

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TÁRCIO GUILHERME ERN

**ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA COBERTURA DO EXAME
CITOPATOLÓGICO DO COLO DE ÚTERO NA UMS SANTA QUITÉRIA II DE
CURITIBA**

CURITIBA

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TÁRCIO GUILHERME ERN

**ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA COBERTURA DO EXAME
CITOPATOLÓGICO DO COLO DE ÚTERO NA UMS SANTA QUITÉRIA II DE
CURITIBA**

**Projeto técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista
em Gestão Pública em Saúde.**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Liliana Müller
Larocca**

CURITIBA

2011

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA	04
2. OBJETIVO GERAL	06
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	06
2.2 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	06
3. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	08
4. METODOLOGIA	12
5. A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA	14
5.1 DESCRIÇÃO GERAL	14
5.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	15
6. PROPOSTA	19
6.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	19
6.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	20
6.3 RECURSOS	22
6.4 RESULTADOS ESPERADOS	22
6.5 PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS	22
7. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública no Brasil, considerado o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama. Por ser uma doença de crescimento lento e silencioso, a detecção precoce ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois a cura pode chegar a 100%, podendo haver resolução em nível ambulatorial (BELO HORIZONTE, 2008).

A prevenção do câncer de colo de útero associa-se a fatores como a organização da assistência, a disponibilidade de profissionais de saúde e adesão das mulheres para a realização do exame (SOUZA & BORBA, 2008).

Para SMITH (2003 apud BORGES et al, 2010), para que o diagnóstico precoce seja realizado com êxito, é necessária a implantação de programas organizados de rastreamento, com alta efetividade e menor custo possível, submetendo à triagem o maior número de mulheres sob o risco.

Contextualizado neste tema, BELO HORIZONTE (2008), através da Secretaria Municipal de Saúde, reafirma que a efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, resulta em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

Segundo BRENNA (2001 apud SALDANHA, 2010), os principais motivos que podem estar associados a não realização do exame pelas mulheres são: o desconhecimento sobre a necessidade e finalidade do exame, as dificuldades pessoais como falta de motivação, vergonha, dificuldades financeiras e de acessibilidade, dificuldade para deixar filhos ou trabalho, a má qualidade do serviço de saúde, como médicos que não examinam, tempo de espera para conseguir uma consulta, problemas com agendamento e consultas remarcadas entre outros.

No município de Curitiba é competência das Unidades Municipais de Saúde acolher e encaminhar as mulheres da área de abrangência para a realização do citopatológico de colo uterino (CURITIBA, 2002).

Na Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II, o acompanhamento trimestral do indicador relacionado a coleta do exame de citopatológico de colo de útero no Plano Operativo Anual reflete um grande desafio para as ações de saúde realizadas pela equipe, visto que historicamente observa-se um desequilíbrio das metas alcançadas, uma cobertura inconstante que exige iniciativas além das praticadas usualmente.

Organizar estratégias para intervenções envolvendo a prevenção do câncer de colo de útero reforça a relevância de repensar o acolhimento das mulheres e o processo de trabalho da unidade de saúde, impactando na melhoria dos indicadores de saúde.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar estratégias para aumentar a adesão de mulheres com idade entre 25 e 59 anos na realização do exame citopatológico de colo de útero, impactando no indicador relacionado no Plano Operativo Anual da Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II de Curitiba.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar em 15 % a realização de exames citopatológicos de colo de útero entre mulheres de 25 a 59 anos residentes na área de abrangência da Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II.
- Reconhecer as dimensões estrutural, particular e singular que interferem na captação de mulheres com idade entre 25 e 59 anos para realização de exame citopatológico de colo de útero.

2.2 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território – geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006b).

No Brasil, a maior parte do exame preventivo do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à gestação. Isso

leva a uma subutilização dos serviços e menor eficácia do programa de rastreamento, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco (BELO HORIZONTE, 2008).

Um rastreamento organizado do câncer do colo do útero exige os seguintes pressupostos: recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional; adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, incluindo a definição da população-alvo e o intervalo das coletas; recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento; continuidade de atendimento, inclusive para aquelas mulheres com exames alterados; educação e comunicação; garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado (ADAB et al, 2004; ANTTILA et al, 2009; NICULA et al, 2009 apud BRASIL 2011a).

As diretrizes do Pacto pela Saúde contemplam a pactuação entre os gestores do SUS em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, incluído ações para controle do câncer de colo do útero (BRASIL, 2006a).

Reorganizar o processo de trabalho da Unidade de Saúde Santa Quitéria II através de estratégias que visem aumentar a adesão de mulheres para realização do exame de papanicolaou ganha importância quando diante da responsabilidade sanitária e integralidade que se aplicam ao Sistema Único de Saúde.

3. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Dados preliminares de mortalidade por câncer em Curitiba apontam a discreta redução da taxa de mortalidade por câncer de colo uterino alcançando 5,07 óbitos/100.000 mulheres em 2010 (CURITIBA, 2011).

O exame preventivo do câncer do colo do útero, popularmente conhecido como exame de papanicolaou tem em virtude de sua simplicidade, eficácia, relativo baixo custo, validade e aceitação tem merecido apoio dos profissionais da área médica e população (HASS et al, 1999).

A detecção precoce do câncer de colo uterino com base no exame de papanicolaou foi proposta há mais de 50 anos, com custo-efetividade muito favorável desde atinjam cobertura elevada e façam parte dos programas de atenção à saúde da mulher e das consultas individuais, inclusive com entrega do resultado e conduta terapêutica (NOVAES et al, 2003).

Para COELHO (1994 apud RAMOS, 2006) a maior parte das mulheres acometidas pela doença é de faixa etária ainda economicamente ativa, e associado ao fato de que uma detecção tardia da doença implica em aumento da mortalidade, uma vez que a lesão do carcinoma invasor pode levar a óbito.

A periodicidade da realização do exame papanicolaou é indispensável quando se pensa em qualidade de prevenção do câncer de colo uterino, pois quando deixa de realizá-lo com a frequência preconizada pelo Ministério da Saúde, a mulher compromete a prevenção do agravo e diminui a possibilidade do diagnóstico precoce (THUM et al, 2008).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, as diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, o método de rastreamento do câncer e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Os intervalos entre os exames devem ser: de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual; o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual; os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem

negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011a).

A meta estabelecida pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero é de que pelo menos 80% das mulheres com idade entre 25 e 65 anos realizem o exame de Papanicolau periodicamente (BRASIL, 2011c).

No Brasil não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames, o que dificulta o cálculo da cobertura. Estimativas feitas a partir de estudos nacionais e locais mostram aumento da cobertura ao longo do tempo. Entre 2002 e 2005, por meio de inquéritos em 17 capitais e distrito federal, revelou-se grande variação de cobertura de exames de papanicolaou nos 3 últimos anos, com dados entre 57% em São Luis e 92,9% em Vitória (BRASIL, 2011c).

A razão entre os exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária é um dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, de 2006, e mostra a relação entre a oferta de exames e a necessidade atual. Em 2005, essa razão, no país, foi de 0,17 exame/mulher/ano, valor estável nos últimos anos e abaixo da razão mínima esperada, de 0,3 exame/mulher/ano (BRASIL, 2011c).

Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO é o sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006b).

A redução dos índices de incidência e mortalidade dependem de um conjunto de ações que envolvem principalmente a equipe de saúde e as mulheres, tais como a frequência, a qualidade da coleta, a análise diagnóstica e um bom sistema de acompanhamento das pacientes são muito importantes (RACHO et al, 2007).

Para PINHO (2003 apud SALDANHA, 2010), o sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e

das iniquidades de acesso e utilização dos serviços preventivos. Por isso é importante a realização de ações que afirmem a importância do preventivo por meio de palestras e eventos educativos com as usuárias.

A realização periódica do exame preventivo de câncer do colo uterino permitiria a redução de até 70% da mortalidade, demonstrando a importância dos serviços de saúde na orientação das mulheres sobre a oferta e a qualidade dos exames preventivos (OLIVEIRA et al, 2004).

O papel do enfermeiro e demais profissionais de saúde consiste em entender e praticar o cuidado pautado na integralidade, não apenas como um dos princípios do SUS, mas, sobretudo, como um movimento para novas práticas de saúde que primam por olhar o outro como ser indivisível e dentro de um contexto de respeito às individualidades. Nesta perspectiva, o cuidado do qual a população precisa deve incluir o acolhimento, o vínculo e a escuta das usuárias (THUM et al, 2008).

Conforme COELHO (1994 apud RAMOS 2006) é preciso que o sistema de saúde assuma uma atitude ativa, não esperando apenas a presença espontânea das mulheres, sendo necessário implementar formas de recrutamento, de ações educativas, triagem, etc.

A baixa adesão das mulheres pode estar relacionada a aspectos sócio-econômicos e culturais, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e sobre a importância do exame preventivo e sobre os procedimentos para sua realização (SOUZA & BORBA, 2008).

Para PINHO (2003), vários fatores colaboram para o sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino, como reorganização da assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações humanizadas e equitativas, entre outros.

Os serviços de saúde são organizações bastante complexas e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde (FARIA et al, 2010).

Segundo AZEVEDO (2009) o fortalecimento da atenção básica se dá com a implantação de ferramentas e novos conceitos como vigilância à saúde, territorialização, divisão do território em micro-áreas, mapas inteligentes,

distritos sanitários, o que reforça a importância e necessidade de pensar a assistência com qualidade e gestão por resultados.

Com esta finalidade, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba instituiu em 2002 o Contrato Interno como auxiliar da gestão da rede própria de serviços. O Termo de Compromisso/TERCOM, conforme se optou chamar os Contratos Internos, representa-se por uma relação de compromisso moral, baseado em princípios: respeito à vida, à cidadania, ao bem público, aos preceitos do SUS, busca de excelência para as ações e aprimoramento dos servidores. Com base em processos locais compôs-se o termo apresentando os compromissos das partes, e o Plano Operativo Anual/POA - planilha de programação de indicadores e de pactuação de metas (AZEVEDO, 2009).

Por meio dos dados apresentados no POA, as equipes inseridas na atenção básica em saúde podem pactuar suas metas com base nos recursos disponíveis, capacidade operacional, séries históricas e sempre em conformidade com a população residente no território de abrangência e com um sistema de monitoramento trimestral, caracterizando um importante instrumento para o planejamento local (BRASIL, 2006c).

A escolha dos indicadores do POA está relacionada ao plano municipal de saúde, a programação anual da saúde, nas diretrizes clínicas, nas programações pactuadas, como o Pacto pela Saúde (CHOMATAS, 2010).

4. METODOLOGIA

A busca pela integralidade na atenção básica em saúde pressupõe intervenções na assistência e no processo de trabalho dos diversos profissionais envolvidos.

A metodologia utilizada neste projeto técnico foi a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, proposta por EGRY (1996), que está dividida nas etapas de captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção, intervenção na realidade objetiva, reinterpretação da realidade objetiva (Quadro I).

Quadro I- Esquema simplificado da proposição metodológica de assistência de enfermagem no referencial materialista histórico e dialético.

Captação da realidade objetiva	<ul style="list-style-type: none"> •Processo produtivo •Processo jurídico-político •Dinâmica do tempo 	•Classes sociais: inserção no sistema produtivo	<ul style="list-style-type: none"> •Dimensão bio-psíquica dos estratos e frações •Dinâmica de manutenção da vida •Dinâmica de aperfeiçoamento da vida
Dimensões Etapas do trabalho	Dimensão estrutural	Dimensão particular	Dimensão Singular
Interpretação da realidade objetiva	Explicitação das contradições		
Construção de projeto de intervenção na realidade objetiva	Projeto de superação das contradições		
Intervenção na realidade objetiva	Superação das contradições		
Reinterpretação da realidade objetiva	Negação da realidade anterior		

FONTE: QUEIROZ E EGRY, 1988, P.10.

A etapa realizada no estudo foi a Captação da Realidade Objetiva, com o reconhecimento das dimensões estrutural, particular e singular que afetam a procura por exames preventivos do câncer de colo de útero entre as usuárias e

sua relação entre os atores sociais do entorno/território na Unidade Santa Quitéria II:

- a) Dimensão estrutural - formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um dado problema epidemiológico.
- b) Dimensão particular - formada pelos processos ditos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo sócio-econômico. É considerado um nível intermediário do estudo que explica o padrão de vida do grupo como base para achados empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõe.
- c) Dimensão singular - formada pelos processos que, em última instância levam a adoecer ou morrer ou que sustentam a anormalidade e o desenvolvimento somáticos e psíquicos.

As relações envolvendo as dimensões estrutural, particular e singular, associadas a revisão da literatura acerca do tema, colaboraram para a construção de um plano de ações com objetivo de aumentar a adesão das mulheres ao exame citopatológico de colo de útero na Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II.

5. A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

5.1 DESCRIÇÃO GERAL:

A Rede de Atenção Assistencial do Sistema Único de Saúde de Curitiba é composta por um conjunto de serviços próprios e conveniados. A população total de Curitiba segundo o Censo 2010 é de 1.746.896 habitantes, estima-se que destes 70% utilizam a rede assistencial do SUS, ainda que dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar informem que cerca de 45% da população curitibana encontra-se vinculada a rede suplementar de saúde.

Com 136 Equipamentos Municipais de Saúde sendo: 50 Unidades Básicas de Saúde¹, 55 Unidades de Saúde da Família², 2 Centros de Especialidades Médicas, 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 3 Unidades Especializadas, 10 Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, 7 Centros Municipais de Urgências Médicas - CMUM, 1 Laboratório Municipal de Análises Clínicas e 1 Hospital Municipal em fase final de construção.

O Distrito Sanitário do Portão possui aproximadamente 290.000 habitantes, 11 Unidades Básicas de Saúde, 5 Unidades de Saúde da Família, 1 Centro Municipal de Urgências Médicas. Coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde, tem como objetivo gerenciar e apoiar administrativamente as unidades municipais de saúde a ele vinculadas, servindo de apoio e gerenciamento do sistema de saúde da região.

A Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II está inserida no Distrito Sanitário do Portão, tem uma área de abrangência de aproximadamente 33700 habitantes, sendo que aproximadamente 20 % destes utilizam regularmente o serviço de saúde.

¹ unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior

² unidade específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Em 2010 foram realizadas 33574 consultas médicas, com uma média diária de 70 consultas e 8100 consultas de enfermagem, com uma média diária de 17 consultas.

A equipe de servidores é composta pela autoridade sanitária local, responsável pelo gerenciamento do serviço de saúde, 2 enfermeiros, 6 médicos (2 ginecologistas, 2 clínico-gerais, 2 pediatras), 13 auxiliares de enfermagem, 4 cirurgiões dentistas, 2 técnicos em saúde bucal, 5 auxiliares de saúde bucal, 2 agentes administrativos, 3 auxiliares de serviços gerais, 6 agentes comunitários de saúde, 1 equipe do Núcleo de Apoio a Atenção Primária a Saúde (1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 educador físico, 1 farmacêutica).

A unidade de saúde foi inaugurada em 04/09/2006 e está localizada no bairro Santa Quitéria, atendendo também moradores dos bairros Portão, Vila Izabel e Água Verde. Sua infra-estrutura está baseada nos padrões atuais da Secretaria de Saúde e garante condições adequadas e facilidade de acesso para a população.

5.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A definição do diagnóstico da situação-problema está relacionada a análise das dimensões estruturais, particulares e singulares que condiciona o comportamento das mulheres ao exame de papanicolaou.

A dimensão estrutural está relacionada a conjuntura ampla que envolve a questão da prevenção do câncer de colo de útero, como exemplo das diretrizes ministeriais, dos programas específicos, das políticas públicas e seus alcances. Um exemplo são as iniciativas e dinâmicas das políticas públicas dirigidas ao tema, como o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, que resulta da evolução de iniciativas que começaram a ser organizadas e consolidadas em 1977, atingindo hoje aproximadamente 12 milhões de exames citopatológicos são realizados anualmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres

com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica (BRASIL, 2011).

O sucesso das políticas públicas depende não somente da adesão das mulheres, mas também da capacidade técnica dos profissionais, da integralidade da assistência e dos recursos disponibilizados, garantindo uma rede de assistência.

A dimensão particular relaciona-se a realidade do serviço de saúde, sua organização e disposição na execução das ações em saúde.

Como a unidade de saúde constitui-se na porta de entrada da mulher para o programa de detecção precoce, é importante ela estar bem preparada para a recepção e sensibilização da usuária, nos mais variados aspectos, incluindo a organização do espaço físico, sinalização da unidade e previsão do material de consumo (BRASIL, 2002).

A realização de exames citopatológicos do colo de útero tem por objetivo evitar intervenções agressivas, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres.

A Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II configura-se como uma unidade básica de saúde, prestando atendimento à área de abrangência adscrita, ofertando serviços de enfermagem, ginecologia, pediatria, clínica geral, odontologia, entre outros.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) conta com 5 integrantes que realizam visitas domiciliares para famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cadastrados em programas de saúde ou em situação de risco. Os Agentes Comunitários de Saúde estão em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, tornando-se um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, unido o saber científico e o saber popular.

A coleta do exame de papanicolaou é realizada principalmente pelas ginecologistas, seja por demanda espontânea ou consulta agendada.

As consultas para demanda espontânea que acontecem diariamente muitas vezes sofrem ociosidade, bem como o não comparecimento para as consultas pré-agendadas refletem negativamente para a cobertura e alcance das metas.

Com relação ao exame de citopatológico de colo de útero, no ano de 2010 foram coletados 550 exames em mulheres com idade entre 25 e 59 anos, correspondendo a 84% da meta pactuada no plano operativo anual. Já no ano de 2009, na unidade foram coletados 531 exames em mulheres com idade entre 25 e 59 anos, correspondendo a 82 % da meta pactuada.

Para o ano de 2011, a meta pactuada no plano operativo anual é de 560 exames para mulheres com idade entre 25 e 59 anos, representando um aumento de aproximadamente 2% com relação a meta do ano anterior.

Como resultado da estratégia, espera-se aumentar gradativamente a adesão ao exame, visto que as usuárias do serviço chegam a aproximadamente 1700 mulheres com idade entre 25 e 59 anos. Estas usuárias representam 17% do total de mulheres inseridas na faixa etária residentes na área de abrangência.

A associação de diversos fatores pode colaborar para a limitada adesão, a exemplo do não acompanhamento dos agentes comunitários de saúde a toda a população da área de abrangência, deficiências na abordagem individual e coletiva, pouca atuação dos profissionais junto dos grupos específicos e sala de espera, falta de material impresso relacionado ao tema, etc.

Para que o indicador relacionado a coleta de exame de citopatológico de colo de útero em mulheres com idade entre 25 e 59 anos chegue aos valores mais próximos da meta pactuada, a conduta dos profissionais de saúde modifica próximo do fechamento trimestral do POA, com uma abordagem direcionada para atingir determinado número, não como uma prática diária de busca ativa. Reflete assim uma sazonalidade de captação, conflitante as expectativas relacionadas a prevenção e promoção da saúde.

Dentre as mulheres que realizam o exame, muitas o repetem antes do período de consenso, observando-se um gasto não necessário e números irreais de cobertura do exame.

Devido às inúmeras atividades assistenciais e burocráticas necessárias para o bom andamento do serviço, a agenda de atendimento dos enfermeiros voltada para a coleta do exame de papanicolaou é limitada e com longa fila de espera. Os enfermeiros atuam também na digitação dos resultados do citopatológico de colo de útero no prontuário eletrônico e busca ativa daquelas

usuárias com exame alterado para que seja garantida a continuidade do atendimento.

Para repensarmos a dimensão singular das mulheres, devemos resgatar aquelas questões que estão voltadas a sua individualidade, sua singularidade e comportamento. Assim sendo, barreiras significam limitação, obstáculos, dificuldades que ocasionam a não adesão ao exame.

A baixa adesão ao exame pode ser um reflexo ocasionado por diversas situações, como desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero, a baixa escolaridade, a vergonha e medo de fazer o exame, assim como medo dos resultados, a influência familiar negativa, especialmente por parte dos homens, a falta de qualidade e humanização no atendimento, entre vários outros (BRASIL, 2002).

6. PROPOSTA

6.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A missão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba consiste em planejar e executar a política de saúde responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados, monitorando doenças e agravos e realizando a vigilância sanitária sobre produtos e serviços de interesse da saúde, visando a uma população mais saudável.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, pautado em relações de vínculo e responsabilidade.

A prevenção e o rastreamento do câncer de colo de útero estão inclusas nas políticas de saúde da mulher, cabendo aos serviços de saúde a organização para a oferta das ações relacionadas. A proposta de intervenção no serviço visa aumentar a adesão e cobertura de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres com idade entre 25 e 59 anos conforme o plano a seguir.

6.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	ONDE	JUSTIFICATIVA	DATA INÍCIO	RESULTADO ESPERADO
Atualizar e sensibilizar os profissionais de saúde para o tema câncer do colo de útero	Ginecologistas e enfermeiros	Reunião equipe da UMS	A atualização dos diversos profissionais acerca do exame, da sua relação com indicadores de saúde e da necessidade de repensar as práticas de saúde na UMS se faz necessário.	Novembro 2011	Profissionais de saúde atualizados e sensibilizados acerca da importância do exame e das práticas profissionais.
Capacitar os agentes comunitários de saúde acerca do tema a fim de fortalecer a abordagem e sensibilização nas visitas domiciliares	Enfermeiros	Reunião de capacitação dos ACS na UMS	Instrumentalizar os ACS para abordagem domiciliar e busca ativa das mulheres com exames em atraso ou faltosas.	Novembro 2011	Agentes Comunitários de Saúde como maior conhecimento técnico, sensibilizados e capacitados para as abordagens domiciliares.
Realizar durante os atendimentos na UMS abordagem individual voltada a prevenção do câncer do colo de útero.	Equipe de saúde	Atendimentos realizados na UMS	Atitudes pró-ativas em busca da adesão das mulheres ao exame aumentam a cobertura do exame, bem como os indicadores do Plano Operativo Anual.	Dezembro 2011	Aumento da adesão das mulheres a partir de abordagens pro-ativas durante os atendimentos na UMS
Aumentar o número de consultas de enfermagem direcionadas a prevenção do câncer de colo de útero.	Enfermeiros	Atendimentos na UMS.	O aumento no número de consultas de enfermagem favorece a otimização da capacidade de atendimento e melhorias de indicadores relacionados	Dezembro 2011	Aumento na coleta de papanicolaou
Realizar busca ativa de mulheres para coleta de papanicolaou através dos Agentes Comunitários de Saúde	Agentes Comunitários de Saúde sob supervisão dos Enfermeiros	Área de abrangência da UMS	A abordagem através da busca ativa favorece a adesão de mulheres que nunca realizaram o exame ou que está em atraso.	Novembro 2011	Aumento da adesão das mulheres, principalmente daquelas que nunca realizaram o exame ou que está atrasado.

Disponibilizar tele-agendamento para coleta de papanicolaou	Equipe de saúde	Atendimento telefônico a partir de ramal localizado na farmácia da UMS.	O atendimento por telefone favorece a comodidade e facilita o agendamento, não sendo necessário o deslocamento para agendamento da consulta.	Dezembro 2011	Aumento do agendamento de consultas médicas e de enfermagem voltadas a prevenção câncer colo de útero.
Realizar coletas de papanicolaou em horários alternativos ou finais de semana	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	Atendimentos na UMS	As coletas de papanicolaou em horários alternativos ou finais de semana favorecem aquelas mulheres que por algum motivo não comparecem na UMS nos horários convencionais.	Fevereiro 2012	Aumentar a adesão das mulheres ao exame de papanicolaou, especialmente aquelas que não podem comparecer na UMS nos horários convencionais.
Confeccionar e distribuir material informativo relacionado a prevenção do câncer de colo de útero e organização do atendimento na UMS.	Equipe de saúde	Atendimentos na UMS e em visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde	A disponibilização de material impresso de educação em saúde, bem como informações do fluxo e atendimento da UMS colaboram para orientação da comunidade a respeito do cuidado a saúde, além de auxiliar na organização da demanda e acesso.	Janeiro 2012	Aumento da informação para a comunidade acerca dos cuidados a saúde e da organização do atendimento da UMS.
Realizar sala de espera e palestras em grupos específicos da UMS e demais instituições, órgãos e grupos da área de abrangência.	Equipe de saúde	Sala de espera e grupos específicos da UMS, clube de mães.	A educação em saúde é necessária para a sensibilização e mudança de hábito da população acerca de cuidados com a saúde.	Fevereiro 2012	Aumento do conhecimento da comunidade acerca dos cuidados com a saúde, em especial a prevenção do câncer de colo de útero.

6.3 RECURSOS

A proposta possui seu maior enfoque nas práticas executadas pelos profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Os recursos utilizados são disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, cabendo ao serviço a solicitação programada dos materiais e insumos necessários para os atendimentos e ações de educação em saúde, como folders ou convites.

6.4 RESULTADOS ESPERADOS

Aumento da adesão das mulheres ao exame de papanicolaou, especialmente aquelas com idade entre 25 e 59 anos, elevando em 15% os valores do indicador no Plano Operativo Anual da Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II.

6.5 PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Os profissionais de saúde podem apresentar resistências acerca das mudanças a serem aplicadas, pois impactam diretamente na prática profissional. Manter uma postura pró-ativa exige mudança de comportamento. Resistências e questionamentos da equipe são esperados e deverão ser esclarecidos nas reuniões de equipe ou nas conversas diárias dos enfermeiros como o restante da equipe.

As abordagens individuais e coletivas podem gerar agendamento para um período longo, impactando negativamente para a adesão devido ao risco de esquecimento e não valorização do atendimento. Como medida de corrigir, podemos recorrer aos mutirões, em períodos entre 19h00min e 22h00min ou até mesmo aos sábados.

Para garantir o agendamento por telefone, todos os profissionais devem possuir disponibilidade para o gerenciamento das agendas, evitando assim limitações nas ações e contradições dos discursos.

7 . CONCLUSÃO

O câncer de colo de útero possui importância diante sua incidência, atrás somente do tumor de mama quando analisado a população feminina.

A atenção básica em saúde possui como desafio ampliar a adesão das mulheres para a realização do exame, que relativamente possui custo baixo e facilidade de realização.

Para melhorar o rastreamento, os serviços de saúde devem reorganizar o processo de trabalho dos profissionais, passando pela capacitação dos profissionais e por atitudes humanizadas procurando sensibilizar as mulheres.

A educação em saúde associada a práticas pró-ativas dos profissionais de saúde favorece o diagnóstico precoce, podendo levar a cura em até 100% dos casos.

Como estratégia de elevação dos indicadores, diversas ações são propostas visando atingir a meta pactuada no Plano Operativo Anual. A busca ativa das mulheres, palestras em sala de espera, agendamento por telefone, ampliação dos atendimentos e parcerias com associações de moradores, clube de mães e outros, são exemplos de iniciativas que procurarão ampliar as ações e melhorar o indicador de saúde relacionado.

O Plano Operativo Anual relaciona-se a gestão por resultados, com metas pactuadas pela equipe e que recebem mensalmente um valor variável ao salário como resultado do empenho. Assim espera-se dos profissionais engajamento com a proposta e comprometimento com as ações para a melhoria do indicador relacionado e estabelecimento de práticas profissionais voltadas a responsabilidade sanitária e acolhimento das mulheres da área de abrangência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAB, P. et al. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med Care*. 2004; 42(6):600-9.

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer*. 2009; 45(15):2649-5.

AZEVEDO, J.C.R. **Contrato interno de gestão e plano operativo anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná : a percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde**. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/17791> > Acessado em: 10/jul/2011.

BELO HORIZONTE. **Prevenção e controle do câncer de colo do útero - protocolos de atenção à saúde da mulher 2008**. Secretaria Municipal de Saúde: 2008 Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf> Acessado em: 10/jul/2011.

BORGES, JBR, et al. **Busca ativa de mulheres como fator de eficácia de programa de rastreamento de câncer de mama e colo uterino no município de Jundiaí**. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):34-9. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1454-Einsteinv8n1_p34-39_port.pdf > Acessado em: 10/jul/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – Contrato Interno de Gestão**. Brasília: 2006c. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Curitiba_02-10.pdf > Acessado em: 18/jul/2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em 18 julho de 2011b.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Rastreamento do Câncer do Colo de Útero**. Disponível em:

<www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_cancerutero.pdf> Acessado em 10/jul/2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização.** Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 76 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. Disponível em:< [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> Acessado em 30 de mai. 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Cadernos de Atenção Básica; n. 13, Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

CHOMATAS, E. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes de atenção á saúde coordenadas pela APS - O prontuário eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.** Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=44&Itemid=> Acessado em: 18/jul/2011.

COELHO, FRG. A prevenção do câncer. Acta Oncol Bras 1994; 14(3):105-18.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Viva Mulher em Curitiba: controle do câncer de mama e colo de útero – 2002.** Disponível em: <sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/vivamulher.pdf> Acessado em: 10/jul/2011.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Operativo Anual da Unidade Municipal de Saúde Santa Quitéria II – 2010. Curitiba, 2011, 32f.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – 2010.** Disponível em: <sitesms.curitiba.pr.gov.br/.../RelatorioAnualdeGestaoSMSCuritiba2010.pdf> Acessado em: 10/jul/2011.

EGRY, E. **Saúde coletiva:** construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FARIA, H.P, et al. Modelo **assistencial e atenção básica à saúde. 2. ed.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>> Acessado em: 10/jul/2011

HAAS P; GONÇALVES, F.T; SCHLATTER, H.E; RATCHITZKI; L. **Avaliação do preventivo do câncer de colo de útero em laboratório com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e laboratório com atendimento de convênio, na cidade de Florianópolis.** RBAC 1999; 31(1):21-4. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/conteudos/rbac/rbac_antecedentes.htm> Acessado em 10/jul/2011.

NICULA, F.A. et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45(15):2679-84.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. **Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003.** Cienc. saude coletiva.11(4): 1023-1035, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32338.pdf>> Acessado em: 10/jul/2011.

OLIVEIRA, M.M, SILVA E.N.F, PINTO I.C, COIMBRA V.C.C. **Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 2004; 25(2):176-83. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4504/2441>> Acessado em: 18/jul/2011.

PINHO, A.A, et al. **Cobertura e motivos para a realização do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S303-S313, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>> Acessado em: 10/jul/2011.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. 1988. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 41(1): 26-33.

QUEIROZ, V.M. ENGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **R. Bras. Enfermagem**. Brasília, 41 (1) 26-33 jan./mar. 1988.

RACHO, D; ANDRADE, V.R. **Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer de colo de útero em uma comunidade universitária.** RBAC, vol. 39(4): 259-263, 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_04/rbac_39_04_05.pdf> Acessado em: 10/jul/2011.

RAMOS, A.S.; PALHA, P.F; COSTA, M.L.C. JR; SANT'ANNA, S.C; LENZA, N.F.B. **Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):170-4. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a04.pdf>> Acessado em: 27/jul/2011.

SALDANHA, F.B, et al. Adesão das mulheres residentes numa comunidade rurícola ao exame ginecológico cervical (Papanicolau), segundo a faixa etária, no período 2007 -2010. **In: XIV SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010.** Anais XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 1198-1201.

SMITH, R.A; COKKINIDES, V; EYRE, H.J. American Cancer Society. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA Cancer J Clin. 2003;53(1):27-43.

SOUZA, A.B, BORBA, P.C. **Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na Estratégia Saúde da Família do município de Assaré.** Cad. Cult. Ciênc. V.2, N. 1, p. 36-45, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/17/17-57-1-PB>> Acessado em: 18/jul/2011.

THUM, M; HECK, R.M; SOARES, M.C; DEPRÁ, A.S. **Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção.** Cienc Cuid Saude 2008 Out/Dez; 7(4):509-516. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6659/3917>> Acessado em: 18/jul/2011.

ANEXO A

PLANO OPERATIVO ANUAL – DISTRITO SANITÁRIO PORTÃO – UMS SANTA QUITÉRIA II
REFERÊNCIA 2010 – PARÂMETRO 5: SAÚDE DA MULHER

PMC - Secretaria Municipal de Saúde								
Distrito Sanitário Portão								
Unidade de Saúde Santa Quitéria II								
PLANO OPERATIVO ANUAL - 2010								
População Total da US (Projeção/2009 do CENSO/2000)			33.727 hab	20 % de Usuários SUS				
5 - SAÚDE DA MULHER (PRÉ NATAL, PARTO, PUERPÉRIO, PREVENÇÃO CANCER)								
RESULTADO				METAS				
5.1- Inscrição das gestantes, residentes na área de abrangência			Número total de mulheres inscritas no Pré-Natal / Meta Pactuada	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
Pactuação Município: 100%			Meta pactuada (gestantes)	18	35	53	70	70
Pactuação US: 100%			Meta Pactuada (novas inscrições)	18	35	53	70	70
População Alvo (Total de Gestantes): 352			Novas Inscrições realizadas	26	19	38	17	100
População Alvo (% SUS): 70			Insc. realizadas acumuladas	26	45	83	100	100
Valor alcançado pela US em 2009 121%			Cobertura meta pactuada	148%	128%	157%	142%	142%
			População alvo (total de gestantes)	88	176	264	352	352
			Cobertura população alvo	0,30	0,11	0,14	0,05	0,28
Fonte:DNV do ano anterior + 10% (abortos)			Fonte: Cartão Saúde - Inscrições Realizadas no Período - Gestantes					
RESULTADO				METAS				
5.2- Inscrição da gestante até o 4º mês (120 dias) de gestação			Número de Inscrições acumuladas / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Inscritas no período	26	19	38	17	100

Pactuação Município:	70%		Insc. Realizadas até 4º mês (120 dias)	21	17	31	14	83
Pactuação US:	70%		Cobertura atingida	81%	89 %	82%	82%	83%
Valor alcançado pela US em 2009	72%		Fonte: Cartão Saúde - Inscrições Realizadas no Período - Gestantes (acumular 1º ao 4º mês)					
RESULTADO				METAS				
5.3- Classificar as gestantes por grau de risco		Classificar as gestantes inscritas no período por grau de risco		1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Total de Gestantes Inscritas	26	19	38	17	100
			Baixo Risco	26	15	36	16	93
			%	100%	79%	95%	94%	93%
			Alto Risco	0	4	2	1	7
			%	0%	21%	5%	6%	7%
			Adolescentes	4	5	4	3	16
			%	15%	26%	11%	18%	16%
			Fonte: Cartão Saúde - Inscrições Realizadas no Período - Gestantes					
RESULTADO				METAS				
5.4- Concentração de consulta méd. e enf. para gestante <u>baixo risco</u>		Número de Consultas (Médicas / Enfermagem) acumuladas / Gestantes Inscritas no período de <u>baixo risco</u>		1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Insc.no período (baixo risco)	26	15	36	16	93
			Inscrições acumuladas	26	41	77	93	93
			Meta pactuada (Consultas)	46	91	137	182	182
			Nº de consultas médicas	126	137	175	159	597
Pactuação Município:	7		Nº de consultas de enfermeiras	62	10	37	16	125
Pactuação US:	7		Nº de consultas acumuladas	188	335	547	722	722
Valor alcançado pela US em 2009	7		Concentração de cons./gestante	7,23	8,17	7,10	7,76	7,76
			Fonte: Cartão Saúde - 1- Inscrições Realizadas no Período - Gestantes 2 - Concentração de Consultas / Atend. sobre Gestantes					
RESULTADO				METAS				
5.5- Cob. 100% do exame anticorpos ANTI-HIV para 100% gestantes inscritas		Número de Exames Anticorpos anti-hiv Acumulados /Gestantes Inscritas		1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Insc. no período (100% das insc.)	26	19	38	17	100

			Inscrições Acumuladas	26	45	83	100	100
			Nº de exames realizados	35	22	42	34	133
Pactuação Município:	1		Nº de exames acumulados	35	57	99	133	133
Pactuação US:	1		Concentração de ex / gestante	1,35	1,2 7	1,19	1,33	1,33
Valor alcançado pela US em 2009	1		Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.6- Cob. 100% do exame de GLICEMIA + Determinação Curva Glicêmica 2 Dosagens para 100% gestantes inscritas			Número de Exames de Glicemia + Tolerancia à Glicose Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Insc. no período (100% das insc.)	26	19	38	17	100
			Inscrições Acumuladas	26	45	83	100	100
			Nº de exames realizados de glicose	26	12	29	21	88
Pactuação Município:	2		Nº de ex. realizados de Tolerancia à Glicose	12	10	12	17	51
Pactuação US:	2		Nº de exames acumulados	38	60	101	139	139
Valor alcançado pela US em 2009	1,34		Concentração de ex / gestante	1,46	1,33	1,22	1,39	1,39
Fonte: Protocolo Mãe Curitibana			Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.7- Cob. 100% do exame de VDRL para gestantes inscritas			Número de Exames de VDRL Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Inscritas no período (Total menos 10% abortos e 10% de alto risco)	21	15	31	14	81
			Inscrições Acumuladas	21	36	67	81	81
			Nº de exames realizados	47	31	53	40	171
Pactuação Município:	3		Nº de exames acumulados	47	78	131	171	171
Pactuação US:	3		Concentração de ex / gestante	2,23	2,14	1,95	2,11	2,11
Valor alcançado pela US em 2009	2,2		Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.8- Cob. 100% do exame de Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos da URINA para gestantes inscritas			Número de Exames de Urina Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Inscritas no período (Total	21	15	31	14	81

			menos 10% abortos e 10% de alto risco)					
			Inscrições Acumuladas	21	36	67	81	81
			Nº de exames realizados	55	37	66	49	207
Pactuação Município:	3		Nº de exames acumulados	55	92	158	207	207
Pactuação US:	3		Concentração de ex / gestante	2,61	2,5 2	2,35	2,56	2,56
Valor alcançado pela US em 2009	2,61		Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.9- Cob. 100% do exame de Cultura de Bactérias para Identificação (UROCULTURA) para gestantes inscritas			Número de Exames de Urocultura Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Inscritas no período (Total menos 10% abortos e 10% de alto risco)	21	15	31	14	81
			Inscrições Acumuladas	21	36	67	81	81
			Nº de exames realizados	55	37	66	50	208
Pactuação Município:	3		Nº de exames acumulados	55	92	158	208	208
Pactuação US:	3		Concentração de ex / gestante	2,61	2,5 2	2,35	2,57	2,57
Valor alcançado pela US em 2009	2,68		Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.10- Cob. 100% do exame de Pesquisa de anticorpos IGG Antitoxoplasma (TOXOPLASMOSE) para gestantes inscritas			Número de Exames de Toxoplasmose Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Gestantes Insc. no período (100% das insc.)	26	19	38	17	100
			Inscrições Acumuladas	26	45	83	100	100
			Nº de exames realizados	39	23	40	35	137
Pactuação Município:	1		Nº de exames acumulados	39	62	102	137	137
Pactuação US:	1		Concentração de ex / gestante	1,50	1,3 8	1,23	1,37	1,37
Valor alcançado pela US em 2009	1		Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO				METAS				
5.11- Cob. 100% do exame de ERITROGRAMA para gestantes inscritas			Número de Exames de Eritrograma Acumulados / Gestantes Inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total

		Gestantes Insc. no período (100% das insc.)	26	19	38	17	100
		Inscrições Acumuladas	26	45	83	100	100
		Nº de exames realizados	43	29	49	39	160
Pactuação Município:	1	Nº de exames acumulados	43	72	121	160	160
Pactuação US:	1	Concentração de ex / gestante	1,65	1,60	1,46	1,60	1,60
Valor alcançado pela US em 2009	1	Fonte: Cartão Saúde - Exames realizados no período - Gestante por exam e idade gestacional					
RESULTADO			METAS				
5.12- Cob. 100% dos exames laboratoriais para gestantes inscritas	14 exames	Número de exames acumulados / total de exames	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
		Gestantes inscritas no período	26	19	38	17	100
		Anticorpos anti HIV	35	22	42	34	133
		Glicemia + Tolerância à glicose	38	22	41	38	139
		VDRL	47	31	53	40	171
		Parcial de Urina	55	37	66	49	207
		Toxoplasmose	39	23	40	35	137
		Eritrograma	43	29	49	39	160
		Urocultura	55	37	66	50	208
		Nº de exames acumulados	312	201	357	285	1155
		Concentração de ex / gestante	12,00	10,58	9,39	16,76	11,55
RESULTADO			METAS				
5.13 Percentual de Pais que participam do pré-natal em relação as gestantes inscritas no período - Pai Presente		Número de Gestantes inscritas no trimestre/ Nº de 1ºs consultas de pai	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
		Nº gestantes inscritas no mês	26	19	38	17	100
		Número de 1ºs consultas de Pai	6	10	13	2	31
		Número de consultas acumuladas	6	16	29	31	31
		Percentual de 1ºs consultas de Pai	23%	53%	34%	12%	31%
		Nº consultas de gestantes	205	182	248	212	Total
		Número de consultas subsequentes do Pai	9	12	20	19	60
		Número de consultas subsequentes acumuladas	9	21	41	60	60
		Percentual de 1ºs consultas de Pai	4%	7%	8%	9%	-
		Fonte: Relatório de gestantes inscritas no período + registros internos da US					

RESULTADO			METAS				
5.14 Concentração de exames HIV e VDRL - Pai Presente		Número de 1 ^{as} consultas de Pais /Nº exames coletados	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
		Número de 1 ^{as} consultas de Pai	6	10	13	2	31
		Número de exames HIV realizados	2	2	9	1	14
		Número de exames acumulados	2	4	13	14	14
		Concentração de exames	0,33	0,40	1,00	7,00	0,45
		Exames HIV alterados	0	0	0	0	
		% de exames alterados	0%	0%	0%	0%	0%
		Número de exames VDRL realizados	2	2	9	1	14
		Número de exames acumulados	2	4	13	14	14
		Concentração de exames	1,00	2,00	1,44	14,00	1,00
		Exames VDRL alterados	0	0	0	0	
		% de exames alterados	0%	0%	0%	0%	0%
		Fonte: Registro internos da US					
RESULTADO			METAS				
5.15 - Realizar oficinas de Gestante		Número de gestantes de inscritas / Nº	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
		Número de Gestantes inscritas	26	19	38	17	
		Número de oficinas realizadas	1	1	1	1	
		Número de gestantes	4	5	3	4	16
Pactuação Município:	1	concentração/ gestante	4	5	3	4	-
Pactuação US:	1	Número de Pais	0	1	1	0	2
		Conc. de pai	0,00	1,00	1,00	0,00	-
		Fonte: Livro Ata + Cartão - Inscrições realizadas no periodo					
RESULTADO			METAS				
5.16 - Garantir às Gestantes Visita à Maternidade		Número de gestantes de <u>Baixo Risco</u> que visitaram a Maternidade / Nº de novas gestantes inscritas	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
		Nº gestantes insc. de <u>Baixo Risco</u> (novas)	26	15	36	16	93
		Número de Visitas realizadas	2	3	3	3	11
		Número de Gestantes participantes	8	4	4	3	19
Pactuação Município:	1	Concentração	4	1	1	1	2

Pactuação US:	1		Número de Pai participantes	0	1	1	1	
			Conc. de visitas/gestante	0,31	0,27	0,11	0,19	0,20
			Fonte: Livro Ata + Cartão - Inscrições realizadas no período					
RESULTADO				METAS				
5.17- Realizar no min.1 cons. puerperal até 42 dias após parto			Número de Consultas médicas / enfermeira Acumulados / Meta Pactuada	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			N.º DNV do período X % SUS	16	17	15	13	61
			DNV Acumuladas	16	33	48	61	61
			Nº de consultas médicas	6	18	22	12	58
Pactuação Município:	1		Nº de consultas de enfermeiras	11	4	4	6	25
Pactuação US:	1		Nº de consultas acumuladas	17	39	65	83	83
Valor alcançado pela US em 2009	1		consulta puerperal por gestante	1,04	1,18	1,35	1,36	1,36
Fonte: DNV do período X % SUS			Fonte: Cartão Saúde Concentração de consultas / atendimentos sobre gestantes					
RESULTADO				METAS				
5.18- Realizar no min. 1 ex. preventivo do câncer cervico uterino a cada 3 anos			N.º ex. preventivos de câncer cervico uterino realizados/Meta Pactuada (33% Mulheres SUS - de 25 a 59 anos) *Pacto - 0,17 em relação a pop. total	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Meta pactuada (mulheres)	165	329	494	658	658
Pactuação Município:	1		Meta pactuada (exames)	165	329	494	658	658
Pactuação US:	1		Nº de exames realizados	125	146	121	158	550
População Alvo (Nº total de mulheres de 25 a 59 anos):	9.974		Nº de exames acumulados	125	271	392	550	550
Pop.Alvo (33% do Nº de mulheres de 25 a 59 anos X %SUS):	658		Concentração de ex / mulher	0,76	0,82	0,79	0,84	0,84
Valor alcançado pela US em 2009	0,80		concentração população alvo	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06
Fonte: Censo 2000/projeção 2006 - mulheres de 25 anos à 59 anos			Fonte:					
RESULTADO				METAS				
5.19- Realizar no min. 1 ex. preventivo do câncer cervico uterino a cada 3 anos			N.º exames preventivos de câncer cervico uterino realizados / Meta Pactuada (33% Mulheres SUS - acima de 15 anos)	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Meta pactuada (mulheres)	255	510	764	1.019	1.019

Pactuação Município:	1		Meta pactuada (exames)	255	510	764	1.019	1.019
Pactuação US:	1		Nº de exames realizados	183	217	205	235	840
População Alvo (Nº total de mulheres acima de 15 anos):	15.444		Nº de exames acumulados	183	400	605	840	840
Pop. Alvo (33% do Nº de mulheres acima de 15 anos X %SUS):	1019		Concentração de ex / mulher	72%	78 %	79%	82%	82%
Valor alcançado pela US em 2009	0,68							
Fonte: Censo 2000 - mulheres acima de 15 anos			Fonte: Cartão Saúde - Prevençãp do Câncer por Tipo					
RESULTADO				METAS				
5.20- Realizar no min. 1 <u>exame clinico anual de mamas</u>			Número de exames clinicos de câncer mama / Meta Pactuada (80% Mulheres SUS - <u>acima de 40 anos</u>)	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Meta pactuada (mulheres)	332	664	996	1.328	1.328
			Meta pactuada (exames)	100	199	299	398	398
Pactuação Município:	1		Nº de exames realizados	101	117	119	95	432
Pactuação US:	0,3		Nº de exames acumulados	101	218	337	432	432
População Alvo (Nº total de mulheres acima de 40 anos):	8.301		Concentração de ex / mulher	0,30	0,33	0,34	0,33	0,33
Pop. Alvo (80% do total de mulheres > de 40 anos SUS dependentes):	1328							
Valor alcançado pela US em 2009	0,29							
Fonte: Censo 2000/projeção 2006 -mulheres acima de 40 anos			Fonte: Cartão Saúde - Prevençãp do Câncer por Tipo - Utilizar a faixa etária avaliada					
RESULTADO				METAS				
5.21 - Realizar 1 mamografia de rastreamento para mulheres acima de 50 anos SUS dependentes			Número de exames de mamografia em mulheres acima de 50 anos/ Meta Pactuada (70% Mulheres SUS - acima de 50 anos	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Meta pactuada (mulheres)	1.327	1.327	1.327	1.327	5.307
			Meta pactuada (exames)	133	133	133	133	531
			Nº de exames realizados	56	64			120
Pactuação Município:	1		Nº de exames acumulados	56	120	120	120	120
População Alvo (Nº total de mulheres acima 50 anos):	5.307		Concentração de exames mamografia realizados / mulher	0,04	0,09	0,09	0,09	0,02
Pop. Alvo SUS (50% do total de mulheres acima de 50 anos):	531							
Fonte: Censo 2000/estimativa Data SUS 2009 - mulheres acima de 50 anos			Fonte: SISMAMA					

RESULTADO			METAS					
5.22- Investigação de 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil			Número de investigações realizadas / número de óbitos (mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos)	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Total
			Nº de óbitos da área abrangênciado DS	0	1	0	1	2
Pactuação Município:	100%		Nº de investigações realizadas	0	1	0	1	2
Pactuação US:	100%		Nº de investigações acumuladas	0	1	1	2	1
Valor alcançado pela US em 2009			Cobertura atingida	-	100%	-	200%	50%
			Total de obitos maternos confirmados	0	1	0	0	1
			Fonte: SIM - Planilha enviada pelo C.E.					