

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARKIZIA SOUZA LIMA

**IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA MULHER
NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE-PE**

**RECIFE
2011**

MARKIZIA SOUZA LIMA

**IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE-PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

ORIENTADORA: Prof^a Ms. Danielle Gomes Pinto.

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732i Lima, Markizia souza.
Implantação da caderneta de saúde da mulher no município de
Santa Cruz da Baixa Verde - PE / Markizia Souza Lima. —
Recife: M. S. Lima, 2011.
32 p.

Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas
e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro
de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Danielle Gomes Pinto.

1. Saúde da Mulher. 2. Neoplasias do Colo do Útero. 3.
Neoplasias da Mama. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. Planejamento
Familiar. I. Pinto, Danielle Gomes. II. Título.

CDU 614.39

MARKIZIA SOUZA LIMA

**IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE-PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Danielle Gomes Pinto
UFPE

Prof^a Dr^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
CPqAM/Fiocruz/PE

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela inteligência, pela força, pela perseverança e pela inspiração para o exercício da profissão. À minha família, ao prefeito do município, Dr. Francisco Gomes, a secretária de saúde Francineide Santana, à coordenadora do programa de saúde da mulher, Dr^a Inalda de Oliveira, pelo apoio incondicional que me foi dispensado para que fosse possível a realização deste trabalho. Agradeço a equipe da FIOCRUZ, especialmente a Semente e à professora Danielle. E aos meus amigos da turma de Triunfo, especialmente a: Andréia Paula, Anabelle Flávia, Joselita, Micherllainne, Vitória, George e Renata.

LIMA, Markizia Souza. Implantação da Caderneta de Saúde da Mulher no Município de Santa Cruz da Baixa Verde – PE. 2011. Plano de Intervenção (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O câncer de mama e o câncer de colo do útero são as neoplasias que causam maior mortalidade na população feminina. Todavia são doenças curáveis quando diagnosticadas e tratadas oportunamente. A abordagem mais efetiva para o diagnóstico e controle do câncer de colo do útero continua sendo o rastreamento através do exame de Papanicolaou. No caso das neoplasias da mama, tem-se a mamografia complementada, quando necessário, pela ultra-sonografia. Para isso, é fundamental que os serviços de saúde orientem as mulheres sobre o que é e qual a importância desses exames, visto que sua realização periódica permite reduzir morbidade e mortalidade por essas neoplasias. Da mesma forma, o cuidado pré-natal e o planejamento familiar, oportunos e adequados, reduzem morbidade e mortalidade materna e neonatal. Este plano de intervenção, que objetiva implantar a caderneta de saúde da mulher no município de Santa Cruz da Baixa Verde – PE justifica-se por ser uma ferramenta que permitirá acompanhar a atenção prestada as usuárias nas Unidades de Saúde da Família do mencionado Município.

Palavras chaves: Saúde da Mulher. Neoplasias do Colo do Útero. Neoplasias da Mama. Cuidado Pré-Natal. Planejamento Familiar.

LIMA, Markizia Souza. Implantation of the booklet of women's health in the municipality of Santa Cruz da Baixa Verde – PE. 2011. Intervention Plan (Specialization in Management of Systems and Public Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

Breast cancer and cervical cancer are neoplasms which cause higher mortality in the female population. But are curable when diagnosed and treated timely. The most effective approach to the diagnosis and control of cervical cancer remains the crawl through Papanicolaou Test. In the case of breast neoplasm, the mammography complemented, when necessary, by ultrasound has been the approach. For this it is essential that health services advised the women about what it is and how important are these exams, since its periodic reduces morbidity and mortality from these neoplasms. Similarly, prenatal care and family planning, timely and appropriate, reduce maternal and neonatal morbidity and mortality. This intervention plan, which aims to implant the booklet of women's health in the municipality of Santa Cruz da Baixa Verde – PE is justified because it is a tool that will keep the attention of the users in the Family Health Units of the mentioned Municipality.

Keywords: Women's Health. Uterine Cervical Neoplasms. Breast Neoplasms. Prenatal Care. Family Planning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	10
2.1	Saúde reprodutiva	10
2.1.1	<i>Exame Ginecológico – PCCU</i>	10
2.1.2	<i>Exame de mama</i>	12
2.2	Caracterização do Município de Santa Cruz da Baixa Verde	14
2.2.1	<i>Perfil epidemiológico</i>	14
2.2.2	<i>Localização e acesso</i>	16
2.2.3	<i>Aspectos socioeconômicos</i>	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo Geral	18
3.2	Objetivos Específicos	18
4	METAS	19
5	PLANO OPERATIVO	20
5.1	Período de estudo	20
5.2	Unidade/ área de estudo	20
5.3	População de referência	20
5.4	Para atender os objetivos propostos as seguintes etapas de desenvolvimento do projeto estão previstas	20
6	IMPLICAÇÕES ÉTICAS	21
7	CRONOGRAMA	22
8	ORÇAMENTO	23
9	VIABILIDADE	24
	REFERÊNCIAS	25
	Apêndice A – Caderneta de Saúde da Mulher	29
	Anexo A – Carta de Anuência	31

1 INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em geral, frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento como também, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos (BRASIL, 2004).

Segundo Mori, Coelho e Estrella (2006), o conceito de saúde da mulher passou por avanços relacionados à condição feminina, e nesse sentido, o tema perfaz todo o contexto biopsicossocial da mulher, relacionado à doença, bem-estar, assim como às atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura.

Tributadas à organização e à mobilização de setores civis e governamentais, em geral, e ao protagonismo do movimento feminista, em específico, as transformações desses anseios em diretrizes e ações programáticas ocorreram no campo das políticas. No conjunto dos vários textos legais que procuraram e procuram dar sustentação a essas transformações, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – (GOMES, 2011).

Essa política pública é um documento histórico que incorporou o ideário feminista para “atenção à saúde integral”, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Dessa forma, ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (BRASIL, 2011).

De acordo com Medeiros (2009) essa política, preconizada pelo Ministério da Saúde, em suas diretrizes se propõe garantir assistência integral à saúde da mulher, com ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.

Os principais objetivos, voltados à operacionalização do Programa da Saúde da Mulher, são campanhas educativas em atenção à saúde da mulher; assistência pré-natal, para gravidez de alto risco, parto e pós-parto; planejamento familiar; urgências obstétricas; menopausa; serviços para prevenção e tratamento dos problemas de saúde, inclusive os decorrentes da violência sexual. Aquisição e

distribuição de medicamentos e outras necessidades para planejamento familiar (MELO, 2011).

Ainda que os objetivos dessa política tenham logrado êxito ao longo da sua existência, não se pode deixar de focalizar alguns desafios. Nesse sentido, observam-se dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral, por conta de abordagens biomédicas reducionistas; não contextualização da mulher no campo das relações de gênero; domínio quase que exclusivo da heteronormatividade; questões estruturais que limitam o acesso à saúde; e comprometimentos na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde (GOMES, 2011).

Durante muito tempo o cuidar foi visto associado à execução de algum procedimento de enfermagem, dando ênfase apenas a uma técnica bem realizada, sempre atrelada a uma prescrição médica e ligada a alguma enfermidade. Mas, com o passar do tempo, a prática da técnica deixou de ser primordial e passou-se a dar importância também às intervenções de ordem social e psicológica. A partir daí, foi dado ênfase ao conceito de cuidado de si e de humanização no ato de cuidar, visando o bem-estar de quem precisa desse cuidado. A enfermagem vem se destacando nessa tarefa do cuidado preventivo, buscando desenvolver estratégias que motivem e mobilizem os profissionais envolvidos para a realização desse cuidado (SILVA et al, 2010).

De forma a favorecer o cuidado e a atenção integral à saúde da mulher, o presente projeto tem por enfoque a implantação da Caderneta de Saúde da Mulher, nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de Santa Cruz da Baixa Verde – PE, o qual permitirá um acompanhamento mais criterioso dos atendimentos realizados em saúde reprodutiva (Prevenção do Câncer de Colo do Útero – PCCU, Prevenção do Câncer da Mama, Atenção Pré-Natal, Planejamento Familiar, e outros exames ginecológicos) dentro da rede de atenção à saúde pelos quais a usuária venha a se submeter.

Podemos assim, afirmar, que o cuidado e a prevenção têm um importante significado no contexto atual, e com o tempo vêm se tornando essenciais para se trabalhar na área da saúde, principalmente no âmbito da saúde pública, já que os profissionais dessa área estão assumindo, cada vez mais, a responsabilidade de educar, orientar e cuidar, para prevenir (SILVA et al, 2010).

2 MARCO TEÓRICO- CONCEITUAL

2.1 Saúde reprodutiva

2.1.1 Exame Ginecológico – Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCCU) –.

O câncer de colo do útero apresenta alta incidência em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Nesses últimos, ocupa o primeiro lugar dentre as neoplasias, com grande impacto na mortalidade, tendo em vista a não detecção quando nas formas pré-invasivas (LIMA, 2006).

O câncer de colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, e de Pernambuco, perdendo para o câncer de mama, excetuando-se o câncer de pele não melanoma.

No Brasil, no ano de 2011, são esperados 18.430 casos novos de câncer de colo do útero, com um risco estimado de 18 casos para cada 100 mil mulheres (INCA 2009). Todavia, a distribuição de novos casos, de acordo com a localização primária, é bem heterogênea entre os Estados e Capitais brasileiras. As taxas mais elevadas se encontram nas regiões Sul e Sudeste (incidência de 28/100.000 mulheres na região Sul); as regiões Norte e Nordeste mostram taxas mais baixas (incidência de 22/100.000 mulheres na região Norte e de 17/100.000 mulheres na Nordeste); enquanto a região Centro-Oeste apresenta taxas intermediárias (incidência de 21/100.000 mulheres) (SOARES et al, 2010).

A doença possui evolução lenta, diagnóstico e tratamento conhecido e eficaz quando nas lesões precursoras. Ou seja, o tratamento cirúrgico é curativo em 100% dos casos diagnosticados precocemente. As características biológicas do câncer de colo do útero e a existência de um método simples, barato, seguro e aceitável pela população feminina para a sua detecção precoce – o exame citopatológico (Papanicolaou) –, permitem que seu potencial de prevenção e cura seja elevado (BOTTARI; VASCONCELLOS; MENDONÇA, 2008).

Para o controle do câncer de colo do útero, o direito à informação e a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde são questões centrais, a serem garantidas mediante ações intersetoriais, pois este controle permeia questões relacionadas a indicadores socioeconômicos e demográficos, como o nível de

escolaridade e a renda da população, bem como qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS – (INCA, 2006).

A PCCU obedece a dois níveis: (i) a prevenção primária que pode ser realizada pelo uso de preservativos durante a relação sexual, sendo uma das formas de evitar a transmissão do vírus papiloma humano (HPV), o qual tem importante papel no desenvolvimento do câncer de colo do útero. As lesões precursoras de câncer uterino estão presentes em 90% dos casos de HPV; e (ii) a prevenção secundária que é realizada por meio do exame preventivo do câncer de colo do útero – exame Papanicolaou – (SOARES et al, 2010).

O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (INCA, 2006).

O *Exame de Papanicolaou* (também denominado de *colpocitologia oncótica* e referido pela clientela como *exame preventivo*) é conhecido internacionalmente e tido como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo do útero. O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor, como já referido, na prevenção secundária, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (DAVIM et al, 2005).

Estão atualmente disponíveis as vacinas contra o HPV, que cobrem os sorotipos 16 e 18, e no caso da quadrivalente também os sorotipos 06 e 11. Esses últimos são responsáveis por 90% das verrugas; e os primeiros por 70% dos carcinomas e lesões pré-cancerosas de alto grau e 35-50% das lesões anogenitais de baixo grau. São elaboradas a partir das cápsulas protéicas vazias produzidas por tecnologia recombinante, as partículas vírus-like (VLP), que não contêm DNA ou produtos biológicos sendo, por isso, não-infectantes (NADAL; NADAL, 2008).

As práticas de PCCU ainda hoje representam um importante desafio de Saúde Pública. As razões para explicar esse problema são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde. Logo, é preciso também atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar, ou não realizar, a prevenção do câncer de colo do útero. Motivos esses que em alguns casos estão ligados a tabus, valores culturais e sua própria sexualidade (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

De acordo com Silva (2008), o desenvolvimento de uma política pública voltada para PCCU surgiu durante a realização da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, em setembro de 1995, em que o Governo Federal, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), reconheceu a necessidade da implantação de um programa de âmbito nacional priorizando o controle do câncer de colo do útero no Brasil.

Sendo assim, o Ministério da Saúde do Brasil adotou a partir de então, consensos que foram adequados à realidade brasileira pelo INCA (OLIVEIRA; PINTO, 2007). Para implantação do exame ginecológico para PCCU as seguintes normas foram estabelecidas (BRASIL, 2009): (a) oferecer rastreamento com o teste de Papanicolaou às mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa, em qualquer idade; (b) após dois exames consecutivos normais, com intervalo de um ano, manter periodicidade do rastreamento a cada três anos; (c) realizar o rastreamento anualmente nas mulheres em situação de risco (portadoras do HIV ou imunodeprimidas por outras causas); (d) excluir do rastreamento as mulheres hysterectomizadas por outras razões, que não o câncer de colo do útero.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), as estratégias para a detecção precoce do câncer de colo do útero são: o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento).

2.1.2 Exame de mama

Uma combinação de eventos – hormonais, genéticos, e possivelmente ambientais –, pode contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama (SMELTZER; BARE, 2005).

Mulheres com história pessoal ou familiar de câncer, menarca precoce, menopausa tardia, obesidade, ingestão de álcool e em uso de terapia de reposição hormonal, entre outros, são caracterizadas com uma maior propensão a desenvolver o câncer de mama (SMELTZER; BARE, 2005).

Os sinais e sintomas estão na dependência do estágio de diagnóstico da doença; todavia, se tem dentre os principais sinais e sintomas: tumor palpável (em geral localizado no quadrante superior externo da mama); mamografia anormal sem tumor palpável; alterações cutâneas (cor ou retração); retração mamilar (derrame papilar e ulcerações são ocorrências tardias e indicam um mal prognóstico) e tumor axilar (SMITH, 2005).

No Brasil, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres desde 1979, registrando-se o agravamento desse quadro segundo análises de séries temporais. A tendência da mortalidade tem sido importante para medir o progresso da atenção oncológica, pois ela denuncia os efeitos da prevenção, da detecção precoce e do tratamento oportuno e adequado, sendo inversamente proporcional (BRITO, 2009).

Desde 2004, quando foi divulgado o *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso*, as ações governamentais têm se orientado para oferecer a população o acesso a procedimentos de detecção precoce dessa doença em quantidade e qualidade adequadas. O projeto Piloto *Garantia de Qualidade da Mamografia*, iniciado em 2006, é uma dessas ações e assume importância estratégica para a organização bem sucedida do rastreamento populacional do câncer de mama (BRASIL, 2007).

Foi previsto, para 2008, o diagnóstico de 49.400 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 51 casos para cada 100 mil mulheres (BRITO, 2009).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005 (Portaria nº. 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005), destaca seis componentes – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos – e a "necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer". Vale notar que a Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998, já definia critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, atribuindo às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o estabelecimento dos fluxos e referências para o atendimento à pacientes com câncer (OLIVEIRA et al, 2011).

Dessa forma, o SUS tem organizado o tratamento do câncer de modo a oferecer, se possível, em um mesmo Estabelecimento de Saúde, todas as modalidades de tratamento – cirurgia, quimioterapia, radioterapia, reabilitação e,

inclusive, cuidados paliativos –. Existem, no Brasil, mais de 300 Estabelecimentos de Saúde prestando assistência de Alta Complexidade em Oncologia para o SUS, espalhados por 26 Estados e em 128 diferentes Municípios. A maioria deles categoriza-se como Hospital Geral e alguns como Hospitais Especializados em Câncer (INCA, 2006).

Embora, as neoplasias da mama e do colo uterino tenham sido enfocadas neste trabalho, é importante lembrar que o cuidado pré-natal e o planejamento familiar, por ainda carecerem iniciativas que os tornem oportunos e adequados, a fim de reduzirem morbidade e mortalidade materna e neonatal, serão da mesma forma, alvo de preocupação no bojo das estratégias da saúde reprodutiva de Santa Cruz da Baixa Verde.

2.2 Caracterização do Município de Santa Cruz da Baixa Verde – PE

2.2.1 Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico do município de Santa Cruz da Baixa Verde assemelha-se ao cenário nacional, onde se observa uma transição com mudança na estrutura de morbimortalidade, refletida na queda da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade, aumento da expectativa de vida e, conseqüente, envelhecimento da população. Em decorrência, verifica-se o aumento da prevalência das doenças crônico degenerativas, tendo como primeira causa de morte no Município, no ano 2009, as doenças cardiovasculares, seguidas dos óbitos decorrentes de neoplasias (PERNAMBUCO, 2010).

Os principais agravos, incidentes e prevalentes na população de Santa Cruz da Baixa Verde – PE podem ser agrupados em três categorias distintas: (a) doenças crônico-degenerativas: hipertensão arterial; diabetes mellitus; neoplasias, entre outras; (b) doenças infecciosas e parasitárias: dengue; tuberculose; hanseníase, entre outras; (c) causas externas: acidentes de trânsito; acidentes diversos, entre outras (PERNAMBUCO, 2010).

O município dispõe de diversos programas, são eles (PERNAMBUCO, 2010):

- Programa de Saúde da Família (PSF);
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Programa de Atenção à Saúde da Criança;

- Programa Nacional de Imunização;
- Programa de Atenção à Saúde do Adolescente;
- Programa de Atenção à Saúde da mulher, destacando-se o programa de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama; pré-natal e planejamento familiar;
- Programa de Saúde Bucal;
- Programa de Saúde Mental;
- Programa de detecção e controle da Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA;
- Programa de Controle da Tuberculose;
- Programa de Controle da Hanseníase;
- Programa de Controle da Doença de Chagas;
- Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue;
- Programa de Agentes de Vigilância Ambiental;
- Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA;
- Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária – SINAISA.

A secretaria de saúde do município, através do programa de atenção à saúde da mulher, disponibiliza uma cota mensal de 60 ultrassonografias; seis mamografias e três consultas com mastologista; 100 exames colpocitológicos (45% das elegíveis para esse exame) e colposcopias para todas as mulheres caso confirmado de Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC). As mulheres com NIC são encaminhadas para a UNICLIN para acompanhamento e realização de exames com ginecologista.

Em 2010 foram diagnosticados quatro casos de NIC – um caso em paciente de 24 anos –, no PSF Manoel da Paz; e – três casos em pacientes com idade de 20, 39 e 65 anos – no PSF João de Quinzeiro. Em 2011 foram diagnosticados seis casos de NIC – três em pacientes com idades de 47, 48 e 31 anos – no PSF Arthur Leal Diniz; – dois casos em mulheres com idade de 16 e 24 anos – no PSF João de Quinzeiro; e – um caso em paciente com 50 anos de idade – no PSF Janaina Braz.

Em relação ao planejamento familiar o município oferece anticoncepcional oral e injetável, DIU, preservativos e laqueadura tubária.

2.2.2 Localização e acesso

O município de Santa Cruz da Baixa Verde, localizado na região Nordeste, faz divisa ao Norte com o estado da Paraíba (município de Manaíra); ao Sul com os municípios pernambucanos de Calumbi e Serra Talhada; ao Leste com o município pernambucano de Triunfo; e a Oeste novamente com o município de Serra Talhada. Encontra-se a 413 quilômetros da capital, Recife. Tem como coordenadas “07°49’14” de latitude Sul e a uma longitude 38°09’10 Oeste, estando a uma altitude de 852 metros”. As principais vias de acesso ao município são, principalmente, a rodovia federal BR 232 e a rodovia estadual PE 365 (IBGE, 2007).

Figura 1 – Mapa de Localização da Cidade de Santa Cruz da Baixa Verde-PE e Mapa da Republica Federativa do Brasil



Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/17/Santa_Cruz_da_Baixa_Verde.png



Fonte: <http://www.sociedadeportuguesa.com.br/img/BrasilMap.jpg>

2.2.3 Aspectos socioeconômicos

Santa Cruz da Baixa Verde dispõe de 115 km² de área territorial, sendo conhecida como a capital da rapadura. Com população de 11.768 habitantes, 5.956 são do sexo feminino e 5.812 do sexo masculino. Possui densidade demográfica de 102,39 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano de 0.655; IDH – Educação de 0.733; IDH – Longevidade de 0.727 e IDH – Renda de 0.505 (IBGE, 2010).

Apesar de a maior parte da população encontrar-se na zona rural (63,58%) vem se percebendo o êxodo rural, causando um aumento desordenado da população nas periferias, espaços que na maioria das vezes não possuem infraestrutura necessária para receber aquelas famílias que vem à cidade em busca de melhores condições de vida. Todavia, a falta de emprego e renda constitui fator importante nos indicadores sociais (BRASIL, 2011).

Os indicadores de renda refletem o empobrecimento dos trabalhadores, visto que a maioria da população sobrevive com um salário mínimo. A principal atividade econômica no município ainda é a agropecuária, que tem como principal produto a cana-de-açúcar, que é a matéria prima para a fabricação da rapadura (BRASIL, 2011).

A infraestrutura urbana com relação ao abastecimento de água é deficitária, uma vez que a sede do município de Santa Cruz da Baixa Verde não tem estação de tratamento de água. O sistema de abastecimento é privado. A zona rural utiliza água proveniente de poços e cacimbas, tratada com hipoclorito de sódio distribuído pelo PACS / PSF (PERNAMBUCO, 2010).

Com relação ao sistema de esgoto sanitário, o município dispõe de cerca de 3.000 imóveis (70%) ligados à rede de esgotamento sanitário. O mesmo valor é também encontrado nos imóveis que possuem banheiro (COMPESA – Regional de Serra Talhada). A coleta de lixo é feita diariamente nas vias públicas, todavia, são depositados “a céu aberto”, em terreno baldio (PERNAMBUCO, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Implantar a caderneta de saúde da mulher, de forma a favorecer o acompanhamento da atenção prestada às usuárias, nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Santa Cruz da Baixa Verde - PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar a caderneta de saúde da mulher e implantar em todas as USF do município de Santa Cruz da Baixa Verde.
- Orientar as pacientes quanto às ações de saúde, especialmente quanto à periodicidade para realização dos exames de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Possibilitar, através da caderneta de saúde da mulher:

- Informações aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e da Rede Secundária/Terciária, facilitando assim acesso ao histórico da paciente.
- Informações para o monitoramento e avaliação das ações inerentes aos programas de saúde da mulher nas USF's de Santa Cruz da Baixa Verde.
- Realizar estimativas de cobertura das mulheres pelos programas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino e mama, nas áreas de abrangência do PSF de Santa Cruz da Baixa Verde.

4 METAS

- Implantar a caderneta de saúde da mulher em todas as USF's do Município até abril de 2011.
- Ter orientado todas as pacientes que frequentam as USF's do Município quanto à importância da caderneta de saúde da mulher, até outubro de 2011.
- Iniciar as atividades de monitoramento das ações inerentes aos programas de saúde da mulher nas USF's do Município, em maio de 2011.
- Realizar as estimativas de cobertura das mulheres pelos programas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino e mama nas áreas de abrangência do PSF, em novembro e dezembro de 2011.

5 PLANO OPERATIVO

5.1 Período da Intervenção (implantação da caderneta de saúde da mulher)

De abril a dezembro de 2011

5.2 Unidades de Saúde, sedes da intervenção.

USF Severiano Diniz, USF Janaina Bras, USF Artur Leal Diniz, USF João de Quinzeiro e USF Manoel da Paz.

5.3 População alvo da intervenção

Mulheres, com idade entre 25 a 59 anos (para vigilância das neoplasias), e com vida sexual ativa, de qualquer idade (cuidado pré-natal e planejamento familiar), cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de Santa Cruz da Baixa Verde.

5.4 Para atender aos objetivos propostos as seguintes etapas de desenvolvimento do Plano de Intervenção estão previstas:

- Sensibilização dos gestores municipais quanto à importância da implantação da caderneta de saúde da mulher;
- Sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da caderneta de saúde da mulher para o acompanhamento das mulheres cadastradas nas USF's do município, para a prevenção de agravos durante o pré-natal, para o planejamento familiar e para a prevenção de câncer avançado de colo uterino e de mama;
- Capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas USF's, para correta utilização da caderneta (preenchimento das informações na caderneta e na copia que será arquivada no prontuário);
- Disponibilização das cadernetas de saúde da mulher as usuárias das USF's, orientando-as quanto à importância da mesma;
- Institucionalização da utilização da caderneta da mulher para acompanhamento das mulheres nas USF's de Santa Cruz da Baixa Verde;
- Avaliação de implantação dessa iniciativa quanto à cobertura da população alvo alcançada pelos programas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino e mama nas USF's do município.

6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- Embora a implantação da caderneta de saúde da mulher não incorra em implicações éticas, por se tratar de uma intervenção prevista na rotina da USF's e outros serviços que atendem mulheres, obteve-se a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo A).

7 CRONOGRAMA

Atividades / Mês	2011											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão da literatura e elaboração do Plano de Intervenção	X											
Apresentação aos Gestores / Gerentes do PSF do Município		X										
Finalização do Plano de Intervenção		X										
Capacitação dos profissionais do PSF do Município			X									
Implantação da Caderneta de Saúde da Mulher nas USF				X								
Início das atividades de orientação das mulheres quanto à importância da caderneta da mulher				X	X	X	X	X	X	X		
Início das atividades de acompanhamento (monitoramento) das ações inerentes aos programas de saúde da mulher					X	X	X	X	X	X		
Realizar as estimativas de cobertura das mulheres pelos programas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino e mama											X	X

Fonte: autora, 2011

8 ORÇAMENTO

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS PARA IMPLANTAÇÃO	VALORES R\$		
	Unitário	Quantidade	Total
Cadernetas	0,44	1000	440,00
Folhas	0,03	1000	30,00
Impressão	0,50	2000	100,00
Transporte	25,00	2	50,00
Total			620,00

Fonte: autora, 2011

Fonte de financiamento

Fundo Municipal de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde

9 VIABILIDADE

O presente plano de ação abrange dimensões políticas, financeiras e operacionais. Politicamente é viável tendo em vista o interesse dos gestores municipais em implantar a caderneta de saúde da mulher, por reconhecer ser um instrumento de colaboração para acompanhamento das mulheres em atendimento nas USF's do município, e de facilitação da referência e contrarreferência na rede de serviços de saúde, possibilitando o conhecimento do histórico de saúde e adoecimento de cada mulher, ressaltando-se o projeto terapêutico singular estabelecido quando for o caso, pelo(s) serviço(s) de saúde que a atendeu.

Financeiramente este plano de intervenção é viável uma vez que o Fundo Municipal de Saúde disponibiliza, mensalmente, recursos financeiros para promoção e proteção da saúde.

Com relação à operacionalização do projeto, reuniões estão sendo realizadas com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação das Unidades de Saúde da Família, a fim de estabelecer uma estratégia eficaz para o seu desenvolvimento.

Serão realizadas reuniões com os profissionais Enfermeiros, para esclarecer e orientar as mulheres quanto à importância e os benefícios que serão alcançados, a partir da implantação da caderneta de saúde da mulher, em Santa Cruz da Baixa Verde - PE.

REFERENCIAS

BOTTARI, C. M. S; VASCONCELLOS, M. M; MENDONCA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. 2008, v. 24, suppl.1, pp. s111-s122.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Portal Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar.texto.cfm?idtxt=25236>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Mamografia: da prática ao controle**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/qualidade_em_mamografia.pdf> Acesso em: 21 ago. 2011.

BRITO, C; PORTELA, M. C; VASCONCELLOS, M. T. L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**. 2009, v. 43, n.3, pp. 481-489.

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev. esc. enferm. USP**. 2005, v. 39, n.3, pp. 296-302.

GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**. 2011, v. 16, n.5, pp. 2358-2358.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa IBGE Cidades**. 2007. (Santa Cruz da Baixa Verde). Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261247>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2006.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Prevenção e controle de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2009.

LIMA, C. A; PALMEIRA, J. A. V; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Rev. Cad. Saúde Pública**. 2006, v. 22, n.10, pp. 2151-2156.

MEDEIROS, P. F; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem**. 2009, v. 17, n.1, pp. 31-48.

MELO, B. C. **Avança Brasil**. Disponível em:<<http://www.abrasil.gov.br/nivl3/index.asp?id=34&cod=GSADI>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

MORI, M. E; COELHO, V. L. D; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Rev. Cad. Saúde Pública**. 2006, v. 22, n.9, pp. 1825-1833.

NADAL, L. R. M; NADAL, S. R. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. **Rev Bras. Colo-proctol**. 2008, v. 28, n.1, pp. 124-126.

OLIVEIRA, M. M; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 2007, v. 7, n.1, pp. 31-38.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Rev. Cad. Saúde Pública**. 2011, v. 27, n.2, pp. 317-326.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde. **SISÁGUA** 2010. Ministério da Saúde/ Vigilância Epidemiológica.

SILVA, R. M; ARAUJO, K. N. C; BASTOS, L. A. C. M. Escolástica Rejane Ferreira. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. 2011, v.16, n.5, pp. 2415-2424.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Rev. Esc. Anna Nery**. 2008, v. 12, n.4, pp. 685-692.

SILVA, S. E. D. et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2010, v. 44, n.3, pp. 554-560.

SMELTZER, S. C; BARE, B. B. B. S. V.4: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005. p 1542.

SMITH, R. P. **Ginecologia e Obstetrícia de Netter**; 1ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2005.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Rev. Esc. Anna Nery**. 2010, vol.14, n.1, pp. 90-96.

APÊNDICE

ANEXO

Anexo A – Carta de Anuência

____/____/____

Att: Francineide dos Santos Santana.

A Secretaria de Saúde do Município de Santa Cruz de Baixa Verde se compromete a prover os meios que se façam necessários à execução do Projeto intitulado: **IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE-PE** cuja pesquisadora responsável é Markízia Souza Lima, CPF 983.388.464-49 sob a orientação da Profa. Ms. Danielle Gomes Pinto , CPF 05752021499. Que contará com as seguintes etapas:

- Sensibilização dos gestores municipais quanto à importância da implantação da caderneta de saúde da mulher;
- Reuniões de sensibilização bem como análise dos objetivos e melhoria do acompanhamento das mulheres cadastradas nas ESF`s do Município;
- Disponibilização das cadernetas de saúde da mulher;
- Implantação das cadernetas nas unidades das ESF`s do município;
- Capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de ESF, para correta utilização das cadernetas;
- Início do acompanhamento das mulheres através de instrumento específico na Unidade de ESF`s;
- Avaliação e monitoramento dos trabalhos realizados nas unidades de ESF`s;

Deteção do impacto causado no acompanhamento das mulheres cadastradas nas unidades de ESF`s, bem como avaliação da melhoria e satisfação das usuárias.

Participarão do projeto os ESF`S:

ESF Severiano Diniz, ESF Janaina Bras, ESF Artur Leal Diniz, ESF João de Quinzeiro e ESF Manoel da Paz.

Secretária de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde - PE