



LUDMILLA BERNARDO DA COSTA

CUIDADOS E PREVENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÃO FELIX DO XINGU- PARÁ

2017



LUDMILLA BERNARDO DA COSTA

CUIDADOS E PREVENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

SÃO FELIX DO XINGU- PARÁ

2017

RESUMO

Através do meu trabalho de intervenção e do tema do meu TCC, eu procurei abarcar a importância de um seguimento ativo na saúde da mulher, na atenção primária. Desde rastreamento do câncer de colo de útero, que se faz com custos baixos e com coleta na própria unidade de saúde ao desenvolvimento do parto humanizado, onde além do acompanhamento ativo de todos integrantes da unidade, o próprio médico que realiza o pré-natal, estaria apto para realizar o parto normal destas gestantes, encorajando e dando mais confiança as mesmas nesse período tão importante.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Parto humanizado, Saúde da Mulher.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 7 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 10 |
| 4. VISITA DOMICILIAR | 12 |
| 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA | 13 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 15 |
| ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO | 16 |

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Ludmilla Bernardo da Costa, sou médica do quinto ciclo do programa Mais Médicos para o Brasil, sou natural de Goiás, me graduei em Buenos Aires- Argentina e tive a possibilidade de revalidar meu diploma no ano de 2015 pela Universidade de Brasília. Já estou completando dois anos de trabalho pelo programa no município de São Felix do Xingu- PA. O município possui 120 mil habitantes divididos entre a zona urbana e rural. De vilas rurais conta com 24, a maioria com médicos do programa trabalhando. Consiste em um município que gira entorno do agronegócio, principalmente a agropecuária. Situado a 500km de Marabá, as vias de acesso são terrestres e aérea. Possui algumas reservas indígenas e um grande rio que passa pela cidade.

Em termos de saúde, a cidade disponibiliza de um hospital municipal, uma maternidade, cinco PSFs na zona urbana e uma UPA que ainda não foi aberta. Eu trabalho no PSF3- Ighes Santana, que cobre um território com 4300 pessoas a maioria de classe baixa. A região é dotada de uma creche e um centro comunitário, e possui duas escolas públicas. No dia a dia da UBS se tem uma variedade de casos clínicos, dos mais simples que realizam seguimentos de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e saúde mental, a puericultura e pré-natais. Se tem aumentando a incidência significativamente de doenças dermatológicas, como Hanseníase, nesse mês de fevereiro tivemos 3 casos novos.

Na área possuímos quatro pacientes que são acompanhados pelo NASF e estão impossibilitados de ir até a unidade de saúde, sendo dessa maneira visitados seguidamente. A unidade disponibiliza de serviço médico, de enfermagem, odontológico e o núcleo do NASF, que disponibiliza de psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeutas. O serviço mais requisitado tem sido o médico, não possuindo menos de 25 atendimentos diários. O que mais chama atenção na atenção primária, é a quantidade de gestantes cadastradas, pois a maioria estão na fase de adolescência e já iniciaram precocemente a vida sexual e com filhos, observa-se a falta de conscientização na população a respeito da anticoncepção.

Minha intenção através desse portfólio e o projeto de intervenção é trabalhar a saúde da mulher no contexto da saúde primária bem como as diversas maneiras de anticoncepção e de como conscientizar essas jovens a respeito do planejamento

familiar e da importância da estruturação de uma família no contexto social em que vivemos e além dessa abordagem, atingir as jovens mães que já estão realizando o pré-natal na unidade sobre a importância da realização do mesmo, o alívio de dúvidas e a abertura de um pré-natal e um parto humanizado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

- Nome: A.S.M
- Idade: 22 anos
- Sexo: Feminino
- Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
- Religião: CATÓLICA
- Estado civil: Solteira
- Profissão: Secretária
- Naturalidade: São Félix do Xingu-PA
- Residência Atual: São Félix do Xingu -PA

Queixa principal: Consulta Pré Natal

Paciente veio à unidade básica de saúde para a segunda consulta de pré-natal (segundo trimestre), paciente demonstrou pouca adesão ao pré-natal. A consulta está atrasada quase duas semanas só compareceu depois de muita insistência da ACS.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Primeira consulta: Paciente refere ter passado bem desde a última consulta, as náuseas matinais melhoraram e vem fazendo suplementação do ácido fólico e sulfato ferroso, trouxe os exames solicitados na última consulta que se encontram dentro da normalidade. Paciente gesta 2 abortos 0 e parto cesáreo 1. Relata que tem muito medo de prosseguir com a gravidez visto que sua primeira gestação foi traumática para a paciente, ela na época tinha 16 anos e sua família custeou o parto cesáreo e teve medo de sentir as dores (SIC). Na gestação atual ela refere ter medo de sofrer por ter que realizar o parto de forma normal.

ANTECEDENTES PESSOAIS

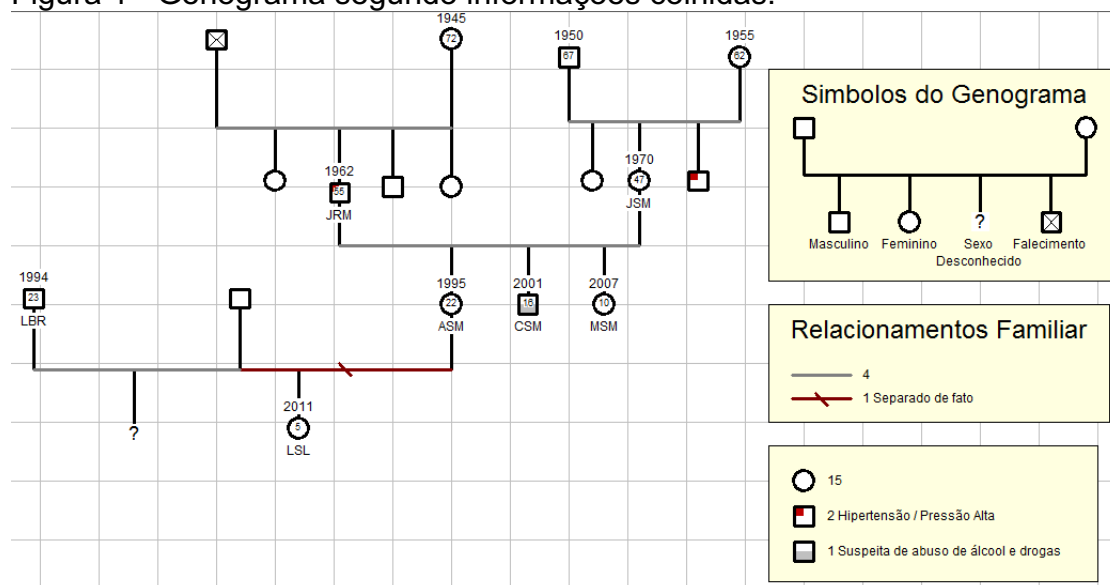
Fisiológicos: Paciente refere menarca aos 12 anos e sexarca aos 14 anos. Refere ser filha mais velha de 3 filhos e nasceu de parto normal. G2A0P1c. DUM: 05/02/2017 (SIC), tipo sanguíneo A+.

Patológicos: Paciente relata estar com cartão de vacina em dia, nega histórico de Doenças sexualmente transmissíveis, Alergias e Diabetes, Pré eclampsia e diabetes gestacional. Cirurgia cesárea.

Familiar: Paciente relata história familiar positiva para hipertensão (pai da paciente) e nega para diabetes e outras doenças crônicas, gemelaridade e malformações fetais.

Contexto Social: Filha mais velha de uma prole de 3 filhos, vive com os pais e sua filha. Relata que na primeira gravidez mesmo na adolescência seus pais a apoiaram, porém não teve apoio do seu antigo companheiro. Os pais não aceitaram a segunda gestação ela refere que se sente desamparada e não está preparada novamente para a gestação e o parto, atualmente, o seu companheiro atual tem demonstrado apoio em relação a gestação. A.S.M, tem interesse em voltar aos estudos já que finalizou o ensino médio, porém não tem condições financeiras de pagar um ensino superior.

Figura 1 - Genograma segundo informações colhidas:



EXAME FÍSICO

Paciente em BEG, lúcida e orientada no tempo e espaço, normocorada, afebril, anictérica, acianótica, hidratada. Sinais Vitais: PA: 100x70 mmHg; FC: 90 bpm; FR: 20 irpm. Medidas Antropométricas: peso 62 Kg, altura 1,58 m. IG: 16 semanas e 6 dias; DUM: 05/02/2017 (SIC) Altura Uterina 16 cm. Cabeça e pescoço: Ausência de deformidades, palpação da tireoide sem alterações. Tórax: Inspeção: tórax típico, eupneica, ausência de abaulamentos e cicatrizes. Palpação: expansibilidade normal; Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios; Ausculta cardiovascular: Bulhas normofonéticas em dois tempos sem sopros, ritmo cardíaco regular. Abdome: Inspeção: plano, cicatriz umbilical centralizada, ausência de abaulamentos e herniações. Ausculta: Ruídos Hidroaéreos fisiológicos; Sistema osteoarticular: membros inferiores sem edema

Conduta: Foi realizado as orientações sobre as mudanças previstas na gravidez durante as próximas semanas, solicitação de exames e a orientação sobre a aflição da paciente em relação ao parto, sobre os benefícios do parto natural e também a forma humanizada que algumas maternidades o tem realizado isso seria trabalhado com ela até o fim da. Foi agendado também uma consulta com o psicólogo do NASF para auxiliar a paciente com seus conflitos vivenciados e também uma visita domiciliar.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Ao analisar os casos clínicos 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19 e 20 observa-se que as equipes utilizaram várias estratégias para auxiliar no cuidado do paciente como as visitas domiciliares e a consulta familiar multidisciplinar. Essas estratégias são extremamente importante para o cuidado com o paciente na atenção primária. As ações demonstradas nos casos clínicos podem ter aplicabilidade na saúde da mulher, na puericultura, na saúde de pacientes portadores de doenças crônicas e até mesmo na saúde mental.

Na Unidade de Saúde da Família Santa Iñez Santana da Silva III, as atividades utilizadas para atenção primária da comunidade, são divididas por dias da semana, cada dia procuramos atender a demanda de pacientes, na segunda feira realizamos atendimento a puericultura, na terça atendimento pré natal, quarta feira pacientes portadores de doenças crônicas (pacientes do HiperDia), quinta feira realiza-se atendimento por demanda livre e também as visitas domiciliares, na sexta feira atendimento à saúde da mulher.

A saúde mental muitas vezes fica com ações prioritárias em acompanhamentos do uso do medicamento após o referência dos pacientes que necessitam desse tipo de atendimento. Na atenção primária, o trabalho com o pré natal e saúde da mulher estimula ações para promover o conhecimento sobre a saúde da mulher, os desafios da gestação e a importância de realizar o pré natal tanto para mãe quanto ao bebê. O parto natural e humanizado é sempre estimulado pelo médico da família e pela enfermeira, é realizado atividades entre as gestantes da unidade incentivando o acompanhamento pré natal e o parto humanizado.

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Ao entrar em contato com uma gestante, cabe à equipe de saúde saber compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. A história de cada gestação é determinante para um bom desenvolvimento do ser humano, devendo assim ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passará por mudanças físicas e emocionais (RODRIGUES, et al, 2011). Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde, 2002, a ESF fica responsável por garantir responsabilidades e ações de saúde da mulher. No escopo

da saúde da mulher é priorizada a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção de câncer de colo do útero e de mama e planejamento familiar (BRASIL).

Nesta Estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (CAZETTA et al, 2012)

O conjunto dessas cinco ações básicas visa assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pelos profissionais de saúde inseridos nos diversos serviços de saúde, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em doenças para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, que constitui o eixo central do atendimento prestado, uma vez que permite evidenciar, de maneira precoce, os transtornos que afetam a saúde, a nutrição e o desenvolvimento da criança (BRASIL,2002).

Em todas as ações seja na puericultura, saúde da mulher, saúde mental e doentes crônicos a visita domiciliar é uma ferramenta muito importante para desenvolver uma adesão dos pacientes com as atividades propostas e até mesmo criar um vínculo com a unidade e com a equipe de saúde. Na atenção básica a visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com a finalidade de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.

A VD pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial". Constitui-se como uma atividade educativa e assistencial que possibilita uma interação mais efetiva entre os membros da equipe de saúde, na medida em que possibilita o convívio desta com a realidade vivenciada pelo usuário-família (SANTOS, et al, 2011). As ações da atenção primária voltadas a essas esferas tem-se demonstrado muito efetivas e importantes para a comunidade, além do cronograma estruturado pelas atividades semanais auxilia os próprios pacientes a se organizarem de acordo com as ações propostas.

4. VISITA DOMICILIAR

Na realidade da atenção primária, a visita domiciliar se faz um importante instrumento que visa facilitar o acesso a unidade de saúde e seus serviços à comunidade. Na UBS Santa Ignez Santana da Silva III, as visitas domiciliares com o médico da família ou enfermeira são realizadas uma vez na semana, já as visitas realizadas pelo agente comunitário de saúde são realizadas diariamente.

Os objetivos principais das visitas domiciliares quando realizadas pelos Agentes comunitários de saúde é principalmente busca ativa dos pacientes, realizar orientações e verificar o uso correto do medicamento e alertar aos pacientes idosos as consultas agendadas na unidade. Já as visitas realizadas pelo médico da família e enfermeira são principalmente visitas para pacientes acamados, puérperas, recém-nascidos que necessitam de atendimento e para aqueles pacientes que não estão aderindo aos trabalhos realizados na unidade.

No contexto do caso clínico da atividade dois do portfólio, a paciente recebeu uma visita domiciliar devido à falta de adesão as consultas do pré-natal e também para receber orientações em relação ao parto humanizado.

A visita domiciliar tem como objetivo verificar a dinâmica familiar, contexto social, identificar fatores de risco e agravos a saúde, levar orientações e promoção a saúde, controle e prevenção de doenças infecciosas e é também uma importante ferramenta de identificação de vulnerabilidades como casos de negligência e violência familiar. É de extrema importância pois pode ser como uma mediadora das atividades e serviços oferecidos pela a unidade a comunidade ou como porta de entrada para adesão aos serviços de saúde oferecidas pelo SUS.

Esse tipo de ferramenta possibilita também uma relação humanizada entre os profissionais da saúde e os pacientes da comunidade, permite vivenciar o contexto de vida do paciente e auxiliar na identificação e intervenção nas complicações que venham a existir. Isso é possível observar principalmente naqueles pacientes portadores de doenças crônicas como a hipertensão, quadro muito comum na UBS Santa Ignez, as visitas são extremamente importantes para o controle dos fatores de riscos modificáveis entre os pacientes como a alimentação, sedentarismo os usos inadequados dos medicamentos, assim, desempenham um papel primordial na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Assim, é importante sempre estimular

nas reuniões das equipes de saúde sobre a importância da visita domiciliar na vida dos pacientes, reconhecendo sua importância no processo saúde-doença do paciente e como um dos meios de viabilização de ações integradas de vigilância, reabilitação, promoção e prevenção de saúde, constituindo-se uma ferramenta importante de trabalho no cuidado estratégico a comunidade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao refletir sobre a trajetória do curso de especialização, acredito que aprendi muito a partir das atividades propostas na plataforma UNA-SUS, as atividades principalmente as atividades do eixo dois com os casos complexos exemplificaram muito bem alguns temas que são abordados na atenção primária. Além disso, as atividades do projeto de intervenção e a construção do portfólio fizeram com que eu atuasse ainda mais nas práticas de prevenção e promoção a saúde juntamente com a equipe de saúde.

Com a realização do projeto de intervenção conseguir abordar um tema que tem muita incidência clínica na Unidade Básica Ignes Santana, houve um aumento do número de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis o que podem gerar consequências a pacientes gestantes. Assim, com o portfólio pude auxiliar também a incentivar a adesão do pré natal e incentivo ao parto humanizado, algo que para muitas gestantes é motivo de incertezas e conflitos, assim, com a orientação e estímulo elas podem optar pelo parto humanizado preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quando iniciei as atividades na UBS Ignes Santana, observei que a equipe de saúde tinha um pouco de resistência com os médicos, porém com a realização das reuniões de equipe e estímulo em trabalho em equipe e a inclusão de todos no projeto de intervenção foi possível criar uma integração e obter melhores resultados com a qualidade de vida da comunidade. Conheci de perto também as principais vulnerabilidades e desafios enfrentados pela equipe devido ao próprio sistema como a falta de materiais básicos e medicamentos. Vulnerabilidades que mesmo superadas por toda a equipe acabam influenciando na saúde dos pacientes da comunidade.

Compreendi também a importância do acesso integral do paciente aos serviços oferecidos pela unidade básica principalmente as visitas domiciliares desempenhadas pela equipe de saúde o que muito contribui para que o paciente esclareça suas dúvidas

sobre a sua saúde. E a possibilidade de a comunidade ter por perto atendimentos voltados a puericultura, saúde da mulher, pré natal, atendimento a pacientes com doenças crônicas entre outros auxiliam na redução da incidência de morbidades mais prevalentes.

De forma geral, as atividades da plataforma eram de fácil acesso, porém acredito que é necessário mais encontro presencial para sanar as dúvidas dos alunos. Por fim, acredito que toda a experiência contribuiu para o meu crescimento intelectual e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodrigues EM, do Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011

Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02

Cazetta de Lima Vieira, V; Amaro Fernandes, C; de Oliveira Demitto, M; Bercini, L O; Scochi, M J; Silva Marcon, S; (2012). PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.

Cogitare Enfermagem, 17() 119-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648962017>

SANTOS, Edirlei Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes. A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 16, N. 3, set. 2011. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761>>. Acesso em: 05 set. 2017. Doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.21761>.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

LUDMILLA BERNARDO DA COSTA

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÃO FELIX DO XINGU- PARÁ

2016

1. INTRODUÇÃO

O controle do câncer em nosso país representa um dos grandes desafios para a saúde pública. O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colo retal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA) a prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizado (Instituto Nacional do Câncer, 2016).

Esse tema se insere no âmbito da saúde da mulher, área considerada estratégica para ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) no nível da Atenção Primária. A concentração de esforços governamentais aliada à produção acadêmica e à atuação dos profissionais trouxe melhorias no acesso à prevenção do câncer do colo do útero em todo o país. Entretanto, ainda se mostra insuficiente como sinalizado nas estimativas de incidência, tendência de mortalidade e em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia (INCA, 2011)

Estudos mostram que as mulheres mesmo conhecendo a importância da prevenção geralmente procuram fazer o exame preventivo somente na presença de algum sintoma. A maioria delas sente constrangimento em realizá-lo, por medo, vergonha em expor o corpo, não apresentando nenhum conhecimento sobre o corpo ou sexualidade desconhecem sobre o exame (DUAVI et al., 2007).

Diante desse contexto, no que se refere a atenção primária à saúde na unidade básica de saúde (UBS) durante os atendimentos prestados no decorrer do ano observa-se uma maior prevalência de jovens e adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente, sem orientação a respeito de prevenção a doenças e as formas de rastreio. Assim, têm-se o **problema** deste projeto de intervenção a seguinte questão: A importância do rastreamento do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde.

A motivação para a realização desse projeto de intervenção configura-se na quantidade de mulheres usuárias do Programa Saúde da Família-3, que se encontra no Município de São Felix, ao Sul do estado do Pará. A unidade abrange um território

de em média de 4300 habitantes, sendo que 1500 são mulheres entre 10 a 59 anos. Além disso, existe uma grande incidência de mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau no colo do útero.

Sabe-se que o exame de rastreamento para o câncer de colo de útero é realizado pelo exame conhecido como Papanicolau- exame citopatológico do colo do útero para detecção das lesões precursoras. Além de ser um exame de baixo custo e utilizado para a detecção primária do câncer de colo de útero, é também importante da investigação das infecções sexualmente transmissíveis e garante também saúde tanto física quanto psicológicas nas usuárias da unidade.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que o enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006). Baseando no contexto citado anteriormente, propõe-se a realização de um projeto de intervenção centrado na realidade da comunidade do bairro Alecrim na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Ignez Santana da Silva III, juntamente com a equipe multidisciplinar desempenhando diversas ações de prevenção e promoção à saúde no controle de diversas morbidades.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Desenvolver estratégias na atenção primária para o acompanhamento e rastreamento de mulheres através do exame preventivo orientando sobre a importância da realização do exame para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar mulheres acima de 25 anos que não realizam os exames preventivos há mais de dois anos ou que nunca realizaram
- Discutir e descrever como são feitos os seguimentos e tratamentos de lesões no colo do útero e sua identificação precoce
- Propor ações em saúde para levar o conhecimento das mulheres sobre o câncer de colo de útero
- Desempenhar palestras para as pacientes sobre a importância da utilização correta dos diversos tipos de métodos contraceptivos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis com evidência do Papiloma vírus humanos (HPV)
- Descrever o fluxograma de atendimento à saúde da mulher na unidade

3. REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam aumentando, em 1979, a taxa era de 3,44/100000, enquanto que em 1999 a taxa subiu para 4,67/100000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 35,7% (BRASIL, 2010).

No sistema atual, mais de 70% das pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio avançado já na primeira consulta, o que diminuiu bastante a possibilidade de cura. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia do Papanicolau para a detecção precoce do câncer de colo uterino, essa doença continua a ser um sério problema de Saúde Pública (BRASIL, 2012).

O câncer do colo do útero é uma doença de evolução lenta, que apresenta fases pré-invasivas e benignas, caracterizadas por lesões conhecidas como “neoplasias intraepiteliais cervicais” (NIC). Tais lesões devem ser tratadas para que sejam impedidas de alcançarem fases invasivas e malignas, podendo atingir os tecidos adjacentes ao colo do útero, o que inclui as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (SMELTZER, et al, 2011).

Como a evolução do câncer de colo uterino é lenta, é possível atuar no rastreamento e no tratamento precoce, e impedir que uma lesão venha a evoluir para um carcinoma in situ ou invasor. Da primeira lesão, que surge no colo, até o aparecimento de uma forma grave, quando há metástase, existe um período de aproximadamente 14 anos (Domingos, et al, 2007).

O início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, o tabagismo, a situação conjugal e a baixa condição socioeconômica são apontadas como importantes fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia. A infecção prévia pelo papilomavírus humano (HPV) é atualmente apontada como o principal fator de risco para o câncer de colo de útero (Organização Mundial da Saúde, 2007).

A prática de sexo seguro, realizada com o uso de preservativos, o rastreamento sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero e o tratamento de lesões em estágios iniciais são estratégias efetivas utilizadas como uma forma primária de prevenção a esse tipo de neoplasia (Instituto Nacional do Câncer, 2003). Essas ações são efetivas para a prevenção e a detecção precoce, pois, dentre

os tipos de câncer, esse é o que apresenta um dos melhores índices de cura, chegando próximo a 100%, se diagnosticado em fases iniciais. Além disso, ele pode ser tratado em nível ambulatorial, o que acontece em aproximadamente 80% dos casos (SANTOS, et al, 2007).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA MULHER

Políticas destinadas a dar respostas a um determinado problema de saúde, ou responder aos que atingem certo grupo populacional, podem trazer as marcas da integralidade. Assim ocorreu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno- infantil.

Orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, o referido Programa propõe-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam. Ao longo de vinte anos, o PAISM passou por avanços e retrocessos, e, na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres (SANTO et al, 2004). As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que o enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conforme o tamanho da área de abrangência, se distribuem equipes que têm como desafio o trabalho integrado e a responsabilidade pelas pessoas ali residentes (BRASIL, 2010). A mulher é a principal cliente dos serviços de saúde, por buscar os serviços durante todas as etapas de sua vida, para consultas ginecológicas, planejamento familiar, pré-natal, puerpério e acompanhamento do climatério, como para acompanhar os seus familiares (TOMASI et al., 2011). Desse modo, a atenção à saúde da mulher prestada pelos serviços de saúde deve ter como características inerentes à qualidade e a humanização, no intuito de atender sua clientela com

dignidade, considerando-as como sujeito no cuidado à saúde (ALMEIDA; TANAKA, 2009)

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a realização do teste de Papanicolaou em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com atenção especial àquelas com idade entre 25 e 59 anos e buscar o padrão de cobertura de 80 %11-13, mas, em face das diferenças locorregionais da população em sua cultura, é também importante que os serviços de saúde ofereçam o acesso ao exame à população adolescente (Instituto Nacional do Câncer, 2011).

Com relação à prevenção do câncer do colo do útero foram estabelecidas as atribuições a desenvolver no nível de atenção primária à saúde e que são da responsabilidade sanitária da equipe, com vistas a planejar e executar ações na sua área de abrangência, voltadas para a melhoria da cobertura do exame. Estas incluem: esclarecer e informar à população feminina sobre o rastreamento, identificar na área aquelas que pertencem à faixa etária prioritária e/ou grupos considerados de risco, convocar e realizar a coleta de citologia, detectar e convocar as que se ausentaram. E ainda, o recebimento dos laudos, captação dos resultados positivos para vigilância do caso, orientação e encaminhamento à atenção secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, supervisão dos técnicos e qualidade da coleta.

Existem muitos fatores que dificultam o acesso das pacientes aos serviços de saúde, principalmente na realização do exame Papanicolau. Para alcançar a cobertura preconizada também é apontado em estudos sobre os motivos que influenciam a não realização do exame preventivo segundo a percepção das mulheres, que ainda têm medo do exame e de seu resultado e relataram vergonha de realizá-lo. Obstáculos de acesso ao serviço, o trabalho e a ocupação com os filhos também foram mencionados como impedimento (Oliveira et al., 2007; Moura et al., 2011).

4. METODOLOGIA

Consiste em um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica na região do Bairro Alecrim, São Felix do Xingu -PA. A metodologia constitui-se na execução de atividades desempenhadas pela equipe de saúde multiprofissional da unidade com objetivo de conscientizar a comunidade sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero na região e propor ações que os integrem as mulheres da comunidade aos serviços oferecidos na unidade.

Para busca de dados e informações, utilizando o Sistema de Informações do SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica) e do Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), coletamos informações importantes para traçar o plano de ação de toda a equipe. Além dos dados disponíveis do SIAB, a importância dos relatos dos agentes de saúde, das enfermeiras que atendem as mulheres inicialmente na unidade e também a partir das vivências na unidade é possível coletar mais informações.

A equipe de saúde da unidade possui ao todo doze agentes comunitários de saúde (ACS), os ACS nesse projeto desempenham um importante papel para o projeto pois desempenham o elo entre o usuário com a unidade, assim, eles reforçam durante as visitas domiciliares as atividades que serão realizadas e os serviços oferecidos, além disso, fazem uma busca ativa de pacientes que se encaixam no perfil para o projeto de intervenção. Além dos ACS, nesse projeto destaca-se também o enfermeiro da unidade, pois na atenção primária o enfermeiro que atende inicialmente as mulheres da comunidade e realiza o exame preventivo.

A primeira etapa a ser realizada será a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados. Deve-se organizar com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde uma pauta para tratar do: RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Com a aprovação de toda equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e divisão dos responsáveis por cada atividade.

É de extrema importância compartilhar este projeto com a equipe de saúde e procurar a adesão de todos os colaboradores para que ele tenha um bom desenvolvimento. Além disso, a equipe de saúde organizará os materiais e recursos necessários para a realização do projeto.

A segunda etapa consiste na divulgação da ação através das visitas domiciliares das ACS que explicará o projeto e realizará um cadastro, além das ACS, a enfermeira da unidade também divulgará a ação para as pacientes principalmente para as pacientes que são grupo de risco para o HPV (adolescentes com vida sexualmente ativa e com múltiplos parceiros).

A terceira etapa a ser realizada será os cadastros das mulheres da comunidade que possuem interesse em participar das atividades, haverá o esclarecimento do projeto e do cronograma, essa etapa é primordial pois a boa apresentação do projeto acarretará também a boa adesão das pacientes.

A quarta etapa baseia-se no desenvolvimento das atividades proposta pelo cronograma juntamente com apoio do NASF afim de atingir alguns objetivos específicos. A quinta etapa a ser concretizada constitui-se na avaliação dos participantes do projeto de intervenção a partir de questionários e entrevistas.

A sexta etapa consiste na avaliação da equipe da unidade através de reuniões buscando reavaliar os conceitos e melhorar as atividades.

A sétima etapa consiste no levantamento dos resultados alcançados através do projeto.

5. CRONOGRAMA

| Ações | Jun/16 | JUL/16 | Ago/16 | SET/16 | OUT/16 | NOV/16 | Dez/16 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Apresentação da proposta à Equipe de saúde. | X | | | | | | |
| Busca de dados nos Sistemas de Informação e organização dos materiais e recursos necessários para o projeto. | X | X | | | | | |
| Visitas domiciliares pelos ACS | | X | X | X | X | | |
| Realizar o levantamento de pacientes através da enfermeira da unidade que são grupos de riscos para o HPV | | X | X | X | X | | |
| Cadastro das mulheres participantes do projeto e atividades | | | X | X | X | X | X |
| Início das atividades propostas | | | X | X | X | X | X |
| Palestras sobre o HPV, sua prevenção e relação com o câncer de colo de útero | | | X | X | X | X | X |
| Atividades sobre a conscientização da importância do exame preventivo ginecológico | | | X | X | X | X | X |
| Avaliação do Projeto | | | | | | X | X |

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização do projeto de intervenção os recursos necessários foram:

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS), equipe do NASF (psicólogos, fisioterapeuta).

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores e equipamento de multimídia
- Sala para realização de grupos;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade;
- Materiais para a coleta de exame preventivo ginecológico (espéculos, laminas de coleta entre outros).
- Ficha Saúde da Mulher;
- Fichas de Acompanhamento de visita Domiciliar;
- Material disponibilizado pelo Ministério da Saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desse Projeto de Intervenção almeja-se a curto prazo a conscientização das mulheres da comunidade sobre a importância da realização do exame preventivo ginecológico na detecção precoce do câncer de colo de útero. Espera-se também uma maior adesão das mulheres da comunidade aos serviços disponíveis na atenção primária que se relacionam a saúde da mulher.

Além disso, almeja-se, também, que as mulheres da comunidade se sintam acolhidas pela unidade de saúde para que eles se sintam à vontade para procurar o serviço quando necessário sejam para atendimento médico ou para solucionar suas dúvidas e conflitos. A longo prazo espera-se que as estratégias de promoção à saúde explicitadas ao decorrer do projeto gerem uma redução da prevalência de algumas DST'S na comunidade e também que as pacientes entendam a relação do câncer de colo uterino e o HPV.

Há que se ressaltar que apenas a procura por livre demanda das mulheres não é suficiente para uma boa cobertura do exame Papanicolalou. É imprescindível insistir em atividades educativas constantes, aproveitar melhor as oportunidades que a demanda do serviço possibilita na abordagem às mulheres nas ocasiões diversas de comparecimento à unidade por variados motivos, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher com a profissional (Melo, et al, 2012).

Para atingir esses resultados esperados, é preciso investir na produção de uma responsabilização profissional em torno da problematização e, ao mesmo tempo, implicar os sujeitos na cor responsabilização com o autocuidado, nesse caso, as mulheres da comunidade principalmente as adolescentes, enfatizando a importância deles no processo de rastreio precoce do câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 104 p

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer de colo de útero no Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS [Homepage on the Internet]. [cited 2012 Mar 19]. Available from: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=241

Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Organizacion Munidal de La Salud (OMS). Control integral del câncer cervicouterino: Guia de práticas essenciais. Ginebra; 2007

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

Domingos ACP, Muraita IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado a saúde [Internet]. São Paulo: 2007. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5337/3385>

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde. 2. ed. [cited 2012 Ago 3] Rio de Janeiro; 2006 Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf J Brasil

Santos JO, Silva SR, Santos CF, Araújo MCS, Bueno SD. Alterações cérvico-uterina em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de saúde no Município de Campinas-SP. Rev Min Enferm. 2007;11(4):439-45

Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; THOME, E. et al. Características da utilização de serviços da Atenção Básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 3689 – 3696, 2011.

Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitoza AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev RENE*. 2010;11(1):94-104.

Oliveira MM, Pinto IC. 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 materna infant*. 2007;7(1):31-8

Melo, Maria Carmen Simões Cardoso de, et al. "O enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária." *Rev. bras. cancerol* (2012): 389-398.