

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama na ESF
Jardim Primavera, Cruz Alta/RS**

Annia Barbara Sagarra Patterson

Pelotas, 2015

Annia Barbara Sagarra Patterson

**Melhoria da prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama na ESF
Jardim Primavera, Cruz Alta/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: Nailê Damé-Teixeira

Pelotas, 2015

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

P317m Patterson, Annia Barbara Sagarra

Melhoria da Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama na ESF Jardim Primavera, Cruz Alta/RS / Annia Barbara Sagarra Patterson; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Mulher 4.Neoplasias do colo do útero 5.Neoplasias da Mama I. Damé-Teixeira, Nailê, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe que, apesar de estar longe, sempre ficou contente de meus avanços neste curso e em minha superação como profissional.

Agradecimentos

Agradeço a toda minha equipe de saúde pelo trabalho desenvolvido nestas doce semanas.

Agradeço em especial a minha orientadora Nailê Damé-Teixeira, que me acompanhou em cada um dos dias de estudos nesta especialização de saúde da família aqui no Brasil.

Resumo

PATTERSON, Annia Barbara Sagarra. **Melhoria da atenção à saúde da mulher na ESF Jardim Primavera, Cruz Alta/RS**. 2015. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O programa de atenção a saúde da mulher, mais especificamente a atenção à prevenção de câncer de mama e de colo de útero torna-se importante, pois sabe-se que o diagnóstico precoce de qualquer tipo de câncer melhora o prognóstico e as chances de vida dos pacientes. Com o diagnóstico precoce, pode-se oferecer um encaminhamento da mulher para atendimento e tratamento com a doença em estágios iniciais. Uma das ações mais importante de atenção básica à família e comunidade está relacionada com ações de promoção e prevenção de saúde, e isso não é diferente na saúde da mulher. Por isso, foi realizada uma intervenção na ESF Jardim Primavera, com objetivo principal de melhorar a qualidade da atenção à saúde das mulheres. Objetivamos, também, ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama, melhorar a qualidade do atendimento às mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, melhorar a adesão das mulheres à realização de exame cito-patológico de colo de útero e mamografia, melhorar o registro das informações, mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama e promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde. Para isso, um conjunto de ações foi planejado, dentro de quatro eixos programáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção foi realizada durante três meses, de abril a junho de 2015. Os resultados mostraram um aumento significativo e constante durante os meses da intervenção da cobertura do programa de saúde da mulher, finalizando com cobertura de 28,3% e 25,3% para câncer de colo de útero e mama, respectivamente. Além disso, uma série de indicadores avaliando a qualidade do serviço foi avaliada e todos mostraram 100% das mulheres cadastradas com atendimento de qualidade, em exceção para os indicadores de das mulheres que retornaram para conhecer o resultado dos exames, que ficou em 57,8% das mulheres cadastradas no programa. A importância da intervenção para o serviço foi o aumento significativo da qualidade do serviço. Trabalhamos mais organizados e buscando cumprir o objetivo de que a paciente, no momento do exame, tivesse uma avaliação multiprofissional integral e com qualidade. As ações desenvolvidas já fazem parte da rotina diária de trabalho da equipe de saúde, mostrando que a intervenção foi importante para mudar o processo de trabalho.

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

Lista de Figuras

- Figura 1 Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia 55
para detecção precoce de câncer de colo de útero, Cruz Alta, RS.
2015.
- Figura 2 Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia 56
para detecção precoce de câncer de mama, Cruz Alta, RS. 2015.
- Figura 3 Proporção de mulheres com exame cito-patológico alterado que 57
não retornaram para conhecer resultado, Cruz Alta, RS. 2015.
- Figura 4 Proporção de mulheres que não retornaram para resultado cito- 58
patológico alterado e foi feita busca ativa, Cruz Alta, RS. 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS-	Centro de Atenção Psico-Social
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Programa de atenção ao usuário com HAS e DM
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIS-	Sistema de Informações do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	62
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
Referências	72
Anexos.	73

Apresentação

Este trabalho irá apresentar a intervenção realizada durante o curso de especialização em Saúde da Família UNASUS, em parceria com a UFPEL. Esta intervenção visou o programa de saúde da mulher, especificamente relacionado com a prevenção de câncer de colo de útero e de mama. Os exames que são fornecidos pelo SUS, dentro da Estratégia de Saúde da Família, foram qualificados e disponibilizados para maior contingente populacional dentro da comunidade localizada na área de abrangência da ESF Jardim Primavera, tendo em conta as mulheres que se encontram na faixa etária entre 25 e 64 anos para câncer de colo de útero e 50 e 69 anos para câncer de mama.

O presente documento será dividido em 7 capítulos. No primeiro capítulo, será abordada a análise situacional que motivou a escolha do tema da intervenção em saúde da mulher. No segundo, será apresentada a análise estratégica, onde foram planejadas ações para melhoria do programa. No terceiro capítulo, consta o relatório de intervenção. No quarto, será apresentada a avaliação da intervenção. Nos quinto e sexto capítulos, o leitor terá acesso aos relatórios da intervenção para gestores e comunidade. Por último, será apresentada a reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização em Saúde da Família da UFPEL/UNASUS.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Primavera, que é uma unidade que funciona na Estratégia faz 10 anos, no município gaúcho de Cruz Alta. Temos uma equipe de saúde completa formada por nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma técnica de odontologia, uma técnica de esterilização, uma higienizadora, uma recepcionista, uma vacinadora, um dentista e dois médicos clínicos gerais. Temos um horário de trabalho de segundas a sextas-feiras, de oito horas diárias.

Nossa equipe apresenta um bom planejamento do trabalho, onde a estratégia é dirigida à saúde da família a nível individual e comunitário. O trabalho está encaminhado a oferecer atendimento às crianças, mulheres grávidas, doenças crônicas, fatores de riscos. Nosso foco principal é no trabalho de prevenção, promoção, diagnóstico, acompanhamento e controle das doenças crônicas.

A ESF Jardim Primavera atende uma população de 4.292 habitantes e 1.084 famílias, dos quais hipertensos são 234, diabéticos são 156, 341 pessoas com fatores de risco priorizados, 45 crianças menores de um ano, 53 crianças maiores de um ano, 34 mulheres grávidas, sendo todas de alto risco e 9 delas menores de 20 anos (são atendidas no centro da mulher com especialista em ginecologia).

Estamos trabalhando com diferentes programas como:

- Saúde da Criança: Imunizações, Atendimento á Puericultura, Atendimento a triagem neonatal, Atendimento nutricional;
- Saúde da Mulher: Grupo de gestantes e atendimento ao pré-natal e Puerperal, Rastreio e coleta de exames cito-patológicos, Planejamento familiar;

- Saúde do Homem: Atendimento diferenciado para os trabalhadores, Rastreamento das principais patologias que envolvem a saúde do homem (alcoolismo, dependentes de droga, câncer próstata e pulmões);

- Saúde do Adolescente: Programa Saúde na Escola, Grupos de prevenção as doenças sexualmente transmissíveis;

- Saúde dos Idosos: Programa HIPERDIA (atenção aos hipertensos e diabéticos) Programa de atividades físicas, Grupos de educação em saúde.

Os problemas que mais afetam a nossa comunidade são relativos ao número elevado de pacientes com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças pulmonares obstrutivas). Os fatores de risco mais frequentes são a hipercolesterolemia, hábito de tabagismo, dependência a drogas como os psicofármacos, craque, álcool e outros. Esses são os problemas que mais afetam à comunidade, já que ocasionam transtorno da conduta e atos de violência.

Outros problemas que foram encontrados em a área são as infecções de transmissão sexual. Também temos uma população com baixo nível econômico, diversos casos de maltrato e abandono de crianças, alto índice de abandono aos estudos e pontos de venda de drogas ilícitas. Observam-se também muitas infecções que são de populações pobres, como a escabiose, piolhos, dermatite, fungos e infecções respiratórias, que acontecem em paralelo ao baixo nível econômico. Além disso, na comunidade não se encontra lugares para a recreação das crianças, não se faz esporte, nem outras atividades que ajudem a levar uma vida saudável.

Nossa equipe de saúde está designada a melhorar a assistência nesta população. Estamos fazendo visitas domiciliares a toda a população e não só aos doentes, com um enfoque mais preventivo, atendendo a cada pessoa como um ser biopsicossocial. Fazemos palestras com os grupos de riscos e em dependência dos problemas de saúde que os preocupa no momento, para assim, elevar os conhecimentos de nossa população sobre temas de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade Cruz Alta, localizada no estado de Rio Grande do Sul, tem um total de população de 64.124 habitantes. Cruz Alta faz parte da região noroeste do estado gaúcho e da microrregião de Cruz Alta. A altitude média do município é de 452 metros acima do nível do mar. É conhecido como município do Guarani, dos Tropeiros e de Érico Veríssimo. O acesso à cidade se dá pela BR-158, no eixo norte-sul, pela BR-377, a leste, e também pela RS-342, a oeste. Cruz Alta foi local importante em alguns dos principais acontecimentos que o estado vivenciou, como, por exemplo, a Revolução Farroupilha. Além disso, a cidade foi local de passagem de tropeiros, o que foi importante para a formação da população. A localização do município tem uma importância estratégica, sendo considerado como um importante tronco rodoferroviário na região centro-norte do estado, com a presença de um porto seco no nordeste da cidade (Jornal Tribuna da Cidade e Alto Jacuí, 2015).

Cruz Alta tem um sistema de saúde constituído por 16 estratégias de saúde da família (ESF) já implementadas e duas unidades básicas de saúde (UBS) do tipo tradicional. Além disso, há dois núcleos de apoio à saúde da família (NASF), que oferecem atendimento e formam parte do trabalho da equipe de todas as 16 ESF. Os NASF disponibilizam consultas de farmacologia, psicologia, fisioterapeuta e nutrição. Todas as ESF tem disponibilidades de exames laboratoriais. Há disponibilidade de serviços hospitalares no município, apesar do hospital não contar com leitos suficientes em relação à demanda de pacientes, já que a cidade também recebe pacientes de outras cidades vizinhas, por ser um polo regional. Apesar disso, o município não tem disponibilidade de centro de especialidades odontológicas (CEO).

Trabalho na ESF Jardim Primavera, que tem modelo de atenção do tipo e está ESF localizada na zona urbana. Somente uma equipe de saúde da família trabalha nessa estrutura, que é composta por dois médicos (uma cubana e um brasileiro), uma enfermeira, duas técnica de enfermagem, dentista, técnica de odontologia, nove agentes comunitários de saúde (ACS), uma secretária e uma higienizadora. Existe vínculo com as instituições de ensino da localidade, que são as

escolas iniciais e de nível médio localizadas na área de abrangência da UBS Jardim Primavera.

Sobre o processo de trabalho, a equipe trabalha cinco dias por semana na UBS, completando 40 horas semanais. A equipe médica atende 24 pessoas por turno e a equipe odontológica atende 8 pessoas por dia. Conseguimos realizar 10 visitas domiciliares por semana. Temos dificuldades em realizar atividades coletivas, visto que não há espaço adequado na UBS já que não temos sala de reunião nem trabalhos de grupo. Para o processo de trabalho na ESF temos tentado manter o cadastramento das famílias, definição do território de atuação, diagnóstico, programação das atividades de promoção, prevenção e assistência de saúde, análise de acordo os critérios de riscos priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes e de mais risco. Na presente ESF, apesar de existirem boas relações entre os usuários e equipe de saúde, são feitas poucas atividades com participação da comunidade no controle social. Trabalhamos basicamente com os grupos de diabéticos e hipertensos, conscientizando-os com sua saúde e autocuidado. Entretanto, não há atividade com outros grupos que também seriam importantes como idosos, adolescentes, crianças, pré-natal e atenção à saúde da mulher. Ainda não promovemos a participação de usuários em atividades físicas preventivas, como caminhadas, atividades esportivas, atividades lúdicas, sendo esta uma população que gosta dos esportes. Para melhorar essa situação, na minha opinião, deve-se trabalhar mais nas atividades de promoção de saúde e prevenção dos fatores de riscos, que é a base da atenção primária à saúde.

Sobre os atendimentos com outras especialidades, nunca é demais dizer que isso é um problema geral no Brasil e na nossa ESF não é diferente. Muitas vezes os especialistas resolvem encerrar o contrato nos municípios, outras vezes não há as especialidades que se precisa, e em muitas ocasiões quando se tem o especialista, as demandas das consultas são muitas e o paciente tem que aguardar muitos meses para serem avaliados. A mesma coisa ocorre com os exames que são feito para complementar diagnóstico, principalmente os que tem relação com a parte da ultrasonografia, tomografia, ressonância, colonoscopia e outros estudos contrastados. Os hospitais são outro problema: o paciente é encaminhado e muitas vezes o que tem critério de internação de urgência como são as doenças cirúrgicas de urgências não tem leitos e tem que aguardar até ter disponibilidade de leito. Reconheço que é muito difícil fazer um trabalho onde todos os níveis de saúde

tenham um bom funcionamento, e também reconheço que oferecer um atendimento com qualidade, integralidade e equidade requeira de um trabalho em conjunto com a equipe de saúde e com os demais níveis de atenção à saúde, equipamento adequado, UBS com condições estruturais ótimas. Mas, considero que todas as coisas podem ser possíveis se todos cumprirmos nossa responsabilidade, se conhecemos bem os problemas de nossa comunidade e logramos resolver todos os problemas dela além das dificuldades que possam ter.

Uma estrutura inadequada prejudica o bom funcionamento da UBS. Em minha ESF podemos observar dificuldades quanto à sua estrutura, tomando em consideração a estrutura estabelecida pelo manual de estrutura das UBS. A ESF Jardim Primavera não tem sala de reuniões, muito importante para fazer a reuniões de equipe que se realizam com a finalidade de oferecer soluções aos problemas da comunidade, além de atividades coletivas. A sala de nebulização, curativos e procedimentos de enfermeira são um mesmo local. Não temos sala para farmácia nem sala de utilidades, abrigo de depósitos sólidos ou depósito de lixos. A sala onde se guardam os prontuários e pastas é a mesma que as ACS trabalham. Temos uma recepção muito pequena em relação à demanda de pacientes. O banheiro, além de estar pequeno, não tem capacidade para pacientes com cadeira de rodas. Com relação à barreiras arquitetônicas, não temos rampas alternativas, as calçadas são inadequadas para o deslocamento de pacientes, há indisponibilidade de cadeiras de rodas e, infelizmente, ainda não se pensou em eliminar todas as barreiras arquitetônicas. Não temos sala para fazer as palestras e as atividades coletivas para a promoção e a educação de saúde.

Em minha ESF temos diversos problemas estruturais, considerando a estrutura padrão estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro para uma UBS, além de outras dificuldades que faz que não se ofereça um bom atendimento, que estão relacionadas com o recurso humano, recursos materiais, sistema de referencia e normas das atividades e procedimentos. Temos dificuldade com a internet (impossibilita fazer revisões em bibliografia em a biblioteca de saúde, a comunicação com outros colegas para fazer a discussões de casos clínicos muito importantes, sem falar da importância que tem este espaço e como por meio deste se podem diminuir os encaminhamentos para prontos socorros e hospitais). O mobiliário não se apresenta em condições ótima de funcionamento (não adianta ter balança de adultos e crianças, se estas não estão devidamente calibradas). Sobre a

disponibilidade de medicamentos que são oferecidos pelo SUS, estão disponíveis para nossa população somente na farmácia do SUS, que não é dentro da ESF. As demais medicações são oferecidas aos pacientes com solicitação prévia.

Em minha ESF o problema que mais afeta seu bom funcionamento é que a demanda da consulta não satisfaz as necessidades da comunidade assistida, o qual provoca incômodos aos pacientes e aos profissionais. Depois de fazer um estudo do problema juntamente com minha equipe, determinamos que o acolhimento dos pacientes não está sendo bem feito, já que todo paciente que chega até a ESF precisa uma resposta a seu problema além de que ele seja grave ou não. A primeira coisa que foi feita foi discutir com a equipe o manual de acolhimento a demanda espontânea. Foram traçadas estratégias de trabalho para que cada paciente tivesse satisfeito e se sentisse bem atendido. Aquelas pessoas que não tem consultas agendadas também são avaliadas pelos profissionais da equipe de acordo com o problema: se faz atendimento imediato, prioritário ou no dia. Para o acolhimento, a equipe toda está envolvida, enfermeiro, técnica de enfermagem, dentista, recepcionistas e demais membros. Quem recebe o paciente deve fazer uma avaliação da gravidade do problema do mesmo e oferecer uma solução ao problema apresentado, oferecendo atendimento imediato ou no dia, em relação ao problema. Para fazer todo este trabalho bem feito e com a qualidade e resolutividade requerida, deve se contar com uma equipe formada por profissionais com uma boa preparação profissional. Existem problemas que não permite que o atendimento seja feito com a qualidade recomendada.

A população da cidade é de 64.124 habitantes. A área adstrita da nossa ESF tem 4292 habitantes: 226 mulheres e 1595 homens, as quais recebem atendimento por só uma equipe de saúde. Temos 26 crianças menores de um ano e 7 gestantes acompanhadas na ESF. Considerando os problemas da comunidade e o total de população, mais de uma equipe de saúde deveria estar atuando para desafogar um pouco as demandas das consultas. Já está em construção duas novas ESF para oferecer atendimento a duas micro-áreas, o que diminuirá a quantidade de população que recebe atendimento nesta unidade.

A puericultura está entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família. Na ESF avaliada no presente relatório, se faz atendimento de puericultura e se oferece atendimento para todos os grupos etários de crianças. Este atendimento é realizado

em um dia fixo da semana durante a tarde. Até agora não existem crianças que moram fora da área que recebem atendimento de puericultura na ESF. Toda a equipe é envolvida nessas consultas. As ACS fazem o trabalho de acompanhamento na comunidade, coleta de dados, cadastro, preenchimento da pasta da família. A enfermeira e técnica de enfermagem fazem as mensurações antropométricas da criança. A nutricionista faz avaliação nutricional, orientação sobre alimentação e importância do aleitamento materno, coisa que também é feita pelo médico, que também faz a avaliação completa e integral da criança, incluindo o cumprimento do esquema de vacinação. Após esta consulta a criança sai com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas, também existe grande demanda se consultas de crianças com problemas agudos de saúde, das quais a maioria mora na área de cobertura. Isto se dá pelo baixo nível educacional da comunidade, além do pouco trabalho feito pela equipe em relação à promoção e prevenção de saúde.

A equipe tem um protocolo de atendimento criado pela ESF, onde todas as crianças que são levadas pelas mães à consulta por problemas agudos são avaliados pelo enfermeiro e, dependendo da gravidade do problema, recebe atendimento no momento ou no dia pelo médico. Além disso, o protocolo de atendimento de puericultura criado e aprovado pelo Ministério da Saúde e avaliado pela secretaria de saúde do município está disponível na ESF e é utilizado por toda a equipe de saúde. As crianças recebem atendimento e problemas clínicos gerais, saúde bucal, imunizações, promoção de aleitamento materno, teste de pezinho, além de ter em meu município o CAPS infantil, onde a criança recebe tratamento de saúde mental, atendimento psicológico, aconselhamento à família onde existe a possibilidade de violência familiar, utilizando a profissional classificação para identificar as crianças de alto risco e regulando o acesso ao atendimento a outros níveis do sistema de saúde, por meio do encaminhamento para unidade de pronto atendimento, hospitais e avaliação por outras especialidades.

As consultas feitas pela equipe são registradas toda no prontuário médico, carteira da criança, em prontuário eletrônico de vacina e prontuário odontológico. Não existe um arquivo específico para atendimento as crianças, mas todos são registrados na primeira consulta, onde se faz teste do pezinho. Isso permite ter o controle da quantidade de crianças nascidas no mês e no ano, podendo procurar até cinco anos anteriores e mais. O outro método para coleta da informação vem do prontuário, do cadastro e da pasta individual e familiar, podendo-se fazer a revisão

quantas vezes o médico precise, e o dia que ele quer, com a finalidade de conhecer a crianças faltosas, com risco e com vacinas incompletas. Também oferecemos ações para atendimento a criança que recebe bolsa-família, onde a avaliação do peso é feita na ESF pela nutricionista. Também se faz atividades em grupos das mães das criança, onde se oferece palestra encaminhada a aumentar o conhecimento sobre acidentes na casa, alimentação, cuidados gerais, higiene da criança, importância da vacinação, importância do aleitamento materno e assistência a consulta da criança saudável. É feito planejamento e gestão de ações do programa de puericultura. Considero que as consulta de puericultura são as mais importantes da saúde da família, já que este permite desde o momento o nascimento fazer avaliação da criança em relação ao crescimento. Nesse espaço também são feitas orientações nutricionais, avaliação do desenvolvimento psicomotor, mensurações, o exame físico da criança de forma completa, fazendo de isso um trabalho integral, continuado, completo e com qualidade. Os registros de dados da ESF permitiram o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Foi possível estimar uma prevalência de 100% para o programa de saúde da criança e 100% para os indicadores de qualidade.

Com relação ao pré-natal, os atendimentos são realizados um dia da semana no turno da tarde, onde se oferece atendimento a todas as gestantes que moram na área de abrangência da UBS. Do total de gestante que recebem atendimento na ESF, nenhuma mora fora da área. O atendimento que deveria ser realizado por toda a equipe de saúde, é realizado somente pelo médico da estratégia. Após a primeira consulta a gestante sai da ESF com a próxima data agendada. Em particularidade, o maior número de consultas é para gestantes com problemas agudos. Existe protocolo de atendimento pré-natal, que é posto em prática pelo médico em todas as consultas. No protocolo se estabelece o fluxo da gestante de baixo risco e alto risco, onde deve ser encaminhada quando tem um problema de saúde e como deve ser encaminhada para avaliação com outras especialidades. Este atendimento é registrado no prontuário e a carteira da gestante.

Ações visando a melhoria do atendimento à mulheres grávidas são preconizadas. Se oferece atendimento odontológico, vacinação, grupo da gestante, consultas médicas, acompanhamento pelas ACS e consulta de nutrição, onde a gestante é assessorada sobre a alimentação que tem que levar durante e depois da gestação. Temos muitos problemas com o controle das gestantes que moram na

área de abrangência, já que desconhecem quantidade de gestantes, não se faz cadastro delas nos SIS pré-natal, que é realizado somente no centro da mulher, onde as gestantes muitas vezes procuram atendimento sem ter a primeira avaliação do médico da estratégia, só com o teste de gravidez. Tampouco temos um arquivo onde possamos revisar se a gestante é faltosa, se tem todas as vacinas ao dia, se foi feita a consulta de nutrição e de dentista, e tampouco se tem o controle de os exames de laboratório e as ecografias que tem que ser feitos durante a gravidez. E o mais importantes são os teste especiais que devem ser feitas, além de um acompanhamento estrito da curva de tensão arterial, altura uterina e ganho de peso. Começamos a fazer o arquivo de gestantes para atualização contínua, assim como o planejamento da consulta de odontologia, nutrição e também estamos trabalhando em fazer um arquivo em a consulta de vacinação para ter melhor controle destas. As palestras em os grupos de mulheres grávidas são dirigidas a educar a estas na higiene pessoal, vantagens/desvantagens/técnica do aleitamento materno, cuidados do recém nascido, e sinais e sintomas do período do parto. Temos 30 gestantes na nossa área de abrangência, delas só três tem acompanhamento pela equipe (apenas 10% de cobertura). Se desconhece se as demais gestantes realizam consultas de pré-natal ou não, e se tem atendimento privado, no centro da mulher ou em outra UBS. Esse dado foi coletado pelas ACS, mas acredito que não estão perto da realidade que tem a comunidade. Penso que se fazemos um bom pré-natal é possível lograr uma criança saudável, com bom peso e um puerpério saudável.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (OMS, 2008). No Brasil, para o ano de 2012, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2012). No estado do Rio Grande do Sul são avaliados 15 casos novos a cada mil habitantes por ano. Na ESF onde trabalho já tem três casos novos em uma comunidade de 4292 habitantes com uma população alvo de 1.070 mulheres que se encontram dentro da faixa etária. Com relação às ações de atenção à mulher para a realização periódica de exame preventivo de colo de útero, além de fazer a coleta da amostra das secreções do

colo de útero, se orienta a mulher dos cuidados, uso de preservativo, higiene e sinais e sintomas de alertam, pelo que tem que procurar atendimento médico. Se aconselha sobre o planejamento familiar e sobre a próxima data que deve fazer o próximo citológico e quando devem estar pronto o exame, que são previamente agendados em um dia fixo da semana. Entretanto, em todos os dias da semana são feitos exames para aquelas mulheres que tem o preventivo atrasado, ou que tem critério médico sinais e sintomas que alertem que apresenta algum problema ginecológico. São feitos exame físico e interrogatório prévio pelo médico e enfermeiro, procurando data da última menstruação, menarca, se tem ou não relações sexual, se tem parceiro fixo, história obstétrica, e se tem sintomas como corrimento vaginal, dor abaixo do ventre ou sangramento relacionado ou não com a menstruação.

O resultado dos exames cito-patológicos demoram mais ou menos 30 a 45 dias. A coleta desta amostra é realizada pelo enfermeiro e a técnica de enfermagem, e muitas vezes, quando o caso o requeira, a amostra é coletada pela médica, coisa que não acredito que deva ser feita sempre. Acredito que a médica deve fazer o exame e descrever o colo de útero de todas as mulheres, por isso acho que esse dia deve ser um dia programado onde fiquem junto o enfermeiro. Não existe arquivo específico para isso, existe um livro onde se faz controle das mulheres que faz preventivo e onde se registra os resultados do teste. Desde o mês de junho não chega de forma certa até a UBS e só chegam poucos resultados, o que faz que o programa não tenha a qualidade que deve ter. Este livro pode ser revistado quantas vezes seja preciso pela equipe de saúde. Não se realiza planejamento de ações para a realização e cumprimento deste programa, acho que isto seria de grande importância já que permite programar, orientar e agendar ou citar, aquelas mulheres que devem fazer esta prova e analisar aquelas que são faltosas, além de ter controle sobre aquelas que têm um resultado positivo e que devem ter seguimento pelo especialista. Isto é um dos problemas que deve ser resolvidos. Foi possível preencher parcialmente o CAP para atenção à saúde da mulher, pois não temos o dado exato das mulheres com exame cito-patológico em dia ou com atraso de mais de três meses, já que o universo exato das mulheres que em que fazer este exame é desconhecido. Dos 3 exames sugestivos de câncer de colo no período avaliado, nenhuma mulher teve acompanhamento como deve ser feito: todas foram orientadas, mas se mantém faltosas às consultas.

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização da mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado do exame clínico de mama. Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais. Na ESF Jardim Primavera não existe arquivo onde possamos ter o número de mulheres que tem feito o exame de mama ou a mamografia e, por isso, foi impossível preencher esta parte do CAP, mas tenho conhecimento que são indicadas as mamografias a todas as mulheres que chegam até a UBS para fazer o preventivo que estão dentro do grupo de risco. De forma geral, acho que o programa de detecção precoce de câncer de mama e de colo de útero não está cumprindo com o estabelecido e deve-se obter a melhoria do programa.

Minha ESF realiza atendimento de adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) todos os dias da semana em todos os turnos, conta com 9 comunidades, onde todas as terça feira na tarde se realizam palestras aos grupos portadores de HAS onde são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS da área de cobertura, assim como também ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS da área de cobertura, ações de estímulo a prática regular de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabagismo. Também realiza-se exercícios físicos. A equipe que faz esta atividade está composta pelo médico clínico geral ou de família, nutricionista, fisioterapeuta, agente de saúde, enfermeiras, técnico de enfermagem. Também se realiza a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS pela equipe, assim como também a equipe se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas dos adultos com HAS. São utilizados protocolos de encaminhamento para atendimento nas especialidades, encaminhamento para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e encaminhamento para atendimento em pronto socorro. Os atendimentos dos adultos com HAS são registrados no prontuário clínico, isto se guardam num arquivo por família e por comunidade, os prontuários dos pacientes cm HAS não tem um arquivo específico. Também existe o programa de Hiperdia do

Ministério da Saúde, onde as enfermeiras são as responsáveis pelo cadastramento dos adultos no programa Hiperdia.

O cuidado integral com Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica que requer mudanças de modo de viver, envolvendo vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo que vise qualidade de vida e autonomia. O DM é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade; representa uma alta morbidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Os portadores de DM são atendidos todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira, em todos os turnos. Não existem adultos fora da área de cobertura atendidos nessa ESF. Nos atendimentos, participam o enfermeiro, médico clínico geral ou de família, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutico. Toda terça-feira à tarde são realizadas as atividades do grupo Hiperdia, onde se realizam ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, fatores de risco da doença, cuidados que deve ter o paciente diabético e complicações, assim como também atividades físicas.

Após a consulta, o adulto com DM sai da ESF com a próxima consulta programada. São desenvolvidas ações para diagnóstico e tratamento de problemas em geral, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental; diagnóstico e tratamento do alcoolismo, de obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. Também realiza-se protocolos de encaminhamentos como por exemplo: para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e de pronto socorro. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, onde se guardam num arquivo por família e por comunidade, além disso, não tem um arquivo específico. A equipe de saúde da ESF realiza atividades de grupos de adultos com DM as quais são realizadas na associação de bairro/comunitária, juntamente com o de HAS. São realizadas, também, planejamento, gestão e coordenação das ações despidas aos adultos com DM pela enfermeira, médico clínico geral ou de família, nutricionista, fisioterapeuta. Reuniões bimensais são realizadas para a enfermeira e o médico de família/clínico geral fazerem a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM. Por último, os pacientes HAS e DM são

orientados a comparecer a todas as consultas programadas; sobre a importância da realização de exames periódicos; sobre prática de atividade física regular; orientação nutricional, assim como também orientações educativas acerca as doenças da HAS e DM, fatores de risco, a importância do uso regular continuada do tratamento para evitar descompensação e complicações.

De maneira resumida, 512 pessoas na nossa área de abrangência apresentam HAS e 153 apresentam DM, com percentual de cobertura estimado pelo CAP de 59% e 62%, respectivamente. Desses, 100% receberam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e dificilmente atrasam consultas agendadas em mais de sete dias (normalmente são agendadas pela solicitação do paciente e não programada pela equipe como deve ser feito). A mesma coisa acontece com os exames periódicos que é feito em 100% dos adultos com HAS e/ou DM, os quais devem ser realizados ao menos uma vez ao ano para avaliação de risco cardiovascular, para avaliação do controle ou descontrole destas doenças que também se comportam como fatores de riscos de outras doenças cérebro vasculares e de rim. Se faz orientação de atividades física, alimentação saudável, mas ainda não se consegue fazer cuidado de saúde bucal a 100% deles. Não é possível fazer o exame dos pés de três em três meses do paciente diabético e a palpação de pulsos tibiais posteriores e pediosos, só podendo ser realizado aos que chegam até a consulta procurando atendimento, que quase sempre encontra-se descontrolado.

O envelhecimento compreende um processo de alterações funcionais e estruturais que se iniciam na sexta década da vida, culminando em uma progressiva incapacidade para manter o equilíbrio funcional em situações de sobrecarga. Esse fenômeno traz consigo outros conceitos importantes, como qualidade de vida, autonomia, independência, capacidade funcional, senescência e senilidade, sendo uma a responsável da perda da funções fisiológicas nessa parte da vida e a outra compreende as alterações patológicas dessa fase da vida. O envelhecimento é também associado a uma maior prevalência de doenças crônicas e a importantes repercussões no estilo de vida. A atenção ao idoso requer avaliação de múltiplos domínios incluindo os aspectos físicos, cognitivos, afetivos, sociais, financeiro, ambientais e espirituais. Na ESF Primavera realiza-se atendimento aos pacientes idosos todos os dias da semana, em todos os turnos de trabalho. Não há atendimento aos pacientes idosos fora da área de cobertura, ao menos que seja uma urgência. Participam do atendimento o assistente social, educador físico,

enfermeiro, médico clínico geral, nutricionista, odontólogo e médico psiquiatra (se necessário). Após a consulta, o paciente sai com a consulta próxima agendada. Além destas consultas, existe atendimento de demanda para problemas agudos aos pacientes idosos. A equipe atende estes pacientes no mesmo dia, mas não existe protocolo de atendimento para os pacientes idosos. São desenvolvidas ações para o cuidado dos idosos, como são imunizações, atividades físicas, promoção de saúde bucal, nutrição, recebem tratamento aos problemas clínicos gerais, e outras ações. A capacidade funcional dos pacientes idosos não é avaliada nas consultas e isso é um problema que deve ser resolvido, pois isto deve ser feito ao menos duas vezes ao ano para prevenir as complicações posteriores, como quedas.

Trabalhamos com protocolo para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, utilizando-o para o encaminhamento para atendimento nas especialidades e internação hospitalar. Os atendimentos são registrados no prontuário e não existe arquivo específico para os pacientes idosos, não podendo haver controle de quais são os pacientes faltosos a consultas, mas todos os meses se faz avaliação de quais são os pacientes faltosos aos grupos de pacientes idosos, hipertensos e diabéticos e muitas vezes isto coincide.

Minha ESF tem 4 grupos de pacientes idosos. Faz-se acompanhamento a 489 pacientes idosos, onde 138 são diabéticos (28,2%) e 478 são hipertensos (97,7%). Do total de idosos, 13 são acamados, os quais alguns deles são bem cuidados e tem cuidadores, outros tem problemas de cuidados no domicílio. Alguns deles recebem o tratamento, mas não é fornecido pelo famílias, outros recebem o tratamento de forma correta e outros são automedicados. É bom reconhecer que os pacientes idosos precisam de atendimento e acompanhamento pela equipe, avaliação continuada e controle de risco e prevenção de doenças.

Resumindo, nossa ESF tem problemas relacionados com o cadastro da população adstrita, que não é atualizado. A realidade é que a maior parte dos registros encontra-se incompletos, outras vezes as pessoas mudam de casa e os novos moradores não são cadastradas e em muitos casos são cadastrados porque eles mesmos chegam até a UBS de saúde procurando atendimento. Outro problema encontrado é que muitas crianças menores de 1 ano e gestantes não realizam acompanhamento nesse serviço, sendo que muitos usam serviços especializados sem passar pela atenção básica, ou até mesmo serviços particulares. Considero que se a equipe de saúde não conhece o total da população assistida, o número de

mulheres em idade fértil, mulheres grávidas, crianças menores de um ano, pessoas idosas, pacientes com doenças crônicas, sendo impossível fazer um acolhimento adequado á demanda espontânea e planejamento adequado em quantas ações programáticas na comunidade.

Outro problema está relacionado a dificuldade no programa de atenção a saúde da mulher, pois não recebemos resultados dos exames há 4 meses. Além disso, os registros estão desatualizados. Todos os cito-patológico que chegam são positivos em relação à infecção vaginal pela falta de atividades de promoção e educação de saúde. As vezes não se faz tratamento clínico a paciente, pois se aguarda muito tempo na espera do resultado de exames. A dificuldade com a internet impossibilita diversas ações na ESF. Temos balanças de adultos e crianças descalibradas, deficiência de medicamentos, longas filas para consultas com especialistas e para realização de exames.

A equipe de saúde encontra se trabalhando em todos os problemas que foram encontrados durante todo o trabalho realizado, durante o preenchimento do caderno de ações programáticas, reconhecendo que o principal problema encontrado está relacionado com o cadastro da população, já que a partir de ter esse trabalho é que a equipe pode determinar os principais grupos de idades, e a partir de ale começar a fazer as atividades relacionadas com os programas da saúde da família, tendo em conta que este trabalho está relacionado com a promoção, prevenção, controle de doenças e seguimento das mesmas. Outra coisa muito importante, ter dentro da unidade os arquivos de vacinação, provas citológicas, mamografias, ter arquivo de crianças e mulheres grávidas além destas ter seguimento já seja pelo privado ou pelo centro da mulher, o que faria possível ter o controle das consultas, faltosas e atrasadas, assim mesmo deve ser feito com os pacientes de doenças crônicas como são hipertensão e diabete, deve ter controle ou arquivo de pacientes idosos e quais deles são encamados, e quais deles tem cuidador, ou uma pessoa responsável dele, além de saber determinar quais deles sofre de maltrato intrafamiliar.

Devem-se incrementar as atividades de prevenção e promoção de saúde. Acredito que com isso ficou resolvidos a maior parte dos problemas que tem a comunidade. Reconheço que é muito difícil fazer um trabalho onde todos os níveis de saúde tenham um bom funcionamento, e também reconheço que oferecer um atendimento com qualidade, integralidade e equidade requeira de um trabalho em

conjunto com a equipe de saúde, demais níveis de atenção de saúde, equipamento adequado, um posto de saúde com condições estruturais ótimas, mas considero que todas as coisas podem ser possíveis se todos são responsáveis de nosso trabalho, se conhecemos bem os problemas de nossa comunidade e logramos resolver todos os problemas dela além das dificuldades que possam ter.

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

Os problemas detectados no texto inicial ainda estão presentes, mas a equipe vem tentando trabalhar de forma ordenada e cumprindo todos os programas da ESF. Estamos conseguindo diminuir os pacientes com patologias crônicas descontroladas que chegam até a consulta, mudando estilos de vidas e hábitos dietéticos. Conseguimos que nossa equipe venha trabalhando unida e de forma sincronizada com as ACS e a equipe do NASF.

Uma das coisas muito importantes que estava acontecendo na época do primeiro texto foi que não havia disponibilidade de registros de muitos dos programas, o que começou a ser modificado durante todo o trabalho realizado nesta unidade de análise situacional.

Acho que se ganhou em organização do trabalho e se ganhou muito no trabalho em equipe, logrando-se abordar de melhor maneira os problemas da comunidade e oferecendo as soluções a cada problema de saúde existente na comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O programa de atenção a saúde da mulher, mais especificamente a atenção à prevenção de câncer de mama e de colo de útero, torna-se importante pois sabe-se que o diagnóstico precoce de qualquer tipo de câncer melhora o prognóstico e as chances de vida dos pacientes. Com o diagnóstico precoce, pode-se oferecer um encaminhamento da mulher para atendimento e tratamento com a doença em estágios iniciais. Protocolos baseados em evidências determinam que toda mulher em idade compreendida entre 25 a 69 anos devem fazer testes cito-patológicos do colo de útero, com um período de três em três anos, sendo esta a idade mais vulnerável para o desenvolvimento de câncer de colo de útero, além de incluir dentro deste grupo as mulheres com vida sexual ativa, ficando fora do programa aquelas mulheres de 64 anos com três testes anteriores negativos. Em relação ao câncer de mama, os protocolos determinam que toda mulher acima de 40 anos deve fazer a mamografia anualmente. Estes serviços podem ser disponibilizados pela atenção básica e podem ajudar a controlar o desenvolvimento dessas doenças (BRASIL, 2013).

A ESF Jardim Primavera é uma unidade que funciona como estratégia faz 10 anos e que apresenta uma estrutura física adequada, contando com sala de vacina, curativos, atendimento de enfermagem, nebulização, duas salas de consulta, consulta de odontologia, sala de procedimentos ginecológicos, sala de grupos e reuniões da equipe. A equipe de saúde é completa. Há um planejamento de trabalho dirigido à saúde da família, a nível individual e coletivo. A população adstrita acompanhada pela ESF Jardim Primavera é de 4292 habitantes, dos quais 1.070 são mulheres em idade compreendida entre 25 e 69 anos, que devem fazer teste

cito-patológico de três em três anos e 398 mulheres são mulheres com mais de 40 anos, as quais também devem fazer mamografia.

A população alvo para prevenção dos cânceres de colo de útero e mama consiste em 1070 mulheres. Já são realizadas atividades de promoção em saúde relacionadas como com a qualidade de atenção à saúde da mulher, onde são feitas vacinas, palestras para melhorar o conhecimento da população em relação as doenças de transmissão sexuais, uso de preservativos, aumento de conhecimento relacionado com a importância do procedimento do teste cito-patológico, além da promoção do auto exame de mama (orientação sobre a técnica e melhor etapa do mês para sua realização). O resultado dos exames cito-patológicos, atualmente, demoram mais ou menos 30 a 45 dias. Entretanto, há alguns meses não se recebe os resultados destes exames. Não existe arquivo específico para registros do programa de saúde da mulher, existe apenas um livro onde se faz controle das mulheres que fazem exames cito patológicos, e seus respectivos resultados e não existe planejamento das ações do programa.

A ação programática relacionada com saúde da mulher, especificamente relacionada com um diagnóstico precoce de câncer de colo e mama, será implementada na ESF Jardim Primavera em um dia fixo da semana, além de ser realizada em qualquer momento quando a mulher chega até a UBS (demanda espontânea e agendada). A intervenção é possível de ser viabilizada, pois contamos com uma equipe completa, preparada e que conhece a população alvo da comunidade (os registros de territorialização estão atualizados). Dos 3 exames sugestivos de câncer de colo no período da análise situacional, nenhuma mulher teve acompanhamento como deve ser feito: todas foram orientadas, mas se mantêm faltosas às consultas. Em relação ao diagnóstico precoce de câncer de mama, não existe arquivo onde possamos ter o número de mulheres que tem feito o exame de mama. Estes fatores, associados ao fato da falta de registros e necessidade de melhorias no recebimento dos exames, mostram necessidade em obter a melhoria do programa.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a prevenção de câncer de colo e mama na ESF Jardim Primavera, na cidade de Cruz Alta, Rio Grande Do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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 80%;

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 80%.

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

2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame cito-patológico de colo de útero.

3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame cito patológico de colo de útero e mamografia

3.1. Identificar 100% das mulheres com exame cito-patológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde;

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

3.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame cito-patológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde;

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

4. Melhorar o registro das informações

4.1. Manter registro da coleta de exame cito-patológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas;

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Primavera, no município de Cruz Alta, Rio Grande do Sul.

2.3.1 Detalhamento das ações

Monitoramento e avaliação

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 80%.**

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 80 %.

- Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).
- Monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente).

Primeiramente a equipe de saúde deve conhecer o total da população alvo localizada na área de abrangência, logo fazer a classificação de risco para assim conhecer quais delas devem fazer preventivo de 6 em 6 meses, anual e de três em três anos. Logo, temos que avaliar quais são as mulheres que tem feito os preventivos e quais são que tem o preventivo pendentes que devem ser recuperados no ano, incluir em essa população alvo aquelas mulheres menores de 25 anos com vida sexuais ativa. Este monitoramento deve ser feito de forma trimestral. Deveremos conhecer o total de mulheres em idade compreendida entre 50 e 69 anos que devem ter mamografias feitas, quantas delas tem esta prova feita no ano e quase delas ainda não tem o exame feito, além de fazer exame de mama a toda mulher que chega a consulta para fazer o exame preventivo.

Feito pelas agentes de saúde comunitárias.

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

- Monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados.

No momento da tomada da amostra, deve-se fazer como está regulamentado no protocolo a respeito desse procedimento, preenchendo todos os dados que são obrigatórios. Deve-se avaliar a amostra do colo de útero e endocervi, que não esteja contaminada e se foi armazenada de forma adequada com a devida identificação, e com o líquido de conservação da amostra. Para isso, é necessário que isto seja avaliado no momento do exame em todas as mulheres. Também se deve avaliar os resultados das amostra quando eles retornam à UBS, tratando de que seja a menor quantidade de amostras com falhas.

Sendo avaliado e realiza pela enfermeira encarregada do programa.

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

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

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

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

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

- Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

Vamos garantir que a mulher entre os 50 e 69 anos tenha feito as mamografias, avaliando e dando seguimento àquelas mulheres com exame alterado. É preciso que exista um membro da equipe, que deve ser de preferência o enfermeiro, que seja responsável por controlar que elas agendem o exame logo ao ser indicado e cheguem até a UBS resultado do mesmo. Isto deve ser feito com uma frequência semanal. Se a paciente tiver resultado positivo para algum exame, o enfermeiro fará contato com o ACS, que fará a busca ativa da mesma, para que compareça à UBS para buscar seu exame e iniciar o tratamento.

Avaliação dos exames feito pela médica e logo a busca ativa das mulheres pelas agentes de saúde de aquelas mulheres com exames alterados.

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

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

- Monitorar os resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

A primeira coisa que a equipe deve fazer é ter registro total de mulheres que devem fazer exame preventivo e mamografia, logo fazer registro das mulheres que tem feitos isto exames, ter registro de aquelas com fatores de risco, aquelas que devem ser monitoradas de 6 em 6 meses, aquelas com preventivos alterados, avaliar quais são as faltosas a consultas e as que tem pendente o exame. Os arquivos devem ser feitos no mínimo em uma semana, a partir de ali começar avaliar de forma quinzenal aquelas faltosas a consultas e pendentes e citar o dirigir o exame com ajuda das agentes de saúde. Acho que o primeiro é conseguir que a equipe toda atualize os arquivos existentes, e fazer aqueles que ainda não existem e a partir de ali começar a trabalhar com a população alvo.

A atualização dos registros é feita pela enfermeira e a avaliação da qualidade dos registro é feito pela medica.

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

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

- Monitorar a realização de avaliação de risco em todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde.

Logo de ter conhecimento do total de mulheres começar avaliar em a consulta e visitas a famílias o risco, devemos dirigir ações contínuas para avaliação de risco. Nesse primeiro momento, isso deve ser feito de forma imediata nos primeiros 15 dias da intervenção, onde o responsável será o enfermeiro em conjunto com médicos e ACS.

Responsável medica e enfermeira do programa.

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

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

- Monitorar número de mulheres que receberam orientações.

Vamos fazer palestras nos primeiros quinze dias, por micro áreas para orientar a todas as mulheres sobre a importância do exame cito-patológico e de mamas, quais são as idades de maior risco para estas doenças e quais são os fatores de risco. Isto deve ser feito com uma frequência semanal, visto que objetivamos fazer a orientação ao total de mulheres, fazendo registro desta atividade de promoção de saúde para assim avaliar quantas mulheres receberam orientação sobre o tema.

Responsável médica e enfermeira do programa.

Organização e gestão do serviço

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 80%.

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

Isso será feito **pela enfermeira da unidade**, quem fará a primeira avaliação da mulher e orientará as medidas que tem que ser tomadas antes de fazer o exame.

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 80 %.

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

Para acolher às mulheres, é necessário criar uma consulta para avaliar os fatores de riscos de cada mulher, fazer o exame da mama e a posterior indicação da mamografia. O primeiro contato será realizado com a **enfermeira**, quem explicará o processo a ser realizado e logo se complementará na consulta com o médico da estratégia.

2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame cito-patológico de colo de útero.

- Organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames.
- Definir responsável pelo monitoramento da adequabilidade das amostras de exames coletados

O responsável pelo monitoramento dos arquivos vai ser **a enfermeira que é a responsável pelo programa**. Os arquivos vão ser organizados dentro da consulta com o objetivo de fazer o trabalho dinâmico e mais fácil.

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

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

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

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

- Facilitar o acesso das mulheres ao resultado do exame cito-patológico de colo de útero.

- Acolher todas as mulheres que procuram a unidade de saúde para saber o resultado do exame cito-patológico do colo de útero.

- Facilitar o acesso das mulheres ao resultado da mamografia.

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

- Organizar visitas domiciliares para busca de mulheres faltosas.

Os exames serão avaliados pelo médico e, para aqueles que estão alterados, na hora será feito agendamento da consulta para iniciar tratamento médico. Se a paciente faltar à consulta, já se faz o planejamento da busca ativa da mulher para a próxima semana, no horário da visita à família. Com relação à mamografia, esta ação pode ser mais difícil, já que o resultado deve ser procurado pela própria mulher no centro da mulher, mas com uma periodicidade semanal se fará avaliação dos arquivos de mamografia e por meio das ACS se fará a busca da mulher para ter certeza se o exame foi realizada e que o resultado está pronto e logo proceder a avaliação em consulta. As mulheres faltosas a consultas receberão visita à família pelas ACS, que levarão já a data do dia do exame. Se apesar disso a paciente não compareça até à UBS, está será procurada pela equipe de saúde (**enfermeira, médico, agente de saúde**).

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

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

- Manter as informações do SIAB atualizadas ou ficha própria.
- Implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento do registro.

Os registros serão mantidos pela enfermeira, as informações do SIAB também serão mantidas pela enfermeira. O responsável pelo monitoramento dos registros será a **médica**, que realizará essa atividade de 15 em 15 dias.

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

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

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

A identificação das mulheres em risco será feita pela **médica**, o acompanhamento diferenciado vai ser feito dando preferência a essas mulheres quem tem que realizar o exame de seis em seis meses.

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

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

- Garantir junto ao gestor municipal distribuição de preservativos.

Para isso, vamos conversar com os gestores em uma reunião, para que seja garantido preservativos em quantidade suficientes em relação com a população alvo assistida pela ESF. **Enfermeira coordenadora da ESF**

Engajamento público

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 80%.

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 80%.

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

- Informar a comunidade sobre a importância de realização do exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama e do acompanhamento regular.

As **ACS** vão informar a comunidade nas visitas domiciliares e também a equipe irá orientar qual é a importância da realização dos exames, para que se realiza o exame e como pode ser resolvido o problema se se faz o diagnóstico precoce.

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

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas).

Para isso, vamos a fazer palestras em todas as micro áreas, onde daremos a possibilidade que a comunidade plante suas dúvidas em relação aos exames.

Responsável enfermeira do programa.

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

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

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

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

- Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

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

- Informar as mulheres e a comunidade sobre tempo de espera para retorno do resultado do exame cito-patológico de colo de útero.

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

Para isso, **médica e enfermeira** vão fazer orientação a cada mulher, na hora do acolhimento, consulta e nas palestras. A mulher vai ter conhecimento do exame e dos possíveis resultados e qual vai ser a conduta no caso o resultado não seja favorável. As mulheres serão informadas pela **enfermeira** sobre tempo da chegada do resultado e lugar onde tem que procurar o exame. A comunidade será informada sobre a importância do exame durante todo o trabalho de intervenção, nas palestras e nas consultas.

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

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

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres (se houver número excessivo de mulheres faltosas).

- Esclarecer as mulheres e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames.

As ACS irão ouvir a comunidade e trazer as informações para o restante da equipe, programando a equipe estratégias para modificar esse fato. Para esclarecer as mulheres sobre a periodicidade recomendada, a **médica e enfermeira** falarão diretamente a paciente, dependendo do caso, durante as coletas do exame.

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

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

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

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

Para isso, **a equipe toda orientará** sobre os fatores de risco nas consultas, nas palestras e no acolhimento.

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

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

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

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

- Incentivar na comunidade para: o uso de preservativos; a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis.

Para isso, vamos fazer orientações a nível individual e coletivo, buscando avaliar a necessidade de orientação nas escolas. A comunidade tem que conhecer os fatores de riscos, como modifica-los, se fara atividades dinâmica dentro da estratégia para mostrar como se usa o preservativo, importância do mesmo. Este trabalho vai ser realizado **pela enfermeira, medica e agentes de saúde.**

Qualificação da prática clínica

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 80%.

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 80%.

- Atualizar a equipe na coleta do cito patológico do colo de útero de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

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

Para isso, se fara capacitação da equipe de saúde principalmente as enfeiras responsável pela coleta da amostra, isto será **feito pela médica**, aproveitando as reunião da equipe, com uma frequência semanal. Temos que falar com o gestor para que disponibilize material necessário para a avaliação dos resultados dos exames

2.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame cito-patológico de colo de útero.

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

Para isso, faremos capacitação de todas as ACS em relação a periodicidade que tem que ser feito o exame.

Encarregada a médica e coordenadora da unidade de saúde

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

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

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

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

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

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados da mamografia.

A equipe será capacitada na primeira semana de intervenção, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, **sendo a médica e a enfermeira as responsáveis** pela organização das atividades. Faremos capacitação de todas as ACS em relação a periodicidade que tem que ser feito o exame e a busca ativa das faltosas. Para busca ativa, a capacitação vai ser feita pela médica em conjunto com a enfermeira responsável do programa. Capacitaremos a todas pessoas que são a responsável pela entrega dos exames.

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

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

- Treinar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado das informações

Para isso, se fará capacitação da enfermeira para realizar o registro adequado das informações.

Enfermeira responsável do programa

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

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar avaliação de risco para câncer de colo de útero e de mama.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação.

Para isso, a equipe tem que ter conhecimento de todos os fatores de riscos, quando uma mulher apresenta risco incrementado. Será feito trabalho de capacitação da equipe na primeira semana da intervenção, onde a **médica** será responsável pela pauta da atividade.

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

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

- Capacitar a equipe para orientar a prevenção de DST e estratégias de combate aos fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.

O trabalho que tem que ser feito no dia a dia, **pela médica, ACS e enfermeira** na hora do acolhimento, consulta e nas visitas a família. Por isso, nesta capacitação da primeira semana, todas essas profissionais vão estudar em conjunto todas as orientações que serão fornecidas, para que haja coincidência de informações.

2.3.2 Indicadores

1.1 Proporções 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.

1.2 Proporções 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.

2.1. Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame cita patológico do colo de útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame cita patológico de colo de útero realizado.

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

3.1 Proporção de mulheres que tiveram exame cito-patológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame cito-patológico de colo de útero alterado.

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

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

Numerador: Número de mulheres com exame alterado (cito-patológico 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 (cito-patológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

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.

4.1. Proporção de mulheres com registro adequado do exame cito-patológico de colo de útero

Numerador: Número de registros adequados do exame cito-patológico de colo de útero.

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

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.

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.

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.

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.

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Câncer de Colo de útero e de Câncer de Mama na UBS, vamos utilizar o Manual Técnico de Controles de Câncer de Colo de útero e de Mama, do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013). A logística do projeto de intervenção deve estar encaminhada ao cumprimento das ações de saúde que devem ser feitas para a realização do presente projeto de intervenção.

A primeira ação que deve ser feita é a discussão do protocolo de atendimento a todas as mulheres. Isto deve ser feito na reunião de equipe da semana, onde devem participar todos os integrantes da equipe de saúde. Após, vamos capacitar a equipe sobre a coleta das amostras, conservação das amostras e traslado delas até o centro da mulher, além de capacitar a equipe sobre a interpretação dos resultados e avaliação de riscos, além de capacitar as ACS sobre as buscas ativas e as enfermeiras sobre as orientações e recebimento dos exames. Também vamos ter um pessoal responsável de levar as amostras e pegar os resultados delas de forma semanal.

Para monitorar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade periodicamente (pelo menos trimestralmente), primeiramente a equipe de saúde deve conhecer o total da população alvo localizada na área de abrangência, isto deve ser feito por micro área todos os dias de trabalho pelas agentes de saúde, as quais devem fazer entrega todos os dias do total de mulheres entre 25 e 64 anos, até completar os 100 por cento das mulheres que moram em cada micro área. O trabalho deve ser terminado em uma semana para poder fazer classificação de risco por meio das consultas e visitas a famílias. Este relatório deve ter além do número e identificação das mulheres, quais delas ainda não tem o preventivo feito.

A captação e monitoramento da cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade periodicamente

(pelo menos trimestralmente) será feita de forma semelhante. Será buscado conhecer o total de mulheres em idade compreendida entre 50 e 69 anos que devem ter mamografias feitas, quantas delas tem esta prova feita no ano e quase delas ainda não tem o exame feito, além de fazer exame de mama a toda mulher que chega a consulta para fazer o exame preventivo. Este trabalho deve ser feito pela equipe toda em as visitas as famílias, consultas e captação na comunidade pelas agentes de saúde.

O responsável por monitorar a adequabilidade das amostras dos exames coletados é a enfermeira da UBS. A médica fará a programação dos exames preventivos, para o qual deve fazer-se o acolhimento adequado a todas as mulheres que chegam até a UBS em relação com a demanda o qual deve aumentar em relação ao total de mulheres que ficam pendentes ela prova, isto deve ser monitorado semanalmente, deve ser feito no mesma UBS e deve ser destinado para isto um dia fixo da semana, para que esta consulta possa ser feita com avaliação completa da mulher em relação com os riscos, exame de mama, coleta de amostra com a qualidade recomendada. Além disso, a médica também será responsável por capacitar a todo o pessoal que estará coletando as amostras, para faze-lo em relação o protocolo de atendimento do programa de saúde da mulher.

Será feito o monitoramento dos resultados de todos os exames para detecção de câncer de mama, bem como o cumprimento da periodicidade de realização dos exames prevista nos protocolos adotados pela unidade de saúde. O responsável desta tarefa serão as técnicas de enfermagem, que com uma frequência semanal devem ir até o centro da mulher a pegar o resultado de todos os exames preventivos feitos, tendo em conta que tem uma demora de 30 a 45 dias. Esses exames vão ser avaliados pela médica com igual frequência, que fará o pedido de agendamento de consulta, acionando as ACS para marcar consulta a todas aquelas mulheres com exames alterados, com mostras falidas e com infecção vaginal diagnosticada pelo exame microbiológico.

Os registros de todas as mulheres acompanhadas na ESF deverão ser monitorados pela enfermeira responsável, com uma periodicidade quinzenal, os quais devem estar já neste momento todos feitos, e com a população alvo já em o arquivo primário. Os arquivos devem ser feitos no mínimo em uma semana, a partir dali começar avaliar de forma quinzenal aquelas faltosas a consultas e pendentes, a partir daí deverá acionar os ACS para busca ativa. Acho que o primeiro passo será

conseguir que a equipe toda atualize os arquivos existentes, e fazer aqueles que ainda não existem e a partir de ali começar a trabalhar com a população alvo. Logo de ter conhecimento do total de mulheres, deverá se iniciar o monitoramento da realização de avaliação de risco nas consultas e visitas a famílias, e assim dirigir as ações contínuas que devem ser feitas. Isso deve ser feito de forma imediata, nos primeiros 15 dias do trabalho de intervenção onde deve estar trabalhando enfermeiro em conjunto com médicos e agentes de saúde.

Serão feitas palestras nos primeiros 15 dias de intervenção, por micro-áreas para orientar a todas as mulheres sobre a importância do exame cito-patológico e de mamas, quais são as idades de maior risco para estas doenças, quais são os fatores de risco. Após a primeira rodada de palestra em todas as micro-áreas, a frequência aumentará e então estas serão feitas com uma frequência semanal por micro-áreas, onde todas as mulheres serão chamadas pelas ACS para cadastramento. Isto deve ser feito com uma frequência semanal, até chegar ao total de mulheres, fazendo registro desta atividade de promoção de saúde para assim avaliar quantas mulheres receberam orientação sobre o tema DSTs. Os registros das mulheres que já são cadastradas ou orientadas serão feitos pelas técnicas de enfermagem, as quais vão fazer o trabalho de prevenção de saúde fazendo promoção ao uso de preservativos. As mesmas farão entrega dos mesmos e mostraram a forma de como deve colocar-se e retirar-se.

3 Relatório da Intervenção

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 a mortalidade por elas, é por isso que se faz necessário a realização do programa de saúde da mulher desde a atenção primária, que é onde se faz todas as ações de prevenção e promoção de saúde. O presente relatório irá relatar as ações desenvolvidas durante a intervenção de 12 semanas que objetivou melhorar a qualidade da atenção à saúde das mulheres na ESF Jardim Primavera na cidade de Cruz Alta/RS.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foi necessário desenvolver um conjunto de ações para alcançar o cumprimento do objetivo de melhorar a detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos de idade e detecção precoce do câncer de colo uterino das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade. Para a coleta dos dados do projeto de intervenção, foi utilizada a planilha de coleta de dados para câncer de colo de útero e de mama (disponibilizada por este curso), onde foi registrado se o exame estava em dia, se amostra foi satisfatória, se o exame estava alterado e se foi feita busca ativa para mulheres com exame positivo para que esta realizasse tratamento médico. Também foi usada uma ficha espelho individual para registro das informações. Foram avaliados os fatores de riscos para câncer de mama e de colo de útero. Atualmente temos o registro organizada para as mulheres com fatores de risco, aquelas que devem ser monitoradas de 6 em 6

meses, aquelas com preventivos alterados, avaliarmos quais são as faltosas a consultas e as que tem pendente o exame.

Para cumprir com todas as ações propostas no projeto de intervenção para os quatro eixos programáticos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica) foi feito um cronograma. Apesar dos problemas que a equipe apresentou pelo clima, férias de profissionais da equipe e pela carência de materiais, o cronograma foi cumprido durante as 12 semanas de intervenção.

As ações de capacitação foram feita no inicio do projeto de intervenção e foi feita de forma programada todas as semana aproveitando o horário da reunião da equipe onde um dos temas estava em relacionamento com o projeto de intervenção, a capacitação foi feita para cada um dos membros da equipe, onde foi falado desde o procedimento das coletas das amostras, exame de mama, fatores de risco que tinham que ser avaliados, e como se faria a busca ativa na comunidade a aquelas mulheres faltosa a consulta ou que não retornaram para tratamento médico.

Primeiramente a equipe de saúde soube o total da população alvo localizada na área de abrangência, que são 1.070 mulheres em idade compreendida entre 25 e 64 anos que estão na faixa etária de risco para câncer de colo de útero. Foram avaliados os prontuários de todas as mulheres que estavam dentro dessa faixa etária nos arquivos da ESF do programa da saúde da mulher pré-existente para iniciar os registros de quem tinha exame em atraso. Esta avaliação foi feita pela enfermeira e a médica da estratégia de saúde. Logo, fez-se a classificação de risco para conhecer quais mulheres deveriam fazer preventivo de 6 em 6 meses, anual e de três em três anos. Esta avaliação foi feita a 303 mulheres que encontravam se dentro da faixa etária (28,3% das mulheres com idade entre 25 e 64 anos). Depois, avaliou-se quais são as mulheres que tem feito os preventivos e quais são que tem o preventivo pendente que devem ser recuperados no ano. Esta ação foi desenvolvida em conjunto médico e enfermeira.

No momento da coleta da amostra, a equipe vem seguindo o que é regulamentado para tal procedimento, preenchendo todos os dados que são obrigatórios no momento da coleta da amostra e avaliando que seja tomada a amostra do colo de útero e endocérvice. Para que a amostra seja de qualidade se fez necessário procurar na interrogatória data da última relação sexual, já que este exame deve ser feito ao menos três dias posterior, ou seja, que a amostra não seja

contaminada, que se coloque de forma adequada com a devida identificação e com o líquido de conservação da amostra. Para isso, foi necessário avaliá-las no momento da coleta para todas as mulheres cadastradas e participando da intervenção. Durante o período da intervenção, não tivemos amostras insatisfatórias. No primeiro mês não tivemos mulheres com o exame cito patológico alterado, mas no segundo mês tivemos 10 mulheres com exame alterado e nenhuma das 10 mulheres retornou aa UBS de saúde para continuar com o tratamento médico, sendo que todas receberam busca ativa para continuar o tratamento. No terceiro mês fechamos com 45 mulheres com exame alterado, das quais 26 não retornaram para tratamento, tendo que ser feita busca ativa para 57,8%. Somente três delas teve exame positivo para células malignas, as demais tinham exame microbiológico alterado. Apesar da alteração microbiológica não ser considerada a título de controle do câncer de colo, essas mulheres precisavam de tratamento e precisavam retornar à ESF e por isso registramos como exame alterado.

Conheceu-se o total de mulheres em idade compreendida entre 50 e 69 anos que devem realizar mamografias. O total de mulheres da comunidade foi 411, das quais 104 mulheres foram avaliadas, representando 25,3% da população em risco. Todas elas ficaram ao final da intervenção com exames em dia e, felizmente, todas com o exame negativo para câncer de mama. Para garantir que a mulher entre os 50 e 69 anos tenham feitas as mamografias, foi preciso determinar um membro da equipe para controlar e monitorar as mulheres que marcam, realizam o exame e pegam o resultado do mesmo na ESF. Isto tem sido feito com uma frequência semanal pelo enfermeiro.

Realizamos palestras nas 8 das micro-áreas do total da área de abrangência e se continua com a realização das mesmas. Essas palestras tem o objetivo de realizar promoção em saúde e orientar mulheres quanto à periodicidade dos exames, além de captar mais mulheres com exames atrasados. Isto deve continuar sendo feito com uma frequência semanal, até chegar ao total de mulheres cadastradas no programa e participando desta atividade de promoção de saúde.

Continuamos trabalhando no projeto de intervenção, pois esta intervenção foi uma ferramenta para inserir tais ações dentro da rotina do trabalho da ESF. A equipe aspira alcançar uma cobertura de ao menos 80% da população alvo em breve.

Ainda não temos os resultados esperados para cobertura do programa (meta era inicialmente 80%), já que estamos com menos de 50% das mulheres registradas e sendo acompanhadas no programa. Acredito que nos próximos três mês se consiga atingir essa meta. Uma das causa foi que nos primeiros três meses do ano não foi possível fazer coleta do exame por problemas no laboratório, além dos atrasos da chegada dos resultados até a ESF. Agora isto encontra-se normalizado.

Objetivou-se identificar mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde, ação que tem dificuldade para seu cumprimento, já que a equipe realiza a indicação da mamografia, mas não agendamos a data desse exame. A mulher tem que ir até o centro da mulher onde é marcado o exame. Logo que faz, em muitas das ocasiões ela não volta até a ESF para a avaliação desse exame. Ainda não conseguimos um sistema onde a ESF saiba quando a mulher faz o exame e qual é o resultado. Acho que logo que se consiga informatizar as ESF, os laboratórios e hospitais, o pessoal da ESF possa visualizar o resultado dos exames online e assim fazer busca ativa em caso esteja alterado. A equipe de saúde logo da indicação da mamografia orientou a mulher a marcar a data do exame no centro da mulher, e agendou a data do retorno a consulta para mostra do exame, ação que dou bom resultados.

Também, objetivou-se realizar busca ativa de mulheres com exames cito patológicos e/ou mamografias alterados sem acompanhamentos pela unidade de saúde. Esta ação se cumpre, mas depende da chegada do resultado do exame até à ESF, seja via da secretaria de saúde ou levado à consulta pela paciente. Conseguise realizar a ação para avaliação dos resultados que chegam à ESF e se faz busca ativa daquelas pacientes com exame alterado e que precisam tratamento e acompanhamento médico.

Algumas ações referentes à qualificação do atendimento para prevenção dos cânceres de colo e mama estão sendo realizadas de forma correta, mas ainda não temos oferecido as orientações para 100% das mulheres cadastradas. Isso deve cumprir-se nos meses seguintes de trabalho no projeto. Tratam-se das ações: manter registro da coleta de exame cito patológico de colo de útero em registro específico das mulheres cadastradas, manter registro da realização da mamografia em registro específico, pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero das mulheres entre 25 e 64 anos, realizar avaliação de risco para câncer de mama das mulheres entre 50 e 69 anos, orientar as mulheres cadastradas sobre doenças

sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero e mama.

Outra das coisas que ainda a equipe não consegue resolver é que o exame citopatológico chegue aos 45 dias, pois às vezes demora meses a chegada dos resultados dos exames citopatológicos sem ter resposta ainda do porque da demora.

Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção encontramos outros problemas que foram adicionando outras ações. Por exemplo: o trabalho de promoção deve ser encaminhado aos fatores de risco, bem direcionado para doenças de transmissão sexual, devido a grande incidência encontrada nessa população durante o período de intervenção. Na nossa intervenção, as mulheres que chegavam a consulta também solicitavam os testes rápidos de sífilis, HIV e hepatite. Foi preocupante o número de mulheres que apresentaram teste para sífilis positivo, sendo um total de 15, sem adicionar os parceiros, sendo só feita esta avaliação no último mês, pelo que foi decidido que a toda mulher o médico ou enfermeira sugerisse fazer o exame, ressaltar que isto não aconteceu em mulheres jovem também foi em mulheres maiores de 45 anos, pelo que foi sugerido pela equipe fazer um trabalho paralelo como este projeto nas escolas e a comunidade de doença de transmissão sexual. Considerando isto como outro problema de saúde da comunidade, procuramos estender as orientações nas palestras a todas as mulheres com vida sexual ativa independentemente da idade. Devemos trabalhar muito mais nas mulheres jovens, já que o projeto demonstrou que existe desconhecimento nestas doenças, forma de prevenção das mesmas, o uso de métodos anticoncepcionais e tempo de uso dos mesmos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações em nosso projeto, durante a intervenção, foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houveram dificuldades na coleta de dados. A planilha de coleta de dados encontra-se funcionando de forma correta, fez os cálculos dos indicadores corretamente e precisos, o que permitiu no final de cada mês, avaliar os resultados obtidos durante o desenvolvimento da intervenção.

A coleta de dados foi bem tranquila, mas início foi feita uma interpretação errada em relação às mulheres que se fez busca ativa. Ficou acertado que mesmo que o exame cita patológico seja dirigido a procurar câncer de colo e para isto tenha resultados negativos, foi colocado como exame alterado levando em conta os processos infecciosos e as doenças de transmissão sexual onde era necessário realização de tratamento.

Penso que esta planilha de coleta de dados deverá seguir sendo usada como parte da rotina diária da equipe de saúde, para assim levar melhor controle das mulheres que estão com o preventivo em dia, aquelas faltosas a consultas e assim usar isto como ferramenta da avaliação do trabalho da equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

No início, programamos só um dia da semana para coleta de amostras. Ao iniciar a intervenção, aumentamos para dois dias da semana e, pela demanda, tivemos que aumentar um terceiro dia. Continuamos fazendo às palestras todas as quartas-feiras, no horário da tarde, por micro área. No mesmo momento, é feito o agendamento das consultas às mulheres faltosas para a próxima semana, para que se faça a avaliação de risco e os exames. Tivemos algumas mudanças com o calendário previsto em relação aos dias da semana já que também o plano de trabalho da equipe mudou. Outras das mudanças foram aquelas mulheres com vida sexual ativa, mas que não entram na idade determinada para o programa, as quais não deixam de ser atendidas, mas não são incorporadas em a planilha de dados.

Ainda deve ser melhorada a dinâmica do serviço, pois o atendimento das demandas espontânea e programada pela ESF continua sendo algo difícil. A equipe espera que ao fim do projeto de intervenção se logre a melhora e mudança que todos esperamos e que os resultados cheguem no tempo regulamentado assim

como que as mulheres por se soa se preocupem pelo resultado e pelo tratamento médico se fosse o caso.

Todas as ações que são desenvolvidas no projeto de intervenção acredito que devem ser incorporadas a rotina do trabalho da equipe de saúde, e devem ser perfeiçoadas outras ações como o cadastramento do 100% das mulheres em a faixa etária de 50 a 69 anos, 100% com a mamografia em dia, além de ter um arquivo completo que já reflita até os fatores de risco de cada mulher, periodicidade com que tem que ser feito este exame, e resultados dos mesmo, para mim seria uma grande batalha vencida se no final do projeto eu possa ter o resultados do 100% das mamografias indicadas. Acho que esse tema das mamografias ainda tem grandes problemas e é onde a equipe deve trabalhar mais nos últimos meses do projeto de intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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 80%.

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

Realizando análise dos resultados no primeiro mês, 7,2% das mulheres entre 25 e 64 anos tiveram exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero (n=77), no segundo mês 16,9% (n=181) e no terceiro mês 28,3% (n=303). A figura 1 mostra a evolução deste indicador. Nossa meta inicial era cadastrar 80% da população alvo. Entretanto, ficamos muito aquém desta meta, apesar de ter um número bastante elevado de mulheres cadastradas: 303 mulheres cadastradas e com exames realizados em 3 meses significa uma média 25 mulheres por semana. Provavelmente, o nosso cálculo inicial para a meta durante o desenvolvimento do projeto foi superestimado e muito além da capacidade da equipe para o atendimento em 3 meses. Além disso, um dos motivos para não ter alcançado a meta foi que tivemos as dificuldades das férias onde a equipe não continuou com o trabalho do projeto de intervenção, outros dos problemas foi com a demora da chegada dos resultados dos exames, ainda temos resultados pendentes e por isso não foi possível fazer a avaliação total.

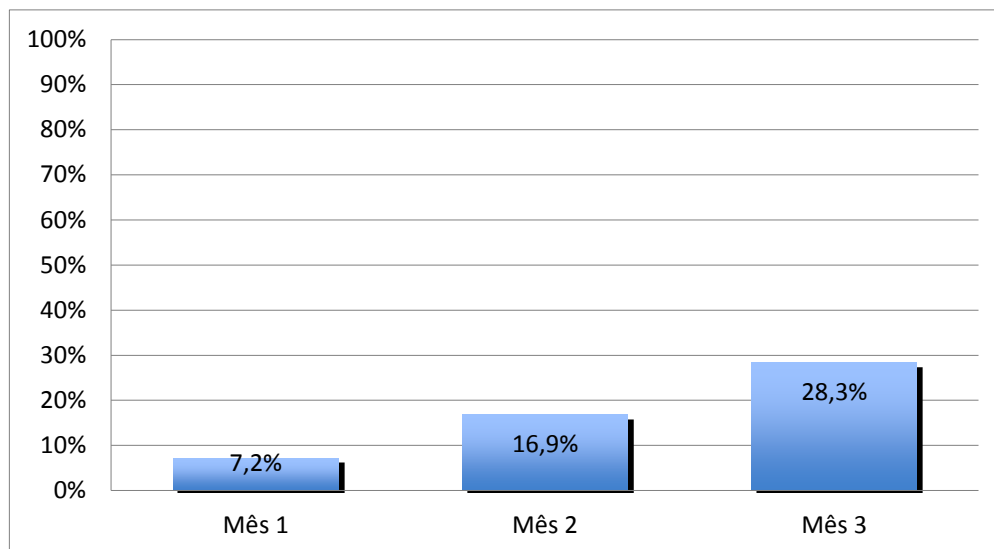


Figura 1.1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero, Cruz Alta, RS. 2015.

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 80%.

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

Na figura 2 é possível observar a evolução deste indicador. No primeiro mês 7,3% das mulheres entre 50 e 69 anos tiveram exame em dia para detecção precoce de câncer de mama ($n=30$), no segundo mês 12,7% ($n=52$) e no terceiro mês 25,3% ($n=104$). Para este indicador, também ficamos muito aquém da meta, e o motivo é o mesmo do indicador 1.1. Outro motivo para não alcançarmos a meta para o indicador de cobertura de mamografias foi que o exame é marcado no centro da mulher e muitas ou não marcavam o exame ou não retornaram para avaliação do mesmo, coisa que foi mudada quando a equipe começou a fazer as palestras na comunidade, lembrar que o projeto de intervenção começou no mês de abril. Isso foi um problema que ainda temos que resolver, embora que já temos melhor controle da população alvo que tem que ter feito este exame o que permite procurar as mulheres que não retornaram a consulta para avaliação.

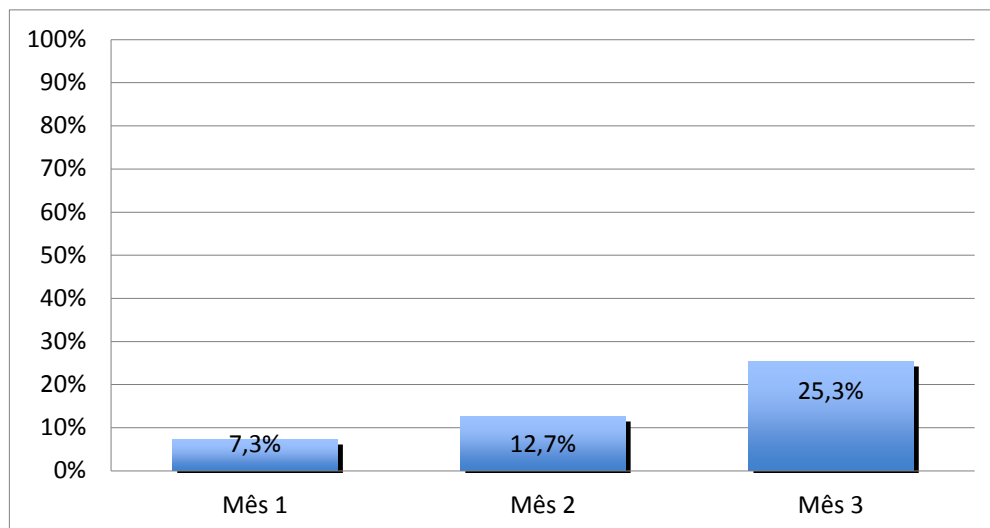


Figura 2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama, Cruz Alta, RS, 2015.

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

Indicador: Proporção de mulheres com amostra satisfatória do exame citopatológico de colo de útero.

No primeiro mês 100% das mulheres entre 25 e 64 anos tiveram amostra satisfatória no exame cito-patológico de colo de útero (n=77), no segundo mês 100% (n=181) e no terceiro mês 100% (n=303). Neste primeiro indicador de qualidade, mostramos que conseguimos qualificar e monitorar corretamente o serviço da nossa equipe para o controle de câncer de colo. O motivo para termos alcançado a meta de 100% em todos os meses foi que a equipe estava treinada, a toma das amostras foi feita em conjunto médica e enfermeira, foi orientada a todas as mulheres medidas que tem que ter em conta para fazer o exame.

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

Indicador: proporção de mulheres com exame cito-patológico alterado que não para conhecer o resultado.

Para este indicador (Figura 3), no primeiro mês não tivemos mulheres com exame alterado, no segundo mês 100% das mulheres com exame alterado não retornaram para conhecer seu resultado (n=10). Já no terceiro mês, 57,8% (n=26) mulheres com exame alterado não retornaram à ESF. A avaliação deste indicador é

diferente das demais, pois quanto menor o resultado, melhor a qualidade do serviço. Portanto, acreditamos que tivemos um avanço no último mês, onde conseguimos fazer com que metade das mulheres com exames alterados retornassem à ESF, o que não aconteceu no segundo mês. Esse avanço ocorreu devido à capacitação da equipe e do trabalho continuado em a promoção de saúde com a comunidade da população alvo.

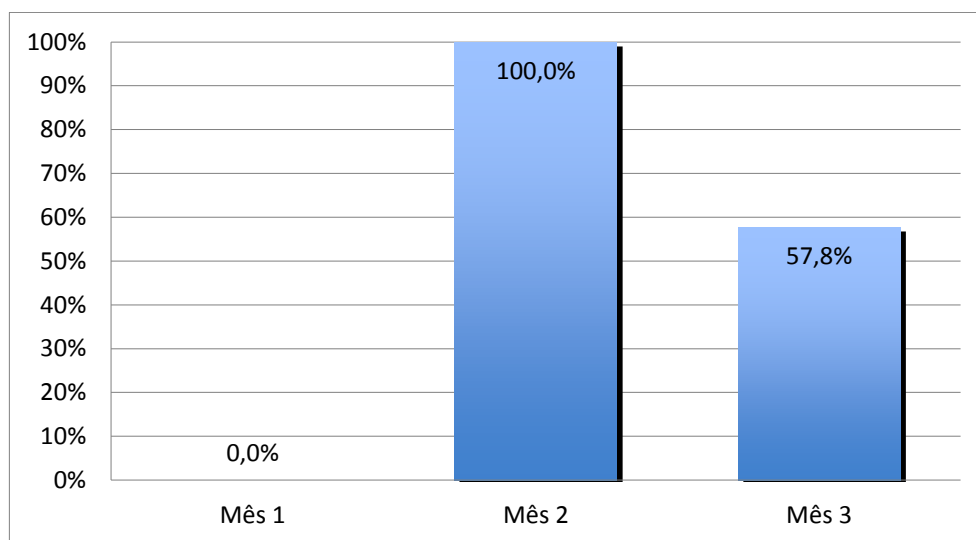


Figura 3: Proporção de mulheres com exame cito-patológico alterado que não retornaram para conhecer resultado, Cruz Alta, RS. 2015.

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

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

Felizmente, não tivemos mulheres com mamografia alterada durante este período de 3 meses. Das 30 mulheres do primeiro mês que realizaram o exame, 52 no segundo mês e 104 ao final do terceiro mês, todas tiveram resultados negativos para câncer de mama. Apesar disso, não devemos deixar de orientar as mulheres que sigam fazendo os exames em dia, para que qualquer alteração seja detectada precocemente, reduzindo a morbimortalidade da doença.

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

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

No primeiro mês não tivemos mulheres com exame alterado, no segundo mês 100% delas não retornaram a conhecer o resultado e foi feita busca ativa a todas (n=10). No terceiro mês seguiu-se buscando 100% (n=26) das mulheres com exames alterados. Este indicador também teve um resultado excelente, e isso deve-se principalmente ao trabalho feito pela equipe de saúde, já que ao receber os resultados dos exames na ESF, todas foram avaliadas pela médica e enfermeira, completado os dados dos arquivos, agendando as consultas de retorno para avaliação das que tinham exame alterado. A busca ativa daquelas que não retornaram para tratamento médico foi feita pela médica, enfermeira e ACS (Figura 4).

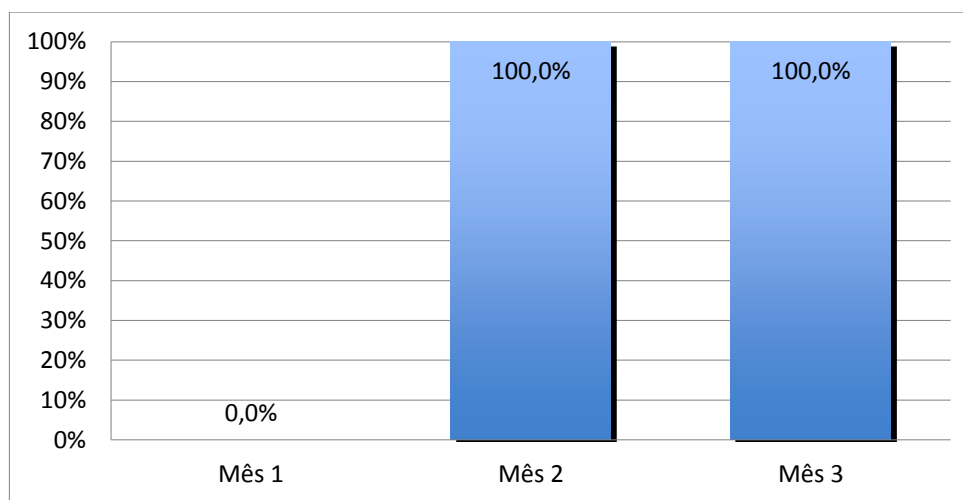


Figura 4: Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de exame citopatológico alterado e foi feita busca ativa, Cruz Alta, RS. 2015.

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

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

Não tivemos mulheres com mamografia alterada, portanto não tivemos que fazer busca ativa. Apesar disso, acreditamos que se houver necessidade no futuro, a

equipe estará preparada para fazer busca ativa da mulher com exame alterado, assim como fizemos para as que tiveram exame cito-patológico alterado.

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

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

Realizando análise dos resultados, no primeiro mês 100% das mulheres entre 25 e 64 anos tiveram registro adequado do exame cito-patológico de colo de útero (n=77), no segundo mês 100% (n=181) e no terceiro mês 100%(n=303). Esse ótimo resultado ocorreu devido ao esforço para manter o controle dos registros, que são essenciais para a organização do programa. No início do projeto de intervenção, foi feita capacitação a toda a equipe em relação com câncer de colo de útero e de mama. O primeiro ponto que foi falado foi em relação com os arquivos que tinham que ser feitos. Inicialmente, buscamos fazer um arquivo com o total da população alvo em idade compreendida entre 25 e 64 anos e total da mulheres em idade compreendida entre 50 e 65 anos. A partir desse arquivo, foi criado outro arquivo onde se registra o total de mulheres que já tem os exames em dia, o que facilita a busca daquelas mulheres faltosas. Por último, também fizemos um arquivo com o total de mulheres com fatores de riscos positivos para câncer de colo de útero e de mama, além de ter atualizado os prontuários das mulheres. A partir do trabalho realizado foi decidido avaliar os mesmo com uma frequência semanal, para não ter erros que não possam ser resolvidos de imediato. Foi feito um trabalho sistemático e continuado.

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

Indicador: proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Este indicador também apresentou os resultados alcançando a meta desde o primeiro mês, quando 100% das mulheres entre 50 e 69 anos tiveram registro adequado da mamografia (n=30), no segundo mês 100% (n=52) e no terceiro mês 100% (n=104). Desde o início do projeto priorizamos os arquivos de mamografia já

que isso nos permitiu ter melhor controle das mulheres com exame em dia, com avaliação dos resultados e permitiu a equipe fazer avaliação continuada da qualidade do programa e do projeto de intervenção. O processo realizado foi do mesmo jeito que para os arquivos de câncer de colo de útero.

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

No primeiro mês 100% das mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero (n=77), no segundo mês 100%(n=181) e no terceiro mês 100% (n=303). Foi realizada pesquisa dos sinais de alerta no momento da consulta médica. Também foi feito pela enfermeira, encarregada do exame no momento do preenchimento da fichas individual e no momento da coleta das amostras de cada uma das pacientes avaliadas neste período. A todas as mulheres da faixa etária entre 25 e 64 anos e isto nos permitiu definir quais delas tem que fazer o preventivo com uma frequência anual, ou trimestral e quais delas tem fatores de risco que no futuro podem ocasionar câncer de colo de útero, assim como modificar o trabalho com os fatores de risco que sejam modificáveis.

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

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

No primeiro mês 100% das mulheres entre 50 e 69 anos tiveram avaliação de sinais de risco para câncer de mama (n=30), no segundo mês 100% (n=52) e no terceiro mês 100% (n=104). Alcançamos a meta desde o primeiro mês e o motivo foi a realização do diagnóstico precoce de câncer de mama e fazer a modificações dos fatores de riscos. A avaliação de risco foi feita pela médica da estratégia, levando em consideração como fatores de risco os aspectos endócrinos, risco aumentado para as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação

menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos. Outros fatores avaliados incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de bebida alcoólica, mesmo que em quantidade moderada, obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e sedentarismo. História familiar, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, também foi registrada.

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

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

No primeiro mês 100% das mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre doenças DST e fatores de risco para câncer de colo de útero (n=77), no segundo mês 100% (n=181) e no terceiro mês 100% (n=303). Essas orientações foram feitas a nível individual pela médica e enfermeira, além de ser feita de forma coletiva nas palestras que ocorreram com uma programação semanal. Foram feitas por micro área, dando um total de 10 palestras, com uma duração de mais ou menos duas horas. Nelas, a equipe escutou as dúvidas das mulheres e elucidou como diminuir os fatores de risco. Também, desenvolveu-se práticas de como deve ser feito o auto-exame da mama.

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

Indicador: proporção de mulheres entre 50 e 69 que receberam orientação de DST e fatores de risco para câncer de mama.

Realizando análise dos resultados deste indicador, vimos que também alcançamos esta meta de qualidade desde o primeiro mês: 100% das mulheres entre 50 e 69 anos receberam orientação de DSTs e fatores de risco para câncer de mama (n=30), no segundo mês 100% (n=52) e no terceiro mês 100% (n=104). Tal

resultado deve-se ao trabalho continuado da equipe. No trabalho foram detectada doenças de transmissão sexual como sífilis, pois a equipe verificou a necessidade de fazer os teste de sífilis e HIV para aquelas mulheres que aceitassem. Foi encaminhado o trabalho de promoção para estas doenças, já que avaliamos que a comunidade tinha muito desconhecimento sobre este tema, todas elas foram encaminhada para o SAID onde fariam outros exames ali receberam tratamento e orientação.

Para finalizar, é possível observar que, apesar de não termos alcançado a meta inicial proposta de cadastrar 80% das mulheres em cada faixa etária alvo, alcançamos todas as metas dos indicadores de qualidade, o que mostra que o serviço foi qualificado. Com o passar do tempo e a inserção das ações desta intervenção na rotina da ESF, será possível que todas as mulheres estejam engajadas no programa e fazendo seus exames regularmente.

4.2 Discussão

Através da intervenção realizada, a equipe conheceu o total de mulheres da área de abrangência da ESF: um total de 1070 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade e 411 mulheres entre 50 e 69 anos de idade para uma população total de 4292 pessoas. Foi feita uma importante melhoria nos registros de mamografia e exames cito-patológicos, relacionando o total de mulheres com fatores de risco para câncer de mama e colo de útero. Através dessa relação, melhoramos a programação da periodicidade dos exames, total de mulheres com preventivo e mamografia feitos o que permite que a equipe conheça quais são as mulheres faltosas a consultas e quais dela não retornaram para acompanhamento e tratamento médico.

Fazendo uma análise sobre o que a equipe ganhou com a intervenção, a primeira coisa muito importante foi aprender a trabalhar em equipe. Desde que comecei a trabalhar na estratégia de saúde da família, foi a primeira vez que vi a equipe unida e discutindo os problemas da comunidade, preocupada pela comunidade e dividindo o mesmo sonho de mudar a saúde da comunidade. Foi o trabalho que todos estavam engajados para informação da comunidade. A equipe

foi ótima, todos aceitamos trabalhar no projeto, mudamos a nossa rotina de trabalho, o que não é uma tarefa fácil, pois este programa vem sendo realizado há anos, mas ainda faltava qualidade.

O trabalho das ACS foi ótimo. Elas mudaram muitas atividades, como as visitas às famílias, que no início só eram realizadas aos pacientes acamados e agora são feitas avaliando a família desde uma criança até aquela mulher que não tem o preventivo ou mamografia em dia e aquela que não retornou a consulta para tratamento médico. Em muitas ocasiões, escutei falar pela equipe que estava se trabalhando integralmente e que esse foi o trabalho que todos sonhavam realizar.

A importância da intervenção para o serviço foi o aumento significativo da qualidade do serviço. Trabalhamos mais organizados. Organizamos o trabalho com o objetivo de que a paciente no momento do exame tenha uma avaliação integral e com qualidade com a participação da médica e enfermeira nos 100% dos exames feitos. Com esta organização no controle de cânceres de colo e mama, é possível que se detecte muito mais cedo as doenças e que se reduza a morbimortalidade e necessidade de tratamentos mais complexos.

Da mesma forma, comunidade teve melhora dos serviços que são oferecidos pelo SUS, aumentou seu conhecimento sobre as doenças de transmissão sexual, sobre os fatores de risco e como diminuí-los, além de inserir a cultura do uso de preservativo feminino e masculino, o que deve ser considerado muito relevante e um grande avanço para a área em todos os sentidos, não só para redução de fatores de risco para câncer, mas também para planejamento familiar. Em nosso projeto, as mulheres que chegavam para consulta também solicitavam os testes rápido de sífilis, HIV e hepatite e foi preocupante o elevado número de mulheres que apresentaram teste para sífilis positivo (15 mulheres durante a intervenção!), sem adicionar os seus parceiros. Ressalto que isto não aconteceu somente em mulheres jovens, mas também em mulheres maiores de 45 anos, pelo que foi sugerido pela equipe fazer um trabalho paralelo como este projeto nas escolas e a comunidade de doença de transmissão sexual. No último mês, foi feita a avaliação e tratamento de seus parceiros, pelo que foi decidido que para toda mulher o médico ou enfermeira vai sugerir fazer o exame. Consideramos isto como um problema de saúde da nossa comunidade.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, faria tudo do mesmo jeito. Mas hoje seria muito mais fácil, já que conhecemos a população alvo real: a

comunidade é toda conhecida pela equipe e esse fato facilita a captação de todos para atividades de promoção em saúde, tão importantes para que se tenha um trabalho adequado na ESF. Mas, se tivesse que mudar alguma coisa seria nas consultas: deixaria só um dia completo para que a equipe se dedique a saúde da mulher. Seria o dia das avaliações, palestras, coleta da amostra dos citopatológicos e mamografias. Apesar disso, sabemos que esta forma poderia prejudicar atendimento a demanda espontânea neste dia. Modificaria, também, a forma de marcar a mamografia, pois acredito que seria melhor se a mulher já saiba desde a ESF o dia do seu exame, para que também já tivesse a data de retorno agendada para avaliação do mesmos. Eu acredito que quando o município inicie a trabalhar com prontuário eletrônico muitos destes problemas sejam resolvidos.

Todas as ações que são desenvolvidas no projeto de intervenção devem ser incorporadas à rotina do trabalho da equipe de saúde. Nos próximos meses, devemos perfeição algumas ações, como o cadastramento de todas as mulheres em a faixa etária de 50 a 69 anos para acompanhamento periódico com a mamografia em dia. Além disso, estamos planejando ter um arquivo completo que já reflita até os fatores de risco de cada mulher acompanhada, periodicidade com que tem que ser feito este exame e resultados do mesmo. Para mim, seria uma grande batalha vencida se no final do projeto eu possa ter os resultados de 100% das mamografias indicadas.

Acho que o tema das mamografias ainda tem grandes problemas e é onde a equipe deve trabalhar mais. Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção encontramos outros problemas que foram adicionando outras ações. Por exemplo, o trabalho de promoção deve ser direcionado aos fatores de risco da população em específico, que no nosso caso são doenças de transmissão sexual. Este trabalho deve ser estendido a todas as mulheres com vida sexual ativa independentemente da idade e devemos trabalhar muito mais nas mulheres jovens, já que o projeto demonstrou que existe desconhecimento a respeito dessas doenças. Formas de prevenção das mesmas, o uso de métodos anticoncepcionais, tempo de uso dos mesmos, devem ser discutidas com todas as mulheres da área e temos buscado fazer isso.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Sra. Denise Silva,

M.D. Secretária de Saúde deste município.

O programa de atenção a saúde da mulher, mais especificamente a atenção à prevenção de câncer de mama e de colo de útero, torna-se importante pois sabe-se que o diagnóstico precoce de qualquer tipo de câncer melhora o prognóstico e as chances de vida dos pacientes. Com o diagnóstico precoce, pode-se oferecer um encaminhamento da mulher para atendimento e tratamento com a doença em estágios iniciais. Uma das ações mais importante de atenção básica à família e comunidade está relacionada com ações de promoção e prevenção de saúde, e isso não é diferente na saúde da mulher. Protocolos baseados em evidências determinam que toda mulher em idade compreendida entre 25 a 69 anos devem fazer testes cito patológicos com um período de três em três anos, sendo esta a idade mais vulnerável para o desenvolvimento de câncer de colo de útero, além de incluir dentro deste grupo as mulheres com vida sexual ativa, ficando fora do programa aquelas mulheres de 64 anos com três testes anteriores negativos. Em relação ao câncer de mama, os protocolos determinam que toda mulher acima de 40 anos deve fazer a mamografia anualmente. Estes serviços podem ser disponibilizados pela atenção básica e podem ajudar a controlar o desenvolvimento dessas doenças.

A população adstrita acompanhada pela ESF Jardim Primavera é de 4292 habitantes, dos quais 1.070 são mulheres em idade compreendida entre 25 e 69 anos, que devem fazer teste cito patológico de três em três anos e 398 mulheres com mais de 40 anos, as quais além de ter feita a prova citológica também devem

fazer a mamografia. Para este foco da intervenção realizada, foram implementadas atividades de promoção em saúde relacionadas como com a qualidade de atenção à saúde da mulher, onde são feitas vacinas, palestras para melhorar o conhecimento da população em relação as doenças de transmissão sexuais, uso de preservativos, aumento de conhecimento relacionado com a importância do procedimento do teste citológico, além da promoção do auto exame de mama (orientação sobre a técnica e melhor etapa do mês pra sua realização). O resultado dos exames cito patológicos, atualmente, demoram mais ou menos 30 a 45 dias. Entretanto, há alguns meses não se recebe os resultados destes exames. Precisamos do apoio da gestão para solucionar este problema de atraso no recebimento dos exames.

Não existia arquivo específico para registros do programa de saúde da mulher, existia apenas um livro onde se faz controle das mulheres que fazem exames cito patológicos, e seus respectivos resultados. Não se realizavam planejamento de ações para a realização e cumprimento deste programa, sendo a justificativa da realização deste projeto, acredito que isto seria de grande importância já que permite programar, orientar e agendar ou citar, aquelas mulheres que devem fazer esta prova e analisar aquelas que são faltosas, além de ter controle sobre aquelas que têm um resultado positivo e que devem ter seguimento pelo especialista. Isto é um dos problemas que tinham que ser resolvidos e onde foram dirigidas todas nossas ações.

O objetivo de nosso projeto foi melhorar a qualidade da atenção à saúde das mulheres na ESF Jardim Primavera. Objetivamos também ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama, melhorar a qualidade do atendimento às mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, melhorar a adesão das mulheres à realização de exame cito patológico de colo de útero e mamografia, melhorar o registro das informações, mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama e promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde. Através da intervenção realizada, a equipe conheceu o total de mulheres da área de abrangência da ESF, pois foi feita uma importante melhoria nos registros de mamografia e exames cito-patológicos, relacionando o total de mulheres com fatores de risco para câncer de mama e colo de útero. Melhoramos a programação da periodicidade dos exames, total de mulheres com preventivo e mamografia feitos o que permite que a equipe conheça quais são as mulheres

faltosas a consultas e quais dela não retornaram para acompanhamento e tratamento médico.

Foi feita avaliação a um total de 307 mulheres da população alvo estudada. Analisando os indicadores em relação as metas de nosso projeto temos 26,4% das mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero, 24,6% mulheres exame em dia para câncer de mama, 100% das mulheres com amostras satisfatórias para exame cito-patológico de colo de útero. Das 45 mulheres tiveram o exame cito-patológico alterado, 26 (57,8%) não retornaram a conhecer o resultado e todas receberam busca ativa pela equipe de saúde. Somente duas tinham o exame alterado positivo para câncer de colo de útero, ou seja, modificações do tecido de colo de útero, as demais apresentaram alterações microbiológicas com necessidade de tratamento. Detectamos muitos casos de DSTs e isso nos preocupou. Tomamos atitude diante do problema, orientando a população para prevenção e aumentando a cobertura dos exames para DSTs. Não tivemos mulheres com mamografias alteradas durante os 3 meses de intervenção. Além disso, foi feita busca ativa a outras 87 mulheres por outras causas: 1) faltosas a consulta; 2) preventivo já estava atrasado; 3) tinham idade para fazer o primeiro preventivo, mas ainda não estava feito; 4) mulheres com registros atrasados.

A importância da intervenção para o serviço foi o aumento significativo da qualidade do serviço e o trabalho mais organizado da equipe. A paciente, no momento do exame, tem agora uma avaliação integral e com qualidade, com a participação da médica e enfermeira em 100% dos exames feitos. As ações desenvolvidas já são parte de nossa rotina diária de trabalho. Contamos com o apoio dos gestores deste município para seguir qualificando o atendimento aos usuários da ESF Jardim Primavera.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da ESF Jardim Primavera,

A ESF Jardim Primavera fez um trabalho de intervenção para melhorar a atenção do programa de saúde da mulher através do controle do câncer de colo de útero e câncer de mama. O trabalho foi desenvolvido durante 12 semanas, qualificando as atividades do médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem e ACS. O objetivo de nosso projeto foi melhorar a qualidade da atenção à saúde das mulheres na ESF Jardim Primavera. Objetivamos também ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo e do câncer de mama, melhorar a qualidade do atendimento às mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, melhorar a adesão das mulheres à realização de exame cito-patológico de colo de útero e mamografia, melhorar o registro das informações, mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama e promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

As ações realizadas durante a intervenção fizeram com que a comunidade tivesse melhora dos serviços que são oferecidos pelo SUS, aumentando seu conhecimento sobre as doenças de transmissão sexual. Também foram amplamente divulgadas informações sobre os fatores de risco e como diminuir essas doenças, além de inserir a cultura do uso de preservativo feminino e masculino, o que deve ser considerado muito relevante e um grande avanço para a área em todos os sentidos, não só para redução de fatores de risco para câncer, mas também para planejamento familiar. Tivemos melhoras em indicadores de qualidade tais como avaliação de risco em 100% das mulheres para câncer de colo de útero e de mama, se ofereceu orientação aos 100% das mulheres em

relação as doenças de transmissão sexual, e se avalio a qualidade das amostras no 100% das mulheres atendidas, se fez busca ativa a todas as mulheres com exame alterado e que precisavam tratamento medico.

A comunidade teve melhora dos serviços que são oferecidos pelo SUS, aumentou seu conhecimento sobre as doenças de transmissão sexual, sobre os fatores de risco e como diminuí-los, além de inserir a cultura do uso de preservativo feminino e masculino, o que deve ser considerado muito relevante e um grande avanço para a área em todos os sentidos, não só para redução de fatores de risco para câncer, mas também para planejamento familiar. Em nosso projeto, as mulheres que chegavam para consulta também solicitavam os testes rápido de sífilis, HIV e hepatite e foi preocupante o elevado número de mulheres que apresentaram teste para sífilis positivo (15 mulheres durante a intervenção!), sem adicionar os seus parceiros. Ressalto que isto não aconteceu somente em mulheres jovens, mas também em mulheres maiores de 45 anos, pelo que foi sugerido pela equipe fazer um trabalho paralelo como este projeto nas escolas e a comunidade de doença de transmissão sexual. No último mês, foi feita a avaliação e tratamento de seus parceiros, pelo que foi decidido que para toda mulher o médico ou enfermeira vai sugerir fazer o exame. Consideramos isto como um problema de saúde da nossa comunidade, e problema que tem que ser resolvido. A equipe realizou um trabalho de promoção e prevenção relacionado com as doenças de transmissão sexual já que este é o maior problema de saúde que hoje esta se enfrentando na comunidade. Lembramos que toda mulheres poderá solicitar o teste rápido para sífilis e HIV na UBS. Reafirmamos a importância do uso de camisinha em toda relação sexual já que isto não é só um método anticonceptivo, mas também é um método de proteção para prevenir essas doenças.

A equipe de saúde continuará realizando este trabalho. Recomenda-se a todas as mulheres que se encontram em a faixa etária entre 25 e 64 anos que tenham o preventivo atrasado que entrem em contato com as ACS para a realização do prévio agendamento e a mesma coisa para todas as mulheres em idade compreendida entre 50 e 69 anos para a realização da mamografia. Nossa equipe fará o possível para formar uma parceria entre a comunidade os gestores e a ESF.

Agradeço a ajuda oferecida pela comunidade os gestores da comunidade e as agentes de saúde da família, sem sua ajuda não fosse possível desenvolver todas as ações descritas no projeto de intervenção, aguardamos que a parceria continue para seguir melhorando e resolvendo os problemas de saúde de nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este trabalho de intervenção comunitária capacitou-me mais como profissional, permitindo trabalhar diretamente na medicina da família, que esta baseada na promoção e prevenção de saúde comunitária. A intervenção promovida permitiu-me trabalhar em equipe e conhecer o funcionamento do trabalho nas estratégias de saúde no Brasil e conhecer melhor os protocolos de atendimento. Também qualificou o trabalho da equipe de saúde, realizando um trabalho em conjunto com a comunidade e o gestor de saúde do município. Além disso, o mais importante foi que a intervenção permitiu conhecer outros problemas na comunidade, como as doenças de transmissão sexual, alertando a equipe da necessidade de um trabalho mais cuidadoso nesta área.

Esta foi minha primeira experiência de curso online e por isso não tenho muito que falar sobre isso. Mas pude ver que o acompanhamento pelo orientador foi muito bom, quase como se fossem aulas presenciais. O material disponibilizado pelo curso também foi muito bom, o que permitiu melhorar a qualidade do trabalho, pois foi um material completo onde se fez referência a tudo que se refere à atenção primária no Brasil.

A participação nos fóruns permitiu compartilhar ideias com outros colegas, compartilhar experiências de trabalho de cada um, aclarar dúvidas e ter orientação sobre a especialização. Os estudos da prática clínica e TQC aumentou o conhecimento em relação aos protocolos de atendimentos usados em Brasil e permitiram a atualização profissional em relação aos tratamentos médicos, medicamentos usados no Brasil e nos obrigou a aprofundar nos estudos e revisar outras bibliografias.

Referências

BRASIL. Ministério de Saúde. **Caderno de atenção básica controle dos cânceres de colo de útero e de mama**. 2ed. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Protocolo de atendimento à saúde da mulher**. Brasília, 2013b.

INCA. **Instituto Nacional do Câncer**. 2012. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, (nome), (título) 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, (nome), documento Trabalho de Conclusão de Curso 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