maringá” se enraizando pela primeira vez, de verdade, no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam na realidade do Bairro “Diácono”.

Eu sinto, como médico generalista habilitado para trabalhar na APS, que ganhei em aptidões para desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde características do nível primário de atenção. Adquiri um compromisso maior com as pessoas ao me inserir em seu contexto biopsicossocial e

não só com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças ampliando meu atuar além de problemas de saúde rigorosamente definidos, senão também envolvendo ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis.

Considero que a convivência contínua propiciou o vínculo entre o ganho de responsabilidade para a resolução dos problemas e a manutenção da saúde dos indivíduos ao prestar assistência integral dessas mulheres sob minha responsabilidade e me ajudou valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança; além de oportunizar os contatos (demanda espontânea e atendimentos fortuitos) com indivíduos supostamente sadios visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária. Salientar, além disso, a realização de ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária na minha área de abrangência, assim como de promoção da qualidade de vida e a minha contribuição ao conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam a respeito de ter promovido o engajamento público dessa comunidade.

Finalmente enfatizar como parte dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso assim não atingir ao foco da prática profissional, porém eu acredito não deve ser excluído: Graças a elaboração sistemática das tarefas do curso desde seu início mesmo, e fundamentalmente dos diários de campo, extensos, amplos, realizados em todas as semanas do percurso da intervenção detalhando-se todas as ocorrências, ganhei no domínio da língua portuguesa, tão necessária no cotidiano dos atendimentos, constituindo um exercício literário de redação, pelo estilo coloquial a utilizar, e uma experiência única, entretida, e desafiante para nós, profissionais estrangeiros da saúde pública inseridos no contexto do Brasil.

Referências

BATISTA, Aline Herbrith; GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo; RECH, Elionara Giovana. **Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos**. Pelotas, 2013. Disponível em: <http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7>. Acesso em: 22 jan. 2016

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_rastreamento_cancer.pdf. Acesso em: 21 ago. 2015

BRASIL, Instituto Nacional De Câncer. **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/inca_lanca_atlas_de_mortalidade_no_dia_nacional_de_combate_ao_cancer. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL, Instituto Nacional De Câncer. Estimativa 2010. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/c1755a004eb694838c939ef11fae00ee/en_carte_especial.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 31 Jan 2016

BRASIL, Instituto Nacional De Câncer. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2012; 58(1):67-71. Disponível em: http://www.inca.gov.br/Rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opinioao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf. Acesso em: 20 nov 2016.

BRASIL, 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 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em 26 jul 2015

BRASIL. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em 18 Jan. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 12 ago. 2015.

WIKIPEDIA. **SANTA MARIA (Rio Grande do Sul)**. Disponível em: https://es.wikipedia.org/wiki/Santa_Maria_%28R%C3%ADo_Grande_del_Sur%29. Acesso em 12 ago 2015

SANTA MARIA. **Site da Prefeitura Municipal de Santa Maria RS**. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/> Acesso em 12 ago. 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Proª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Prevenção ao Câncer de Colo de Útero

Número total de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)		→	Coloque aqui, em C5, o total de mulheres na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de prevenção do câncer de colo de útero na unidade de saúde ou não. Este será o denominador para o indicador de cobertura do Programa. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (* - Veja orientação abaixo). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
*Estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos no território			
População Total		→	Se você não dispõe de dados cadastrais, digite em C9 a população total da área de abrangência de acordo com sua realidade e a estimativa do número de mulheres entre 25 e 64 anos será calculada automaticamente na célula C11. Utilize este número para colocar na célula C5.
Estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos (26% da população total)	0	→	Este seria o número total estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes no território, utilizado para os indicadores relacionados à prevenção de câncer de colo de útero. Você deve colocar este número na célula C5.

Prevenção ao Câncer de Mama

Número total de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos residentes no território (área de abrangência da unidade de saúde)		→	Coloque aqui, em C15, o total de mulheres na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de prevenção do câncer de mama na unidade de saúde ou não. Este será o denominador para o indicador de cobertura do Programa. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (* - Veja orientação abaixo). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
*Estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos no território			
População total		→	Se você não dispõe de dados cadastrais, digite em C19 a população total da área de abrangência de acordo com sua realidade e a estimativa do número de mulheres entre 50 e 69 anos será calculada automaticamente na célula C21. Utilize este número para colocar na célula C15.
Estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos (8,3% da população total)	-	→	Este seria o número total estimado de mulheres entre 50 e 69 anos residentes no território, utilizado para os indicadores relacionados à prevenção de câncer de mama. Você deve colocar este número na célula C15.

Anexo C - Ficha espelho

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA Especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Pelotas

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

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Data Profissional que atendeu

Tem fator de risco para Ca de mama? Qual?

No exame, tem alteração das mamas?

Recebeu orientações para DST e fatores de risco para CA de mama?

Data do resultado da mamografia

Resultado Data da solicitação do Ultrassom de mama

Data do resultado do Ultrassom de mama

Resultado Data do próximo exame

Data em que foi realizada a busca ativa

PROGRAMA

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante