

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SUYANE DAYANE VIEIRA

**ANALISE DE INDICADORES DOS EXAMES DE PAPANICOLAOU E
MAMOGRAFIA DE UMA ESF DO MUNICÍPIO DE PASSOS/MG, ANTES E APÓS A
ADESÃO AO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2013

SUYANE DAYANE VIEIRA

**ANALISE DE INDICADORES DOS EXAMES DE PAPANICOLAOU E
MAMOGRAFIA DE UMA ESF DO MUNICÍPIO DE PASSOS/MG, ANTES E APÓS A
ADESÃO AO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Suelene Coelho

FORMIGA - MINAS GERAIS

2013

SUYANE DAYANE VIEIRA

**ANALISE DE INDICADORES DOS EXAMES DE PAPANICOLAOU E
MAMOGRAFIA DE UMA ESF DO MUNICÍPIO DE PASSOS/MG, ANTES E APÓS A
ADESÃO AO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).**

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Suelene Coelho (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Angela Cristina Labanca de Araújo (UNIFENAS)

Aprovada em Belo Horizonte, em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus devo tudo...

Foi Ele quem me deu tudo que foi necessário para trilhar esse caminho de enfermagem, de saúde pública e agora de especialista em Saúde da Família.

Foi Ele quem me colocou na família certa para me amparar na vida, os colegas e professores que me motivaram a persistir no caminho da Atenção Básica, compartilhando o sentimento de amor à Saúde Pública, embora tantas dificuldades; colocou também os pacientes que por mim passaram e que me mostraram a importância de fazer Saúde Pública e de insistir na Atenção Primária.

É por causa de Deus que escolhi este caminho, pensando que o Enfermeiro é e sempre será um mediador direto de Deus para com seus filhos aqui na terra, que tanto precisam de cuidados com o corpo, mente e coração.

Agradeço a Deus e tudo e a todos que Ele colocou no meu caminho para contribuir para meus desafios e crescimento profissional e interior.

Confiar em Deus e ter a confiança Dele, nos leva longe.

Suyane Dayane Vieira

RESUMO

O câncer de mama e de colo de útero está entre as três neoplasias mais comuns entre mulheres, configurando grande problema de saúde pública em todo mundo, pois as taxas de morbidade e mortalidade se mantêm crescente a décadas. Os exames de Papanicolaou e mamografia são efetivos na identificação precoce de neoplasias, porém, muitas mulheres ainda não realizam esses exames regularmente. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi criado em 2011, com objetivo de melhorar os serviços, aumentando o acesso dos usuários as ESF de todo país, criando indicadores por ciclos de vida, de forma a fortalecer os processos de trabalho. As buscas bibliográficas foram realizadas nas bases de dados: SciELO e Google Acadêmico, além do relato da experiência vivenciada pela autora na observação cotidiana da ESF. Este estudo teve como objetivo, realizar um comparativo do número de exames de Papanicolaou e mamografia, antes e depois da adesão de uma ESF de Passos-MG ao PMAQ. Buscou-se também, identificar as estratégias utilizadas empregadas com o intuito de aumentar a cobertura de mulheres para estes dois exames preventivos. Foi realizado levantamento da série histórica dos exames de Papanicolaou e Mamografia, do qual se comprovou que a quantidade de exames realizados tiveram um aumento considerável após a adesão ao PMAQ. No entanto, esse aumento geral do acesso dos usuários, tem sobrecarregado a equipe devido ao acúmulo de novas atividades criadas pelo programa, o que pode comprometer a qualidade dos serviços.

Palavras – chave: Programa Saúde da Família. Qualidade da assistência á Saúde. Saúde da Mulher.Exame Papanicolaou e Mamografia.

ABSTRACT

Breast cancer and cervical cancer is among the three most common cancers among women setting great public health problem worldwide because the morbidity and mortality remains increasing the decades . The Pap smears and mammograms are effective in the early identification of cancer , but many women still do not realize these exams regularly. The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) was created in 2011 with the aim of improving services , increasing the access of users from around the FHS country, creating indicators for lifecycles in order to strengthen work processes . The literature searches were conducted in databases : Google Scholar and SciELO , besides the account of the experience lived by the author in everyday observation FHS . This study aimed to perform a comparison of the number of Pap smears and mammograms before and after the accession of an ESF of MG - Steps to PMAQ . We sought to identify the strategies used employed in order to increase the coverage of these two women for preventive screenings . Survey of the historical series of pap smears and mammography was performed , which proved that the number of tests performed had a significant increase after joining the PMAQ . However , this general increase user access , has overwhelmed the team due to the accumulation of new activities created by the program , which can compromise the quality of services.

Keywords: Family Health Program. Quality of Health Care. Women's health. Pap and mammography examination.

LISTA DE ABREVIATURASE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ- AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1 Câncer- um desafio contemporâneo.....	15
4.2 Especificidades e o desafio da prevenção do câncer.....	15
4.2.1 O câncer de colo de útero.....	15
4.2.1.1 Fatores de risco para o câncer de colo de útero.....	16
4.2.2 O câncer de mama.....	17
4.2.2.1 Fatores de risco para o câncer de mama.....	18
4.2.3 Prevenção dos cânceres femininos- colo de útero e de mama.....	18
4.3 O programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	21
4.3.1 Adesão do Município de Passos-MG ao PMAQ- AB.....	22
5 ANÁLISE DOS INDICADORES DE PAPANICOLAOU E DE MAMOGRAFIAS , ANTES E APÓS A ADESÃO AO PMAQ-AB DE UMA ESF DO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG.....	26
5.1 Contabilizando os exames de Papanicolaou.....	27
5.2 Contabilizando os exames de mamografias.....	31
5.3 O desafio do PMAQ-AB e os dilemas socioculturais da mulher enfrentados pela ESF Aclimação.....	34
6 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	46

1- INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil resultou de vários movimentos políticos e sociais, que culminaram em direitos constitucionais que se consolidaram e permitiram a reorganização e a expansão contínua da assistência em saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Básica componente do SUS passou a ser prioridade nas políticas de saúde e fez com que a assistência se desenvolvesse, mudando o cenário da saúde no Brasil.

Com a garantia da Constituição Federal, cuja Lei nº 8.080 referente à saúde, estabeleceu a organização da responsabilidade política e financeira em diferentes esferas de governos, o país passou a desenvolver a equidade de acesso, descentralizou as ações de saúde e a assistência básica começou a ser uma realidade no cotidiano dos brasileiros (BRASIL, 1990).

Essa mudança de paradigma continua sendo construída no cotidiano dos serviços de saúde e apesar de alguns setores da sociedade ainda contemplarem a saúde e a doença na perspectiva do modelo biomédico e hospitalocêntrico, podemos considerar, sem dúvida, que o maior legado do SUS e seu carro chefe, tem sido a atenção primária. A atenção primária, inclusive, é vista no mundo como um modelo de assistência a ser seguido e que tem contribuído com a organização da saúde em vários outros países, a exemplo da Inglaterra, França e Cuba, sendo o grande facilitador histórico das transformações da assistência no Brasil.

Com a Atenção Primária à Saúde (APS), a população passou a ter verdadeiramente garantias de assistência básica o que propiciou a criação de uma cultura de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Nesse contexto, aos poucos, as crises e conflitos sociais e políticos na história da saúde pública do Brasil, gerados, principalmente, até a década de 90 devido à falta de médicos, pelas imensas filas em busca de assistência e falta de leitos hospitalares, foram dando lugar ao auto cuidado direcionado e acompanhamento pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF), criadas a partir de 1994.

A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por ter sido uma política de saúde ousada para sua época, pois enfrentou o preconceito de uma nação com uma grande quantidade de

pacientes imediatistas e carentes de assistência. Desse modo, ela demorou a ganhar credibilidade nos setores sociais, políticos e da saúde, onde ainda hoje, podem ser vistos vários atores lutando por espaço, embora em proporções bem menores.

Desse modo, verifica-se que o Ministério da Saúde tem criado novos programas e investido de variadas formas na criação e ampliação das políticas de Saúde Pública, como resultado de uma luta histórica da população e uma sensibilização maior do poder público sobre a importância da APS.

A APS tem uma papel importante no cenário político social do país, pois a partir de sua incorporação no Brasil, houve a melhoria de indicadores de saúde, como por exemplo, a diminuição de 31% nos indicadores da mortalidade infantil (DUARTE, 2007). Assim, verifica-se maior possibilidade de administração dos recursos financeiros, que antes eram gastos com internações hospitalares devido ao alto número de doenças infecciosas, por exemplo.

Fabio Mafra (2011, p.18), compartilha desse pensamento de economia de recursos gerados pela assistência da atenção básica em sua tese de mestrado, ao afirmar que

[...] é importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados. Espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidos continuamente pelas ESF, diminuam a necessidade de acesso aos níveis assistências de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares.

O mesmo autor demonstra a queda de alguns indicadores relativos à evolução de internações hospitalares importantes, tais como: Taxa de internação por condições sensíveis, Taxa de doença diarreica aguda em menores de 5anos, Taxa de acidente vascular Cerebral, Taxa de insuficiência cardíaca congestiva e Taxa de Diabetes Mellitus. Além disso, o autor verificou que os indicadores sofreram queda, à medida que a Estratégia Saúde da Família se ampliava no país (MAFRA, 2011).

Assim, cada vez mais verificamos no dia-a-dia da atenção a saúde em nosso país, que a prevenção diminui a cronificação das doenças, reduzindo as internações e consequentemente, o número de óbitos. Desse modo, ao intervir em uma cascata de acontecimentos pode-se, ao final, refletir na saúde financeira do governo e principalmente, na qualidade de vida das pessoas.

No que se refere à assistência propriamente dita, podemos dizer que as políticas de saúde no âmbito da Atenção Primária, se organizaram por ciclos de vida: idoso, criança, adulto, mulher, adolescentes, etc. Nesse contexto, pode-se afirmar que um dos grandes desafios da ciência contemporânea têm sido o câncer e os dilemas culturais, sociais e incertezas envolvendo o processo saúde doença.

No entanto, este desafio transcende os campos teóricos acadêmicos e se revela no campo do real, no cotidiano das pessoas que são vitimadas pelo câncer, especialmente o câncer ligado às mulheres, dentre eles, o câncer de mama e o câncer de colo do útero.

O medo e o desconhecimento sobre os condicionantes do câncer e os fatores de risco tem sido parte da preocupação dos usuários dos serviços de saúde no âmbito da prevenção. Dessa maneira, o tratamento do câncer é algo importante a ser investigado, mas é igualmente essencial a investigação dos aspectos relativos à prevenção. Em especial, para que as estratégias desenvolvidas pelos serviços públicos possibilitem um acesso ampliado às mulheres, para todos os níveis de atenção como forma de diminuir os impactos decorrentes de um possível diagnóstico positivo para o câncer de mama ou de colo de útero.

O desafio se revela de várias maneiras no cotidiano das equipes que atendem a essas demandas, no contexto da oncologia. Muitas mulheres vítimas de câncer de mama ou colo de útero desconhecem os fatores de risco que levam ao desenvolvimento deste tipo de patologia. Outras até conhecem tais fatores de risco, mas a cultura do medo termina por gerar uma adesão tardia ao tratamento. Porém, algumas mulheres procuram os serviços de atendimento apropriados, mas muitas vezes esbarram na burocracia e também na ineficiência de equipes sem o devido preparo para o enfrentamento dessa temática.

A atenção primária através da Estratégia Saúde da Família possui um papel fundamental perante esses cânceres, por disponibilizar as ferramentas para preveni-los, como no caso do exame de Papanicolaou, o exame clínico das mamas e a mamografia.

Desse modo, o presente estudo visa identificar os números relativos aos exames de Papanicolaou e mamografia realizados respectivamente, para detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama, antes e após a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Pretendeu também, identificar as estratégias utilizadas para aumentar o contingente de mulheres acolhidas pela equipe de uma Unidade de Saúde da Família do município de Passos, no estado de Minas Gerais.

Serão analisados dados fornecidos pelo Programa PMAQ no município, pois é considerada uma das estratégias mais significativas para se verificar aspectos relativos à prevenção dos cânceres de mama e de colo do útero. Desse modo, esse trabalho se justifica pela relevância que possui em várias dimensões e entende-se que, por se tratar de um estudo de caráter científico, espera-se que o mesmo seja interessante para os pesquisadores e que apresente relevância teórica e prática.

É sabido que a temática do câncer ainda requer muitos estudos e atenção dos profissionais de saúde e estudar sobre os cânceres específicos de mulheres elencados nesse estudo é, de fato, importante, porque são cidadãs que necessitam de profissionais competentes e preparados para atendê-las nas suas especificidades.

É necessário ainda, que existam processos de trabalhos organizados e sólidos voltados para a renovação das estratégias de melhoria e acesso das mulheres que realizam a prevenção do câncer, somados as articulações da rede geridas pelos gestores municipais, de forma que os indicadores de coleta de preventivo e mamografias aumentem. Com isso, espera-se também, que os possíveis casos de câncer tenham diagnósticos precoces, resultando na queda de morbidade e mortalidade.

2-OBJETIVOS

Identificar os números referentes aos exames de Papanicolaou e mamografia no território de uma ESF do município de Passos-MG, antes e após a implantação do PMAQ e analisar as estratégias empregadas com o intuito de aumentar a cobertura de mulheres para estes dois exames preventivos.

3- METODOLOGIA

Este trabalho é um relato dos resultados da experiência da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2012 numa ESF do Município de Passos. Ele descreve os resultados obtidos antes e após a adesão ao PMAQ-AB, a experiência do recebimento de incentivo financeiro, os desafios encontrados pela equipe, a mudança nos processo de trabalho e as estratégias implantadas com o objetivo aumentar a cobertura de mulheres na realização dos exames de Papanicolaou e mamografia, bem como os pontos a serem melhorados.

Todo o estudo foi elaborado a partir de dados levantados da serie histórica de exames de Papanicolaou realizados na Unidade Básica e de agendamentos de mamografia posteriores ao exame clínico das mamas das pacientes. Os dados foram coletados a partir das anotações do livro de registro de mamografia e do livro de registro de exames preventivo no período compreendido entre um ano antes e um ano após a adesão da ESF ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Foram considerados também, períodos não relativos a um ano antes e um ano depois da adesão ao PMAQ como complemento do estudo.

Foi realizada a apreciação da literatura na língua portuguesa e a busca teve suas bases em dados eletrônicos de *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico com os seguintes descritores: “Programa Saúde da Família”, “Qualidade da Assistência á Saúde”, “Saúde da Mulher” e “Exame Papanicolaou e Mamografia”. Definiu-se *a priori*, o período da busca das publicações, ou seja, a busca foi realizada a partir de Agosto de 2013 a Janeiro de 2014. Como complemento do estudo, foi utilizado dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para levantamento da quantidade das mulheres nas idades representadas no estudo.

Ao mesmo tempo, foi utilizado no estudo, relato de experiência da observação do cotidiano da autora, que aponta as dificuldades e superações vivenciadas pela equipe com a chegada do PMAQ á ESF, das barreiras culturais apresentadas pelas usuárias e os desafios dos gestores frente as novas políticas publicas da Atenção Primária.

4- REVISAO DE LITERATURA

4.1- Câncer – um desafio contemporâneo

Câncer é uma palavra que se originou do grego *karkínos* que significa caranguejo. Ela foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C. (BRASIL,2012). Esta palavra traz em si um enorme estigma, pois é revestida de tabus difíceis de serem enfrentados e para iniciar o aprofundamento desse estudo, faz-se necessário definir alguns conceitos-chave para a correta apreensão da importância do tema. Para a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013, p. 13),

[...] As neoplasias malignas representam crescimentos celulares desordenados, fora dos controles fisiológicos, que constituem novas populações celulares, previamente inexistentes. O comportamento maligno atribuído a determinadas neoplasias deriva de características próprias das células em proliferação, principalmente as propriedades de invadir os tecidos e de originar metástase a distância.

Ainda para o autor, para que haja formação de uma neoplasia, é imprescindível que aconteçam alterações no material genético (DNA) das células que podem ser alteradas por agentes químicos, físicos e biológicos (MINAS GERAIS, 2013). No entanto, a proliferação das células não indica que esteja ocorrendo um câncer, podendo tratar-se apenas de uma resposta as necessidades exclusivas do corpo (RIO DE JANEIRO, 2012).

Mesmo não sendo um problema de saúde pública novo para a humanidade, o câncer é um dos maiores desafios em saúde pública, pois requer políticas específicas que vão desde a prevenção, rastreamento correto, garantia de tratamento e complexidades diversas até a criação de estratégias que favoreçam mudanças socioculturais na população de modo que se aumente o diagnóstico precoce.

4.2 – Especificidades e o desafio da prevenção do câncer

4.2.1 – O câncer de colo de útero

Destaque em números, o câncer de colo de útero já é o segundo tumor mais frequente nas mulheres brasileiras, perdendo apenas para o câncer de mama e em causas de morte ocupa o quarto lugar no país. O câncer de colo do útero leva ao óbito, em média, cinco mil mulheres por ano, porém a situação já foi pior, pois em décadas passadas, a maioria dos casos apontava para diagnósticos invasivos. Com o avanço da assistência em saúde, essa situação melhorou e

hoje percebemos um número bem maior de diagnósticos precoces, o que eleva a chance de cura em quase 100% dos casos. Esse câncer demora a se desenvolver e é facilmente detectado através do exame de Papanicolaou, quando realizado periodicamente. A maioria dos casos é causada pelas lesões precursoras produzidas pela infecção do *Papilomavírus* humano, o HPV (BRASIL,2011b).

Nesse sentido, é possível perceber a magnitude que o câncer de colo do útero é capaz de alcançar interferindo na qualidade de vida das mulheres e em todo o contexto de vida que as cercam. No Quadro 1, abaixo, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aponta a estimativa de casos novos de câncer de colo de útero no Estado de Minas Gerais e o número provável de óbitos referentes à doença, no ano de 2012 (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 1 – Estimativa de casos novos de câncer de colo de útero, o número provável de óbitos referentes a doença e a taxa de incidência em Minas Gerais, para o ano de 2012.

Casos Novos	Óbitos	Taxa de Incidência
1.550	390	14,7 por 100 mil

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte.

4.2.1.1 - Fatores de risco para o câncer de colo de útero

O Instituto Nacional do Câncer também aponta com clareza os fatores de risco, assinalando que o câncer do colo do útero, em 70% dos casos, está associado ao HPV do subtipo 16 ou 18, que são mais agressivos. Afirma ainda, que 80% das mulheres se infectarão com o vírus, e que destas, 32% serão infectadas pelos subtipos 16 ou 18, o que equivale a aproximadamente 291 milhões de mulheres contaminadas. O autor ressalta que as mulheres infectadas antes dos 30 anos possuem tendência a regressão do quadro espontaneamente, acima dessa idade a chance de malignidade aumenta (BRASIL,2013 b).

Em se tratando de fatores de risco para câncer de colo, percebemos que o HPV se transmite com facilidade, porém ele não é o único causador de neoplasias no colo do útero, pois existem fatores ligados à imunidade, genética e comportamento sexual, além de outros mecanismos desconhecidos que podem determinar o desenvolvimento e progressão de lesões precursoras do câncer. Nesse sentido, fatores como o tabagismo, início de atividade sexual precoce, promiscuidade, multiparidade e uso de anticoncepcionais orais, podem desencadear câncer de colo de útero (BRASIL, 2013 b)

Vários são os fatores de risco, porém nada se compara ao alcance fisiológico que o HPV atinge e a magnitude de sua incidência, além de seu potencial carcinogênico ser pouco conhecido pela população. Em especial, a população feminina que tem iniciado a vida sexual ativa cada vez mais precoce e sem conhecer os cuidados necessários para se prevenir dessa e outras infecções. O fato dessa população ainda não dispor da vacina contra o HPV na rede pública, aumenta mais a vulnerabilidade das jovens que se vêm à mercê do acesso fácil ao vírus do HPV, já que o contágio é a via sexual. Por esse motivo, as ações desenvolvidas na atenção primária de saúde são cercadas de grande responsabilidade em saúde, que é a de promover a prevenção em doenças sexualmente transmissíveis (DST) em todos os sexos a partir da adolescência, a fim de promover a educação em saúde e diminuir a transmissão do HPV, baseado na prática segura de sexo, em especial do uso de camisinha.

4.2.2 O câncer de Mama

O câncer de mama possui posição de destaque em números de casos no Brasil e segundo o INCA em 2012 foi estimado mais de 52 mil casos novos, o que representa quase 28% da população feminina, tendo como consequência cerca de 13 mil mortes (BRASIL, 2013 c).

O mesmo Instituto aponta que o câncer de mama é o segundo mais comum entre as mulheres brasileiras, com altas taxas de mortalidade, possivelmente devido ao diagnóstico tardio. Porém, o prognóstico é bom quando envolve casos descobertos no início da doença; que é mais comum acima de 35 anos e cuja incidência tem aumentado significadamente nas últimas décadas em todo mundo, respondendo por cerca 22% de todos os casos novos, taxa superior se comparamos com o câncer de colo de útero (BRASIL, 2013 c).

O Quadro 2 mostra, o número de casos novos de câncer de mama no Estado Minas Gerais, e o número provável de óbitos referentes a essa doença, estimados para o ano de 2012 (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 2 – Estimativa de casos novos de câncer de mama, número provável de óbitos e taxa de incidência em Minas Gerais, para o ano de 2012.

Número de casos novos	Número de óbitos	Taxa de Incidência
5.680	1.140	54,1 por 100 mil

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte.

No quadro acima, notamos que as estimativas de câncer de mama em Minas Gerais, por exemplo, são superiores se comparadas ao do câncer de colo de útero.

4.2.2.1 - Fatores de Risco para o câncer de mama

Os fatores de risco são temas de grande importância para a prevenção do câncer de mama, pois como aponta o Ministério da Saúde, vários são os fatores de risco, como pode ser visto no Quadro 3 (BRASIL, 2013f, p. 87).

Quadro 3 - Principais fatores de risco para o câncer de mama.

Principais Fatores de Risco	Idade
	Menarca precoce
	Menopausa tardia
	Primeira gravidez após os 30 anos
	Nuliparidade
	Exposição à radiação
	Terapia de reposição hormonal
	Obesidade
	Ingestão regular de álcool
	Sedentarismo
	História familiar

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

4.2.3 Prevenção dos cânceres femininos – colo de útero e de mama

Junqueira *et al.* (2009, p.128) *apud* Ferreira, 2003, definem prevenção em saúde como "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize". Assim, a prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença", afirmam os autores.

Construir a prevenção em saúde pode ser entendido também como seguir protocolos e abordagens clínicas sobre o histórico geral das pacientes que chegam ao serviço de saúde e criar ações e monitoramento, se necessário.

A seguir, descreveremos as recomendações do ministério da saúde para detecção precoce de câncer de mama e de colo de útero.

a) Câncer de Mama

A prevenção e detecção precoce do câncer de mama seguem critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como pode ser verificado na tabela 1 (BRASIL, 2004, p.7).

Tabela 1 - Recomendações para detecção precoce do câncer de mama

I- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.
II- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames.
III- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
IV- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

A tabela acima coloca que mulheres sadias devem iniciar o rastreamento de câncer pela mamografia, após os 50 anos, informação conflitante, de dez anos atrás, pois em 2009, o Ministério da Saúde criou a lei Lei nº 11.664 (BRASIL, 2009) especialmente para garantir que no país, mulheres possam realizar mamografia a partir dos 40 anos.

Por outro lado, o mesmo Ministério da Saúde em uma publicação mais recente, coloca que o recomendado para rastrear de câncer de mama por meio de mamografia bianualmente, estende-se a mulheres de 50 a 74 anos e não entre 50 e 69 anos, conforme colocado na tabela 1 (Brasil, 2010).

Nesse contexto, é importante também conhecermos os grupos que possuem maior risco para desenvolver câncer de mama, como pode ser verificado na tabela 2, conforme também estabelece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 p.7).

Tabela 2 – Grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama

I- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
II- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou

filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.

III- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.

IV- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Na tabela 3, relacionamos a população alvo no rastreamento do câncer de mama e a periodicidade dos mesmo, com informações mais atuais do ministério da saúde. Nesse contexto podemos observar que a mamografia novamente está preconizada a partir dos 50 anos, o que não está em conformidade com a Lei nº 11.664 e novamente entra em contradição ao colocar que a mamografia deva ser bianual em mulheres de 50 a 69 anos e não em mulheres de 50 a 74 anos como coloca no tópico rastreamento (BRASIL, 2010)

Tabela 3 – População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama – recomendações do INCA

População Alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e se estiver alterado, mamografia.
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia de dois em dois anos
Mulheres de 35 anos ou com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

b) Colo de útero

Com relação às medidas preventivas para o colo de útero, o INCA, coloca que o recomendado é o uso do preservativo, de forma a evitar a infecção pelo HPV, que pode representar em até 90% dos casos de neoplasias e soma-se a esse fator o tabagismo, promiscuidade (BRASIL, 2013 d).

4.3- O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, com objetivo de melhorar a qualidade da assistência a aumentar o acesso da população aos serviços das ESF.

O Ministério da Saúde, afirma que espera que o PMAQ induza as instituições a promover processos de trabalho conforme as necessidades reais da população, além de despertar os gestores das três esferas de governo para o compromisso real com a melhoria dos serviços em saúde no país. Destaca também, que ampliar o acesso e melhorar a qualidade desses serviços, implica em padronizá-los de maneira que haja transparência e efetividade (BRASIL, 2013e).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.1), o Programa possui quatro fases:

- 1- Adesão e contratualização.
- 2- Desenvolvimento e recontratualização, dos quais participam a ESF, o município, o estado e o governo federal. Ao aderir o programa a ESF faz o compromisso formal com indicadores específicos, gerados a partir da realidade local. Na segunda fase a ESF desenvolve as ações pactuadas, objetivando a mudança da gestão de forma que o acesso e a qualidade dos serviços se ampliem e melhorem.
- 3- Na terceira fase a ESF recebe uma avaliação externa para averiguação dos serviços e mudanças realizadas.
- 4- Já na última fase, haverá nova pactuação, novos padrões de indicadores de forma que o processo se torne cíclico e sistemático.

Conforme afirma o Ministério da Saúde (2011 a), a criação do PMAQ se deu pelo fato da percepção de estar ocorrendo má gestão e assistência à saúde na atenção básica no Brasil. E que a maneira encontrada para motivar as equipes e gestores para essa grande mudança necessária, foi por meio de incentivo financeiro. Dessa forma podemos dizer que o PMAQ tem sido um grande Programa que envolve altos valores de financiamento e de gerenciamento de pessoas e gestores no Brasil. Todo o trabalho gerado após várias etapas são avaliados por auditores, que pontuam os serviços, sendo que para cada nota existe um valor financeiro que a ESF recebe como forma de incentivo. Esse incentivo possui teto Máximo de R\$ 6.500,00 por unidade participante, sem saúde bucal e pode alcançar R\$ 8.500,00 para unidades com saúde

bucal vinculada, sendo que ao se homologar a participação da ESF no programa, a ESF participante já recebe automaticamente 20% desses valores.

4.3.1 Adesão do Município de Passos-MG ao PMAQ

O município de Passos-MG aderiu ao PMAQ em novembro de 2011 e em junho de 2012 o legislativo Municipal criou a lei n° 2.928, de incentivo ao PMAQ, que instituiu a premiação financeira de incentivo a melhoria da assistência à saúde aos profissionais que se qualificam (médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos e agentes comunitários de saúde).

A partir de agosto de 2012, o processo de trabalho envolvendo o PMAQ passou a valer em todas as assistências ocasionadas nas ESF. Nesse período apenas 50% das ESF foram contratualizadas, porém todas as equipes passaram a seguir o modelo de assistência preconizado pelo PMAQ e os valores recebidos por essas equipes cadastradas eram divididos entre todas as equipes do município.

Foi criado junto com a lei, os indicadores e parâmetros que cada ESF necessitaria atingir para alcançar os indicadores e conseqüentemente receber o incentivo financeiro. Tais indicadores foram baseados em parâmetros únicos, porém cada ESF possui valores de indicadores diferentes, de acordo com o diagnóstico de área de cada ESF e no SIAB, que no município é informatizado.

Seguindo esses critérios, o município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde estipulou (lei municipal n° 2.928 de junho de 2012, de Passos, 2012) os indicadores e parâmetros para as ESF relativos à saúde da mulher para coleta de Papanicolaou e exames clínicos das mamas, (associado informalmente ao agendamento de mamografias) conforme Quadro 4 e Quadro 5 respectivamente.

Quadro 4 – Indicadores, parâmetros, metas e monitoramento para as ESF, relativos à saúde da mulher para coleta de Papanicolaou e exames clínicos das mamas realizadas pelo Enfermeiro, de acordo com a Lei n° 2.928 de Junho de 2012.

Indicadores	Parâmetros	Metas	Monitoramento
Realizar coleta de exame de Papanicolaou em todas as mulheres da área de abrangência, na faixa etária de 25 a 59 anos.	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos realizam exame de Papanicolaou anualmente.	40% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos realizam exame de Papanicolaou anualmente pelo enfermeiro da ESF	SIAB e planilhas de produção (PMAQ) enviadas mensalmente à Coordenação da ESF Responsável:
Realizar exame clínico das mamas, anualmente, em todas as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos.	100% das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos realizam exame clínico das mamas, sendo: - 1 exame clínico por ano.	70% das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos realizam exame clínico das mamas pelo enfermeiro da ESF.	Apoiadores Institucionais

Fonte: Lei Municipal n° 2982 de junho de 2012

O Quadro 4 estipula que para alcançar a premiação financeira, as equipes devem realizar o exame de Papanicolaou em 40% das mulheres adstritas da área da ESF, no ano, o que não é difícil de conseguir. Porém, a idade a ser considerada é de 25 a 59 anos e isso dificulta alcançar o indicador, pois muitas mulheres fora dessa faixa etária procuram o serviço, principalmente adolescentes, já que a atividade sexual nas mulheres tem iniciado cada vez mais precocemente. Tal fato sempre gerou discussão entre as enfermeiras do município com a coordenação da Atenção Primária, considerando também que as ESF compartilham experiências em que muitos exames de Papanicolaou tem apresentado alterações de HPV e NIC em mulheres com idades fora da faixa etária dos 25 aos 59 anos, e que não existe sentido em manter esse indicador nessas faixas etárias.

No que se refere ao indicador de exame clínico das mamas, percebemos certa dificuldade em conseguir alcançar o indicador de 70% das mulheres da área, pois a faixa etária é bem restrita e aborda mulheres de atividade profissional muito ativa, ou seja, mulheres que trabalham, que dificilmente tem tempo para ir a ESF realizar exames, mesmo que seja uma vez por ano.

Quadro 5 - Indicadores, parâmetros, metas e monitoramento para as ESF, relativos à saúde da mulher para a ação dos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com a Lei n° 2.928 de Junho de 2012.

Indicadores	Parâmetros	Metas	Monitoramento
Realizar visitas domiciliares para busca ativa de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos para coleta de Papanicolaou.	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos realizam preventivo anualmente.	100% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos recebem visitas domiciliares do ACS da ESF .	SIAB e planilhas de produção (PMAQ) enviadas mensalmente à Coordenação da ESF. Responsável: Apoiador Institucional e Enfermeiro da Unidade de Saúde da Família.

Fonte: Lei Municipal n° 2982 de junho de 2012, de Passos MG

O Quadro 5, gerou muita discussão na época de sua implantação, pois ele sinaliza que os Agentes comunitários de saúde devem realizar busca ativa de mulheres entre 25 a 59 anos, com abordagem para realização de Papanicolaou e de mulheres entre 40 a 49 anos, para realização do exame clínico das mamas em 100% das mulheres da área, porém, na prática não é o que encontramos. A coordenação na verdade, exige que cada ACS, consiga não só fazer abordagem, mas levar essas mulheres para realizar o exame, caso contrário o ACS perde o indicador. Nesse caso, o ACS pode contabilizar mulheres que realizaram o Papanicolaou em outra ESF (pública ou privada), informando quando, onde e com quem a mulher realizou o exame. Num primeiro momento, a coordenação da Atenção Básica do Município, considerou que apenas a abordagem de mulheres ao exame valeria como meta e logo depois voltou atrás e estipulou que só os exames realizados, valeriam como indicador e isso gerou muita polêmica na ESF.

A coordenação também considera como requisito para alcançar o indicador, meta coletiva, ou seja, se um ACS teve poucas mulheres realizando Papanicolaou no mês, mas outro ACS trouxe muitas mulheres, e a meta da ESF foi alcançada, toda a equipe automaticamente ganha o incentivo financeiro, mesmo que outros ACS não tenham atingido a meta.

Os profissionais médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, não possuem indicadores de saúde da mulher a cumprir, pois entendemos que os motivos para essa exclusão, se deve ao fato de que esses dois profissionais ou não realizam procedimentos específicos nessa área ou não possuem função de realizar busca ativa. Nunca foi discutido o motivo para a não adesão deles nesse indicador.

5-ANÁLISE DOS INDICADORES DE PAPANICOLAOU E DE MAMOGRAFIA ANTES E DEPOIS DA ADESÃO AO PMAQ-AB DE UMA ESF DO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG

Inicialmente serão analisados os indicadores relativos à saúde da mulher para coleta de Papanicolaou e exame clínico das mamas, realizadas pelo Enfermeiro, de acordo com a Lei nº 2.928 de Junho de 2012. A análise dos indicadores se baseou no levantamento de mulheres que realizaram os exames, em série histórica anotada no livro de registro de exames de Papanicolaou e de mamografia da ESF em estudo.

Observamos que o indicador do PMAQ não se refere ao exame de mamografia, mas sim, ao exame clínico das mamas. Entretanto, esse exame das mamas é realizado em toda mulher que realiza o Papanicolaou e o PMAQ apenas considera como indicador, as mulheres examinadas que possuem idade entre 40 a 49 anos, por considerar que essa faixa etária é a que sofre maior risco de apresentar câncer de mama.

É importante considerar o número de mulheres de acordo com a faixa etária, tal levantamento estipula o indicador relativo a ser alcançado no PMAQ. Conforme os critérios de idade estabelecidos na lei de incentivo Municipal nº2892, já citados anteriormente.

Na Tabela 4, é apresentado o quantitativo de mulheres assistidas pela ESF Aclimação, conforme diagnóstico situacional realizado de área, realizado em 2012.

Tabela 4- Número e percentual de mulheres da área de abrangência da ESF Aclimação, por faixa etária, de acordo com o diagnóstico situacional realizado no ano de 2012.

Idade por faixa etária	Quantidade	%
10 a 14 anos	91	5,5
15 a 19 anos	132	8,1
20 a 24 anos	112	6,9
25 a 59 anos	726	44,5
40 a 49 anos	217	13,3
50 a 59 anos	175	10,7
60 anos ou mais	178	10,9
Total	1.631	100%

Fonte: Diagnóstico Situacional de área- ESF Aclimação em 2012

Na Tabela 4, percebemos que a ESF em estudo possui 217 mulheres entre 40 e 49 anos e que destas, 70% devem ser examinadas no ano, o que equivale a 152 mulheres. Destas 152 mulheres ano, 13,8% devem ser examinadas por mês (divide-se por 11 meses para considerar o período de férias do profissional). Porém, a meta estipulada de exame clínico das mamas para a ESF em estudo durante todo o ano, foi de 15 mulheres. Percebemos um erro de cálculo na meta da ESF, o que pode ter contribuído para o não alcance de metas de alguns meses.

5.1. - Contabilizando os Exames de Papanicolaou

Os indicadores do PMAQ são apresentados por planilha todo dia 15 de cada mês e contabilizam apenas mulheres entre 25 e 59 anos, faixas etárias consideradas estratégicas, com maior incidência de câncer de colo de útero. Por consenso, entre a Coordenação da Atenção Primária do município e as enfermeiras das ESF de Passos, todas as unidades possuem como indicador a realização de 31 exames de Papanicolaou por mês.

O número de Papanicolaou realizados no período de um ano antes e um ano depois da adesão do município ao PMAQ foram levantados no livro de registro de Papanicolaou da ESF, tabulados e apresentados sob a forma de uma série histórica na tabela 5.

Tabela 5- Número de exames de Papanicolaou realizados na ESF Aclimação, no período de um ano antes e um ano depois da adesão do município ao PMAQ

Número de exames de Papanicolaou antes do PMAQ		Número de exames de Papanicolaou depois do PMAQ	
Mês	Total de exames	Mês	Total de exames
Agosto 2011	42	Agosto 2012	25
Setembro 2011	37	Setembro 2012	12
Outubro 2011	19	Outubro 2012	32
Novembro 2011	24	Novembro 2012	26
Dezembro 2011	24	Dezembro 2012	34
Janeiro 2012	18	Janeiro 2013	34
Fevereiro 2012	37	Fevereiro 2013	32
Março 2012	16	Março 2013	43
Abril 2012	33	Abril 2013	30
Maio 2012	36	Maio 2013	5

Junho 2012	24	Junho 2013	36
Julho 2012	25	Julho 2013	30
Total	287	Total	339
Média do período	23,9	Média do período	28,2

Fonte: Livro de registro de exames de preventivo para o câncer de colo do útero da ESF Aclimação.

Percebe-se nessa Tabela 5, os resultados mais importantes do trabalho realizado, pois o levantamento de exames em exatos um ano antes e um ano depois da adesão da ESF ao PMAQ, apontou um aumento 15,3% de exames de Papanicolaou após a adesão ao PMAQ. Verifica-se também, que faltaram 2,8 exames mês para alcançar a meta estabelecida pela Coordenação da Atenção Primária do Município de 31 exames por mês, indicador que poderia ser alcançado caso houvesse profissional remanejado para cobrir as férias da enfermeira da ESF no mês de maio. Ressalta-se que no mês de maio ocorreu uma baixa cobertura devido ao fato de não se ter no município, um profissional que pudesse cobrir as férias, evitando-se assim, queda na qualidade da assistência.

Destaca-se ainda, que no primeiro trimestre após a adesão ao PMAQ, a Unidade de Saúde enfrentou dificuldades para alcançar o indicador de 31 exames por mês, mas em seguida conseguiu alcançar à média, com exceção no período de férias da enfermeira, citado anteriormente. Entretanto, nos meses seguintes essa defasagem foi devidamente superada.

Na Tabela 6, pode ser verificado o número de exames de Papanicolaou realizados nas mulheres com idade entre 25 a 59 anos, nos meses de janeiro a dezembro (com exceção de dezembro de 2013), no período de 2011 a 2013.

Tabela 6– Número de exames de Papanicolaou realizados nas mulheres com idade entre 25 a 59 anos, na ESF Aclimação, nos meses de janeiro a dezembro, no período de 2011 a 2013, segundo o período de coleta de indicadores do PMAQ que vai do dia 15 ao 14 de cada mês.

Ano Mês	2011	2012	2013
15 Dez. a 14 Jan.	10	18	34
15 Jan. a 14 Fev.	34	37	32
15 Fev. a 14 Mar.	12	16	43
15 Mar. a 14 Abri.	12	33	30
15 Abr. a 14 Mai.	26	36	5*
15 Mai. a 14 Jun.	32	24	36

15 Jun. a 14 Jul.	26	25	30
15 Jul. a 14 Ago.	42	25	30
15 Ago. a 14 Set.	37	12	37
15 Set. a 14 Out.	19	32	50
15 Out. a 14 Nov.	24	26	18
15 Nov. a 14 Dez.	24	34	-
<hr/>			
Total ano	298	318	345
Média por mês	24,8	26,5	31,3

Fonte: Livro de registro de exames preventivo para o câncer de colo do útero da ESF Aclimação.

Na Tabela 6, pode-se verificar que com a adesão ao PMAQ, os indicadores foram aumentando gradativamente e alcançaram seu ápice em 2013, ao atingir a média de 31 exames durante o ano, mesmo ainda restando um mês para o fim de 2013. Quando a ESF alcança o indicador do ano, a equipe fica desobrigada a cumprir a meta do mês, como pode-se verificar, a ESF em estudo, atingiu a meta do ano já em novembro.

Destacamos também, que a ESF Aclimação possui a menor população do município de Passos e que o parâmetro de 31 exames/mês foi estabelecido em comum acordo entre a Coordenação da Atenção Primária e as enfermeiras das ESF do município. No entanto, se fossem considerados o indicador real do PMAQ, a ESF em estudo teria como meta o total de 26 exames, conforme fórmula a seguir:

$$726 \text{ (total de mulheres entre 25 e 59 anos)} \times 40\% \text{ (parâmetro PMAQ a ser alcançado)} = 290, \text{ divididos por 11 meses do ano} = 26 \text{ exames (média por mês de coleta da ESF Aclimação).}$$

Desse modo, a ESF realizou 5 exames a mais por mês, se comparado com o indicador estabelecido pelo PMAQ. Olhando por esse lado, podemos considerar que a ESF alcançou os indicadores em todos os meses de 2013, exceto no mês de maio (férias da enfermeira) e em Novembro (pois já havia alcançado o indicador do ano). Verifica-se também, que em 2012 e 2011 os números não conseguiram alcançar a média de 31 exames mensais.

Em valores percentuais, de 2011 a 2012, houve aumento de 7%. Nos 11 primeiros meses de 2012 para os 11 meses de 2013, houve um aumento de 21,5 %.

Tabela 7 – Número de exames de Papanicolaou considerando todas as faixas etárias , por mês e ano, coletados do primeiro ao último dia do mês, realizados na ESF Aclimação, no período de 2011 a 2013.

	2011	2012	2013
Janeiro	20	54	45
Fevereiro	45	15	48
Março	4	41	59
Abril	32	47	29
Mai	42	31	12
Junho	34	30	53
julho	47	25	38
Agosto	42	21	23
Setembro	36	41	56
Outubro	22	53	55
Novembro	40	25	22
Dezembro	15	42	-
Total	379	425	440
Média por mês	31,6	35,4	40

Fonte: Livro de Preventivo da ESF Aclimação.

Na Tabela 7 foi contabilizado o quantitativo de todos os exames de Papanicolaou realizados na ESF, independente de idade, em mês fechado, pois o PMAQ considera apenas as mulheres entre as faixas etárias de 25 a 59 anos.

Pode-se perceber que o exame em demanda livre de idade, obteve um aumento considerável, o que demonstra um grande aumento do acesso das mulheres a ESF realizando o exame. Constata-se também, que em 2013, ainda faltando um mês para terminar o ano, a ESF recebeu uma média de 40 mulheres por mês, número bastante significativo, pois antes do PMAQ, esse número chegou a 31 exames em 2011 e a 35 exames em 2012. Desse modo, considerando os 11 meses de 2011 e os 11 meses de produção de 2013, observamos 76 coletas a mais, ou seja, um aumento de 21 %.

Ainda com relação aos 11 primeiros meses de 2012 e os onze meses de 2013, percebemos um aumento de 57 exames, o que equivale a um aumento de 15% no mesmo período. Ressalta-se que no mês de maio houve baixa coleta do exame devido a férias da enfermeira e a falta de remanejamento profissional para cobrir as suas férias.

A Tabela 7 aponta ainda, que atingir o indicador da faixa etária compreendida entre 25 a 59 anos não tem sido uma tarefa fácil, pois muitas mulheres idosas fazem questão de realizarem o exame. Destaca-se também, que muitas adolescentes e jovens mulheres com vida sexual ativa e com idade inferior a 25 anos também procuram a Unidade de Saúde para

realizarem a prevenção. Este fato faz com que os profissionais da enfermagem do município, questionem a faixa etária do indicador, desejando que essa faixa etária aumentasse para validar mais exames realizados, pois percebemos que muitos dos exames realizados não podem ser contabilizados.

5.2 – Contabilizando os exames de Mamografias

Os indicadores do PMAQ são apresentados por planilha todo dia 15 de cada mês e contabilizam o exame clínico das mamas apenas das mulheres que se situam na faixa etária entre 40 e 49 anos, faixas etárias consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde devido a maior incidência de câncer de mama. Porém, toda mulher que realiza Papanicolaou, independente da idade, deve ter as mamas examinadas, bem como mulheres com queixas na mama que chegam ao serviço em demanda espontânea, não necessariamente, durante o exame preventivo ginecológico.

O indicador estabelecido pelo PMAQ considera apenas o número de exames clínicos das mamas (ECM) das mulheres que se encontram na faixa etária citada anteriormente, e desse modo, o agendamento de mamografia acaba ficando condicionado ao indicador no município, pois faz intermediação das ações de prevenção e promoção em saúde. Dessa maneira, a ESF necessita agendar todas as vagas de mamografia estipuladas para cada ESF alcançar o indicador. Assim, se a Unidade conseguir examinar o número de mulheres estipuladas para o exame clínico das mamas, mas não conseguir agendar todas as mulheres para as vagas de mamografia estipulada por mês, toda a equipe perde o indicador. E aí fica o questionamento, o exame clínico das mamas não tem valor próprio?

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013g), a maneira mais eficaz para se detectar o câncer de mama precocemente são o exame clínico da mama e a mamografia. Se o ECM for realizado por um profissional médico (a) ou enfermeira (o) capacitados, ele pode detectar tumores de até 1 (um) centímetro, quando sua localização for superficial. Assim, o ECM deve ser realizado de acordo com as recomendações técnicas do documento "Consenso para o Controle do Câncer de Mama" (BRASIL, 2004).

O ministério da Saúde afirma ainda, que a sensibilidade do exame clínico das mamas varia em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos e de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos. Já a especificidade varia entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos e entre 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 (BRASIL, 2013g).

Por outro lado, a mamografia é a radiografia da mama que possibilita a detecção precoce do câncer, pois pode detectar lesões em fase inicial, ainda muito pequenas, de milímetros de tamanho. No entanto, ele também sofre interferências que vão desde a capacidade do aparelho até a dificuldade de visualização em mamas muito densas. Por isso, os estudos sobre a efetividade da mamografia têm no ECM um forte aliado, nunca sendo avaliados de maneira separada. Isto porque fica difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento (BRASIL, 2013g).

Para o autor, a sensibilidade do exame de mamografia varia de 46% a 88% e sua especificidade varia entre 82% e 99%. Assim, um resultado eficaz acaba dependendo de características anatômicas, tais como: "tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista" (BRASIL, 2013g, p.1). Assim, o resultado de uma mamografia também depende da qualidade do exame.

Sabe-se que, tanto a realização do exame clínico das mamas, quanto o exame de mamografia são fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Desse modo, parece que a avaliação clínica, por meio da palpação das mamas, acaba ficando em segundo plano, se considerado a valoração maior do exame das mamas por meio do mamógrafo.

Ao estabelecer o direito à mamografia a partir dos 40 anos, a todas as mulheres, a Lei 11.664/2008, que entrou em vigor em 29 de abril de 2009, acabou suscitando interpretações divergentes, na comunidade científica, no entanto, as recomendações de rastreamento de mulheres saudáveis na faixa etária dos 50 aos 69 anos, não foram alteradas.

Embora tenha a ESF em estudo como indicador o número de 15 exames clínicos das mamas em mulheres com idade entre 40 a 49 anos, recebe, em média, 40 vagas de exames de mamografia para agendar, independente da idade, a partir dos 35 anos.

Destacamos que, ao contrário dos exames de Papanicolaou, o indicador de exames clínicos da mama/mamografia, não passou a ser contabilizados desde o início da adesão da ESF Aclimação ao PMAQ. Esse indicador foi inserido no mês dezembro de 2012, passando a ser considerado como indicador para receber gratificação a partir de janeiro de 2013.

Na Tabela 8 pode ser observado o número de mamografias agendadas, por mês, na ESF Aclimação em mulheres de 40 a 49 anos, associadas ao exame clínico das mamas, no período de 2011 a 2013.

Tabela 8 - Número de mamografias agendadas por mês na ESF Aclimação em mulheres de 40 a 49 anos, associadas ao exame clínico das mamas, no período de 2011 a 2013.

Número de mamografias x Meses	2011	2012	2013
Janeiro	Dado não Disponível	15	17
Fevereiro	Dado não Disponível	9	16
Março	2	8	18
Abril	3	10	12
Maio	5	12	6
Junho	1	4	19
Julho	5	9	15
Agosto	15	6	17
Setembro	10	4	15
Outubro	7	19	16
Novembro	10	12	16
Dezembro	6	13	
Total	64	121	166
Média por mês	6,4	10,8	15,1

Fonte: Livro de mamografia PSF Aclimação.

Embora a série histórica, apresente desfalques na tabela acima por falta de registro, podemos perceber que de 2011 a 2013, houve mais de 100% de aumento de exames depois da adesão da ESF ao PMAQ. Verifica-se que os indicadores foram crescendo discretamente até alcançar o número de 15 por mês. Em 2013, a Unidade de Saúde conseguiu alcançar a média geral, e esse número poderia ser maior se houvesse profissional de enfermagem para cobrir as férias da enfermeira da ESF.

Destaca-se também, que de março a dezembro de 2011 para março a dezembro de 2012, houve um aumento de 33 exames, equivalentes a um crescimento de 52% e de 2012 até novembro de 2013, houve um acréscimo de 45 exames, que equivale a um crescimento de 37%. Comparando os 11 primeiros meses de 2012 com os 11 meses de 2013, temos um aumento de 54% do acesso da população feminina ao exame. De 2011 para 2013, desconsiderando os dois primeiros meses de 2013, temos um aumento de 160%.

Na Tabela 9 pode ser verificado o número de agendamentos de mamografias realizado por livre demanda na ESF Aclimação, independente de idade, no período de 2011 a 2013.

Tabela 9 – Número de agendamentos de mamografias por livre demanda na ESF Aclimação, independente de idade, no período de 2011 a 2013.

Meses do ano	2011	2012	2013
Janeiro	Dado indisponível	26	27
Fevereiro	Dado indisponível	15	24
Março	7	18	28
Abril	10	26	24
Mai	16	19	10
Junho	6	15	33
Julho	13	21	36
Agosto	39	11	39
Setembro	15	13	42
Outubro	13	31	38
Novembro	17	21	23
Dezembro	13	17	-
Total	149	233	324
Média por mês	14,9	19,4	29,4

Fonte: Livro de registro de mamografia ESF Aclimação.

Na Tabela 9, como na Tabela 8, pode-se observar que ocorreu um aumento gradativo dos indicadores por ano, principalmente após a adesão da ESF ao PMAQ. Verifica-se que, de 2011 para 2012 (não considerando os dois primeiros meses de 2012), aconteceu um aumento de 29% dos exames; de 2011 para 2013 (não considerando os dois primeiros meses de 2013), temos um aumento de 83,5%. Em 2012 em comparação com 2013, percebemos um acréscimo de 39,4% no ano.

5.3- O desafio do PMAQ e os dilemas socioculturais da mulher enfrentados pela ESF Aclimação

Com a adesão do município ao PMAQ, todas as ESF do município de Passos passaram por profundas mudanças nos seus processos de trabalho e, principalmente, na motivação dos profissionais, embora as ações ainda continuem a ser ajustadas e melhoradas, após um ano de implantação do PMAQ.

Num primeiro momento, a maior parte da equipe de saúde apreendeu o PMAQ como algo para se “atingir metas” e receber o incentivo financeiro. Existiram casos de ESF, em que a equipe de saúde não desejava participar do PMAQ por entender que isso era desnecessário e cansativo. No entanto, após um ano de PMAQ as equipes perceberam o quanto a assistência melhorou e o acesso das mulheres as ações de saúde aumentou.

A ESF Aclimação, Unidade Básica de Saúde avaliada nesse estudo, realizava os exames de Papanicolaou e mamografia desde sua fundação, porém, com um processo de trabalho superficial, resultados pouco ou não discutidos e com o monitoramento realizado de forma esporádica pela Coordenação da Atenção Primária do município.

Tanto os exames de Papanicolaou como os agendamentos de mamografias ocorriam de maneira rotineiramente na ESF, entretanto, com baixo acesso de usuárias e conseqüentemente, baixa cobertura populacional. A busca ativa realizada pelos ACS acontecia, mas de forma discreta e pouco priorizada.

Com a chegada do PMAQ, esse cenário se modificou bastante, embora de forma gradativa, pois a mudança no processo de trabalho exigiu, não só melhorar a assistência e o acesso, mas abrangeu, principalmente, a mudança de visão de assistência da equipe: o que fazer? Como fazer? Por que fazer?

Pouco a pouco a postura de equipe foi se modificando e incorporando novas estratégias de se trabalhar, que no caso de prevenção de câncer de útero e de mama, o foco foi a busca ativa das ACS, o acolhimento eficaz das enfermeiras e técnicas de enfermagem, bem como a garantia de acesso aos exames de rastreamento dos cânceres em questão.

Podemos considerar que o incentivo financeiro representou um divisor de águas da equipe, ou seja, a mola propulsora do alcance desses processos de trabalho, afinal, um profissional melhor remunerado, trabalha bem mais motivado.

O segundo passo dessa mudança foi a modificação da abordagem e argumentação de todos da equipe com a população, que objetivou ganhar a confiança das pacientes aumentando o acesso delas em busca de assistência e, posteriormente, o alcance dos indicadores pela equipe de saúde.

Em seguida, as ACS construíram um instrumento de organização de busca ativa de mulheres para a realização da mamografia e exame de Papanicolaou que denominamos arquivo rotativo. No arquivo rotativo foi arquivada uma ficha individual de cada mulher em idade fértil, abrangendo toda microárea das ACS, contendo nome, endereço e a data da realização dos exames de Papanicolaou e mamografias. Essa ficha fica arquivada no mês que a paciente realizou o exame e adaptada dentro de uma caixinha de sapato.

Todo arquivo rotativo possui espaços dos meses do ano e no final um espaço para as faltosas. Sendo assim, se a paciente realizou o exame preventivo em setembro de 2012, sua

ficha ficará no mês de setembro. Assim, no mês de setembro do próximo ano as Agentes Comunitárias verificarão quais mulheres já estão com um ano da realização do último exame. Uma vez identificadas às mulheres que necessitam realizar novamente o exame, elas programam e realizam a visita domiciliar, informando que já se passou um ano de seu último exame. As mulheres são convidadas para realizar o exame de Papanicolaou e a mamografia novamente, com os dias e horários indicados para tal. Dessa maneira as Agentes Comunitárias desenvolvem um importante controle de quem já fez os exames, facilitando e direcionando objetivamente a busca ativa.

Foi criado também, um bilhete de convite ao preventivo e mamografia, que é deixado nas residências das mulheres que trabalham durante o dia e que não são encontradas pelas ACS. Quando o indicador está difícil de alcançar, a Unidade de Saúde utiliza uma carta com o logotipo da prefeitura, convocando as mulheres a fazerem o exame em caráter de emergência. Esta estratégia tem facilitado o comparecimento da usuária Unidade de Saúde, embora seja usado esporadicamente.

O exame de Papanicolaou e o exame clínico das mamas, bem como o encaminhamento para a mamografia são realizados na ESF Aclimação todas as terças-feiras pela manhã. Para facilitar o acesso das mulheres que trabalharam fora de casa durante o dia, uma vez por mês, a ESF oferece essa assistência à noite, o que denominamos de "Preventivo Noturno". Esse preventivo noturno é programado com antecedência e são confeccionados cartazes divulgando-o no mural de entrada da ESF.

Nestes casos, não é necessário o agendamento prévio, a demanda é livre e o resultado tem sido muito positivo. Mais de 20 mulheres tem comparecido regularmente todo mês, esse número já chegou a 30 em uma só noite. Pode-se dizer que o preventivo noturno tem sido o carro chefe desse indicador, pois na maioria das vezes alcançamos mais de 50% desse indicador neste preventivo noturno.

As articulações para a busca ativa das mulheres, também é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que uma vez por ano realiza uma parceria com o comércio de confecções do Município. Desse modo, os profissionais de saúde são levados às lojas de confecção para realizar o preventivo das costureiras, pois mulheres que trabalham fora do ambiente doméstico durante o dia, muitas vezes têm de cuidar de suas casas durante a noite, dificilmente faltam ao trabalho para realizar seu preventivo e exame clínico das mamas, bem como a mamografia, em horário comercial. Assim, essas trabalhadoras realizam o preventivo

e o exame clínico das mamas durante o expediente e recebem também o agendamento das mamografias.

A secretaria de saúde, monta toda uma estrutura itinerante que leva todos os materiais e profissionais as lojas (1 enfermeiro e 2 ACS), todos os enfermeiros participam e é montada uma escala de local e horários, conforme acordo prévio com os comerciantes; o lojista escolhe um local adaptado para servir de sala de coleta de Papanicolaou e de exame clínico da mamas e no fim, de forma que a privacidade das trabalhadoras seja preservado e ao fim, tudo é recolhido pelo motorista que guarda tudo em uma caixa grande com tudo que se usa para os procedimentos, além da mesa ginecológica e biombo. Essa campanha realiza muitos exames e eleva bastante os indicadores do município.

Além disso, a Secretaria de Saúde recentemente fez convênio com mais duas clínicas do município para aumentar as vagas de mamografia. Antes, apenas um hospital do município realizava os exames de mamografia, e agora, o município conta com mais um hospital e uma clínica, que juntos praticamente dobraram as vagas.

Esse aumento de vagas se deu principalmente pela chegada do PMAQ, que exigiu um número alto de mamografias, pois as Unidades de Saúde passaram a ter de responder ao indicador de mamografia que passou a ser o dobro ou triplo do que cada Unidade agendava antes do PMAQ.

A ESF Aclimação, por exemplo, recebia da Secretaria Municipal de Saúde, em média menos de 20 vagas para o exame de mamografia para agendamento por mês. Com o PMAQ a ESF passou a ter como meta 40 vagas a serem preenchidas por mês. Nesse contexto, a Unidade de Saúde precisou mudar suas estratégias para alcançar esse indicador. Entre elas, contou com a ação mais efetiva dos Agentes Comunitários de Saúde que passaram a preencher a solicitação do exame de mamografia na casa das pacientes, como forma de facilitar o acesso do exame as pacientes que dificilmente costumam ir à Unidade para realizar o exame.

A busca ativa melhorou e os indicadores propostos pelo PMAQ para o rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero passaram a aumentar gradualmente. Desse modo, passamos a registrar um número grande de mulheres realizando exame de Papanicolaou e mamografia pela primeira vez na vida. Mulheres na faixa etária de 50 a 60 anos, inclusive. Foram atendidas pessoas com barreiras culturais e sociais, além do aumento de exames em mulheres idosas e em adolescentes. Assim, embora o PMAQ tenha como indicador apenas as

mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, para o exame de Papanicolaou, a mudança de processo de trabalho se estendeu a todas as idades. Desse modo, pode ser reforçado o compromisso da Equipe de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde com o trabalho de prevenção e promoção da saúde com o câncer de útero e de mama de sua população.

Nesse contexto de quebra de paradigmas devemos lembrar que os indicadores poderiam ser melhores se não existissem, ainda, tantas barreiras culturais, que torna a mulher indiferente ou indisposta a procurar o serviço para este tipo de prevenção. Dentre eles destacamos:

1- Vergonha de expor os genitais e mamas aos profissionais de saúde durante a coleta de material para o exame de Papanicolaou e o ECM.

2- Medo de sentir dor: pois devido à pressa na realização do exame especular, muitas vezes, não é esperado o tempo necessário para que haja o raport de confiança entre profissional e usuária, dificultando o relaxamento necessário para que o exame seja realizado com menor incômodo. Além disso, muitas mulheres durante a menopausa apresentam uma diminuição da espessura e ressecamento da mucosa vaginal, causando dores e muitas vezes sangramento durante o manuseio do espelho vaginal. Aliado a isto, podem ocorrer a utilização de material e técnicas inapropriadas por inabilidade do profissional durante a coleta ou no manuseio do mamógrafo.

3- Vergonha de se expor aos profissionais e de ser descoberta alguma doenças e por causa disso ser rotulada (HPV, HIV e leucorréias, por exemplo).

4- Medo do diagnóstico de algum tipo de câncer, preferindo, em algumas situações, a morrer sem saber o que tem, do que descobrir e sofrer as consequências físicas, psicológicas e sociais que a doença pode causar.

5- Tabu masculino: muitas vezes ouvimos as mulheres dizerem que o marido “não deixa”, ou não gosta “disso”, que isso é coisa de mulher ”sem vergonha”.

6- Falta de tempo: muitas mulheres afirmam que trabalham o dia todo e não podem faltar, porque senão correm o risco de perder o emprego ou “me esqueço de realizar o exame quando posso”.

7- Religiosos: minha religião não permite me expor assim, “Deus” não gosta disso.

8- Virgindade: virgens tardias, principalmente, acreditam não ser necessário realizar este tipo de exame, pois acreditam não ser possível desenvolver doenças ginecológicas e, caso seja necessário realizar o exame por indicação médica, elas tem medo de perder a virgindade.

9- Inatividade sexual: algumas mulheres afirmam estarem sozinhas por motivo de viuvez ou mesmo por não gostarem de ter relação sexual. Assim, acreditam que pelo fato de não terem mais relações sexuais estão isentas de desenvolver o câncer. O fato de não terem mais relação sexual é motivo também para que se sintam inaptas a realizar o exame, pois sentem atrofiadas.

10- Sou homossexual: muitas lésbicas acreditam que o fato de não possuírem relação sexual heterossexual, estão isentas de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de desenvolver neoplasias, por isso, muitas delas acreditam não ser necessário realizar o exame de Papanicolaou e a mamografia.

Como pode ser observado, são vários os fatores que dificultam a adesão das mulheres às ações preconizadas pelos serviços de saúde que objetivam prevenir doenças e promover saúde.

Porém, com a chegada do PMAQ, a ESF Aclimação conseguiu amenizar essas barreiras e passou a receber pouco a pouco, as mulheres, mesmo aquelas cheias de preconceitos e tabus. No entanto, esta é uma atitude que precisa ser exercitada a todo o momento, pois se trata de um processo contínuo.

Por outro lado, as conquistas e os aprendizados alcançados com a chegada do PMAQ, criaram problemas antes não encontrados. Equipes e gestores mobilizados trabalharam com afinco para que as mudanças de paradigmas e de processos de trabalho acontecessem em conformidade com as políticas de assistência propostas pelo PMAQ. Essas mudanças tão necessárias aconteceram em um período curto e de forma intensa, o que gerou desgaste e insegurança nas equipes de saúde. Isto porque o processo de trabalho das equipes de saúde sofreu mudanças bruscas. Por outro lado, foi desenvolvido também o senso de adaptação das equipes, o que pode ser considerado como positivo.

Com a chegada do PMAQ, as ESF passaram a ter a obrigatoriedade de se adaptar as políticas assistenciais do Programa, que objetiva melhorar o acesso e a qualidade dos serviços baseados em valorização da produção.

Dessa forma, percebemos que com a adoção do PMAQ houve elevação dos indicadores, a demanda de pacientes aumentou bastante, principalmente nos ciclos de vida que antes eram pouco assistidos ou priorizados, como a saúde do adolescente e a saúde na escola, por exemplo.

O PMAQ chegou e não só instituiu novos processos de trabalho, como foi colocado pelos gestores de forma imperiosa para as equipes do município. Nenhum profissional teve o direito de não aderir ao programa e ao cumprimento de indicadores. Acredito que alguns profissionais, se pudessem optar por não participar do PMAQ, escolheriam não aderir.

Neste contexto de aumento de demanda, podemos afirmar que muitos processos de trabalho não aconteceram com a qualidade devida. Exemplificamos com o preventivo noturno da ESF em estudo, pois antes do PMAQ, a ESF recebia em média 15 pacientes. Após o PMAQ, este número subiu para vinte, vinte e cinco e, mais recentemente, alcançou trinta pacientes numa noite de preventivo noturno. Antes a equipe permanecia em média até as 20:00 horas nesse preventivo noturno. Por fim, esse horário chegou a se estender até as 22:30 horas, algo que foi bastante desgastante para a equipe e que não pode ser evitado, pois num momento de aumento do número de atendimentos, não é recomendado que se estipule um número mínimo de atendimentos para a coleta de Papanicolaou. Essa demanda deverá ser o mais livre possível, algo que tem sido considerado por nossa ESF.

Por outro lado, acreditamos também, que um profissional que coleta sozinho trinta exames de Papanicolaou de uma única vez, não pode conseguir oferecer a qualidade esperada no procedimento, em especial na ação de escuta e orientação as pacientes, devido ao desgaste físico e mental.

O PMAQ trouxe com ele novas formas de organização do processo de trabalho e a implementação de várias atividades novas, o que tem sobrecarregado as equipes de saúde. Como exemplos pode-se citar: a introdução do protocolo de Manchester com acolhimento pela enfermagem com a utilização do TRIUS em todos os acolhimentos e o registro online dessas informações; a triagem de gestante para a coleta de sangue para o rastreamento de toxoplasmose e repetição desse exame várias vezes de acordo com o resultado; cadastro e acompanhamento online de gestantes no SISPRENATAL exclusivo pela enfermagem, atividade que antes era realizada no âmbito central da Secretaria Municipal de Saúde e que demanda muito tempo pois o programa é muito lento e costuma sair do ar; Programa Saúde na Escola que demanda bastante tempo em atividades de planejamento e execução;

obrigatoriedade de agendamento de todas as vagas de mamografias recebidas pela ESF, gerando afobação para criar estratégias para não perder as vagas. Situação válida também no cumprimento das metas dos exames de Papanicolaou, pois às vezes, na véspera do fechamento com indicador baixo de preventivo, a equipe tem que se mobilizar muito para fazer a busca ativa de mulheres para realizarem. Muitas vezes isto faz com que a enfermagem tenha de priorizar outros horários de trabalho fora de sua agenda para realizar o Papanicolaou, na tentativa de atingir o indicador.

Temos também, o Projeto Terapêutico Singular para atenção multidisciplinar a pacientes crônicos que necessitam de bastante tempo e articulação para o planejamento e execução; grupo de tabagismo em horário alternativo (noite) e com tempo de duração extensivo; programa de suplementação do ferro para crianças até dois anos, que anteriormente estava desativado e que com o PMAQ foi ativado, tornado o tempo de consulta para criança bem mais extensiva; além disso, temos atividades de educação continuada, reuniões de equipe e colegiado, cuja participação é obrigatória, porém com espaço na agenda de apenas uma hora e meia por semana. Entre outras ações, existe o preenchimento dos livros de registros de todos pacientes por ciclo de vida e de patologias crônicas, relatórios de registro das visitas dos ACS que devem ser validados pela enfermagem, através da verificação, assinatura e carimbo e que também demanda bastante tempo; bem como a implementação de fichas B novas, tais como: saúde do idoso, adolescente e saúde mental para preenchimento e acompanhamento dos ACS e a verificação de todas as fichas B pela enfermagem; preenchimento online de informações do SIAB etc.

Todos esses serviços e ações citados, passaram a ser implementados após o PMAQ, porém ainda temos que realizar em associação a essas ações, muitas outras funções e ações que devem ser realizadas para o cumprimento da agenda de cada profissional. No caso do enfermeiro, por exemplo, temos que reservar o espaço na agenda para o atendimento de puericultura, hiperdia, visitas domiciliares, coleta de glicemia, pré-natal, saúde mental, além de tantas outras funções referentes a organização dos serviços, gerenciamento de recursos humanos e da falta de componentes da equipe, como tem sido constante na ESF em estudo.

Destaca-se ainda, que a falta de médico na equipe acaba sobrecarregando a enfermagem com a renovação de receitas. Existe também, a falta constante de uma recepcionista para a Unidade de Saúde, o que acaba colocando membros da equipe em desvio de função para cobrir a falta desse profissional. Percebemos que o enfermeiro está acumulando muitas funções e sofrendo a sobrecarga da grande demanda gerada pelo PMAQ.

Por outro lado, as ações desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Unidade Básica, necessitam de acompanhamento e coordenação, o que aponta para necessidade de que um profissional faça o gerenciamento da assistência em toda ESF.

Outro fator de sobrecarga de trabalho também pode ser verificado com as técnicas e auxiliares de enfermagem, que passaram a fazer a triagem de uma demanda bem maior de usuários, tanto para as consultas médicas como para as consultas da enfermagem, além de administrar o tempo para a realização de outras funções, como curativos crônicos e agudos e as visitas domiciliares, que aumentaram consideravelmente com os processos de trabalho estipulados pelo PMAQ.

Vemos mais uma vez que tanto a enfermagem, como os técnicos de enfermagem muitas vezes necessitam trabalhar excessivamente para conseguir concluir suas demandas e alcançar os indicadores, colocando em risco a qualidade da assistência e a saúde mental desses profissionais.

6- CONCLUSÃO

Ao levantar as séries históricas dos indicadores relativos aos exames de Papanicolaou e mamografia, concluímos que em todas as situações houve aumento de indicadores após a adesão da ESF ao PMAQ. Com o PMAQ esses indicadores passaram a ser mais expressivos, porém de forma gradativa.

Se analisarmos exatos um ano antes do PMAQ e um ano após o PMAQ, não conseguiremos perceber o alcance do indicador de Papanicolaou, que vai até agosto de 2013, mas depois desse período a ESF alcançou a média de 31 coletas mês, entretanto, nesse contexto de um ano de PMAQ, observamos que em um ano antes da adesão ao PMAQ, a ESF coletou um total de 287 exames e após um ano de PMAQ esse número subiu para 339, indicando aumento de 15% de coleta de Papanicolaou.

Fora da zona de um ano antes e depois da adesão ao PMAQ, vamos encontrar números mais expressivos para a coleta de Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 ano, pois os indicadores foram subindo gradativamente. Em 2011 a média desse exame foi de 24,8 mês, em 2012 foi de 26,5 mês e em 2013 está em 31,3 mês. Ao analisarmos a coleta de Papanicolaou em mulheres sem critério de idade, percebemos um crescimento mais expressivo ainda, de 2011 a 2013 o aumento foi de 21%, de 2012 para 2013 o aumento foi de 15%.

Com relação às mamografias, percebemos aumento maior que no caso dos exames de Papanicolaou. Nas mulheres de 40 a 49 anos de idade, a média de exames em 2011 ficou em 6,4 mês, em 2012, 10,8 mês e em 2013 foi de 15,1 mês. De 2011 para 2012 houve um aumento de 52% dos exames, de 2012 a 2013 o aumento foi de 54% e de 2011 para 2013 o aumento de exames foi de 160%. Quando não contabilizamos a idade, também encontramos aumento desse exame, de 2011 para 2012 houve aumento de 29%, de 2012 para 2013, aumentou 39,4% e de 2011 para 2013, o aumento foi de 83%. E a média de agendamentos para mamografia passou de 14,9 mês em 2011, em 2012 19,4 mês e de 29,4 mês em 2013.

Em um ano de adesão ao PMAQ, a média de Papanicolaou esteve próximo a zona do indicador a ser alcançado. O fato da enfermeira da ESF estar de férias e não existir

profissional para cobri-la, defasou o indicador e toda meta do ano, caso contrário seria alcançada.

Porém, os indicadores por ano de Papanicolaou e mamografia fora do período de um ano anterior e posterior a adesão do PMAQ, demonstrou um aumento gradativo e conforme o processo de trabalho se solidificou, o indicador foi mantido, conforme vemos no ano todo de 2013.

Os indicadores de 2011 e do início de 2012 são menores que o segundo semestre de 2012. Isso sugere falha do processo de trabalho, como podemos observar principalmente em 2011.

O PMAQ está conseguindo alcançar seus objetos de melhorar o acesso das usuárias na assistência a saúde da mulher através da prevenção do câncer de mama e do colo do útero na ESF em estudo. A proposta de reorganização e reestruturação dos processos de trabalho foram desenvolvidos embora seja esse um processo contínuo e ainda necessitado de muitas melhorias.

A gratificação financeira proporcionada pelo PMAQ, injetou ânimo e motivação na equipe, a qual passou a trabalhar com postura e abordagem diferenciada em busca de melhores resultados e do aumento da demanda de usuários.

O PMAQ, pode vir a se tornar um divisor de águas na atenção básica, pela motivação gerada devido à gratificação obtida e proporcionar o desenvolvimento das potencialidades pessoais e profissionais da equipe, alcançando assim, processos de trabalho e resultados mais sólidos.

Entretanto, devemos observar que a proposta de aumentar o acesso dos usuários a atenção básica, pode sobrecarregar o sistema e principalmente os profissionais. Que diante desse fato, muitas vezes a qualidade dessa assistência tão aumentada, pode não ser garantida.

O PMAQ abre a porta para muitas discussões e mudanças e talvez não esteja longe de perceber que para melhorar acesso e qualidade é necessário também investir em recursos humanos dentro das ESFs. Nesse sentido, destacamos a grande necessidade de se garantir que cada ESF possua um gerente de unidade para assumir a parte burocrática e de recursos humanos das ESFs e outro para gerenciar a assistência propriamente dita, assim como o aumento de mais um técnico de enfermagem, um para dar assistência domiciliar e

outro para assistência nas unidades, além de reconhecer o recepcionista como membro da equipe, de forma que o mesmo possa participar do recebimento do incentivo financeiro ofertado pelo programa, reduzindo evasão de função.

Com este estudo também concluímos que melhorar os indicadores, não implica tão somente em aumentar os números, é necessário também garantir condições para que o funcionamento do trabalho seja digno, pois o programa que está em desenvolvimento, pode ainda a médio e longo prazo causar colapso nos profissionais devido a tanta sobrecarga, cobranças e pressões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Da Organização, da Direção e da Gestão. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

< <http://www.in.gov.br/mp.leis/leis.texto.asp?id=LEI%8.080>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso In: **Cadernos de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Disponível em:

< <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf> > Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Lei n. 11.664, de 29 de Abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. . **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 Abr. 2008.

Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/111664.htm >

Acesso em: 14 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos In: **Cadernos de Atenção Primária**. Departamento de Atenção Básica.n. 29. Brasília-DF, 2010.

Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf >

Acesso em: 29 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso e Qualidade!Atenção Básica ajusta foco em sua missão. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**. n.29, Brasília: INCA, 2011a. Disponível em:

< http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia29.pdf >

Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Silva. (Org) Luis Cláudio Santos Thuler. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: colo de útero**. Brasília: INCA, 2013 a . Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao >

Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero: fatores de risco**. Brasília: INCA, 2013 b.

Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterofatores_risco> Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: mama.** Brasília: INCA, 2013c. Disponível em:
< <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> >
Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Colo de útero: prevenção.** Brasília: INCA, 2013 d. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uteroprevencao >
. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**, online, Brasília: INCA, 2013 e. Disponível em:
< <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/?pmaq=publicacoes> >. Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres de colo do útero e de mama. In: **Cadernos de Atenção Básica.** 2ª ed. Ministério da Saúde. Brasília: INCA, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Detecção precoce do câncer de mama.** Brasília: INCA, 2013 g. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1932 >. Acesso em: 14 Dez. 2013.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, jul. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/02.pdf> > . Acesso em: 2 Nov. 2013.

JUNQUEIRA, T.S. *et al.* Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, 2009. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/16.pdf> > Acesso em: 27 out. 2013.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios)- 129 f., il. Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Situação do Câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde:** estimativas de incidência e mortalidade para o ano de 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco – PAV/MG. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2013. V. 1.

PASSOS. Lei n. 2.928, de 29 de Junho de 2012. **Institui a Premiação Financeira de Incentivo à Melhoria da Assistência à Saúde aos profissionais que se especifica.** Passos, MG, 28 jun. 2012.