

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

José Luis Morales Alvarez

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE NA
DETECÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA
ESF MURUCI**

BELÈM-PA

2018

José Luis Morales Alvarez

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE NA
DETECÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA
ESF MURUCI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Prof. Daniel Victor Coriolano.

BELÉM-PARA

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DO CASO CLÍNICO.....	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	11
4 VISITA DOMICILIAR.....	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO 1- PROJETO INTERVENÇÃO.....	22

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é José Luis Morales Alvarez, tenho 32 anos de idade, sou cubano, da província as Tunas, onde cresci e termine minha educação até o nível superior completo. Eu graduei com o título Doutor em Medicina em 16 de julho de 2010, pela Universidade de Ciências Médicas, em as Tunas. Iniciei minha carreira profissional como médico em Posto de saúde da família no mesmo lugar onde nasci. Nesse ano saí pra Venezuela como médico internacionalista, onde trabalhe por dois anos, logo um ano depois iniciei uma especialidade em medicina da família (MGI) e me graduei logo de três anos de estudos de especialista da família.

Trabalhe como especialista em cuba por vários meses, experiência muito importante em minha trajetória profissional. Em julho de 2017 aderi ao programa mais médico para o Brasil e desde então atuo na cidade de Portel, estado do Pará já um ano. Estou lotado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por enfermagem, técnicos em enfermagem e outros profissionais.

A cidade de Portel é um município do estado de Pará, fundada em 24 de Janeiro de 1758. Rodeada nos laterais do Rio Camaraipi, Baía Portel e Rio Acuti Pereira. Localiza-se no norte brasileiro ao sudoeste na ilha de Marajó. Com uma população estimada de 59 000 habitantes. Apresenta regiões urbanas e rurais, com uma área de 25.384,779 km² e densidade demográfica 2,34 hab/km², altitude de 19 m. O posto de saúde onde eu trabalho está composto por uma estratégia de saúde da família, um médico, três técnicos em enfermagem, doutora em odontologia, e cinco agentes comunitários de saúde, cuja área de abrangência atende 2433 pessoas.

O território adscrito à ESF corresponde a várias áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico e educacional, população com pouca cultura sanitária, ausência de saneamento básico adequado, quase todas as residências recebem água encanada. Há três Igrejas católicas e duas das outras religiões, 2 escolas públicas, 1 quadras de esportes.

Também há sete postos de saúde com equipe de saúde completo. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: parasitoses intestinais, infecções

de vias aéreas superiores, lombalgia, diarreias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatia isquêmica e casos de febre.

O Projeto de Intervenção na ESF foi sobre câncer de colo de útero e mama título: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE NA DETECÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA ESF MURUCI. O câncer do colo de útero é a segunda maior causa de neoplasias depois do câncer de pele na região norte do Brasil. O câncer de mama junto com o câncer do colo de útero são as neoplasias mais frequentes na mulher brasileira, sendo as que mais levam à morte ou mutilações na mulher nesse grupo populacional. Além disso, é muito importante a prevenção, pois produzem uma melhora na qualidade de vida das mulheres, reduzem danos e evitam gastos maiores com a atenção secundária e terciária. Por isso, meu foco de intervenção é a prevenção do câncer do colo de útero e mamas, representando as ações que a equipe de trabalho vai desenvolver nos próximos meses e que ficarão incorporadas ao atendimento da UBS. As ações programáticas em grupos prioritários na unidade básica sempre tem muita importância para os resultados da atenção primária de saúde, para a educação da nossa população de abrangência, para o planejamento e controle, avaliação e caracterização do trabalho.

2 ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Em meu posto de trabalho uma das doenças mais prevalente é a Hipertensão Arterial Sistêmica, por o qual toda semana temos que trabalhar com pacientes dessa doença, já que é muito difícil seu controle por ter uma cultura de alimentação inadequada, pra isso nossa equipe de saúde realiza atividade educativa. O Emerson Freitas é dono de um açougue, de 45 anos de idade, fumador (15 cigarros por dia), obeso e bebe álcool nos fim de semana, que mora com sua mulher Eliane Souza de 30 anos que trabalha com seu esposo, eles têm um filho de 18 anos Rafael Souza, que assiste a escola de enfermagem, ambos sem doença referida. Emerson passa a maior parte do seu tempo sem fazer atividades físicas, ele vem à consulta médica apresentando cefaleia e tonturas.

Dados da triagem:

- Peso: 95 kg
- Altura: 1.70m
- PA: 150x90mmhg

No interrogatório sobre a história familiar o paciente tem pai falecido por um infarto agudo do miocárdio, além de hipertensão arterial sistêmica. O exame físico apresenta:

- Sistema cardiovascular: Auscultação cardíaca normal, BC: 84 bpm.
- Sistema respiratório: Auscultação pulmonar sem alterações FR: 17 rpm.
- IMC: 32.8 (Obeso)
- Circunferência abdominal: 122 cm.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. (CARDIOLOGIA, 2016)

Seguindo isto solicito fazer um controle de PA por uma semana, oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) (alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gordura total e saturada com pouco sal, atividade física aeróbica por 30 minutos pelo menos na maioria dos dias da semana, evitar o fumo e estabelecer metas de controle de peso encaminhando ao paciente com nutricionista).

Devido à atividade profissional de Emerson leva uma vida sedentária e apresenta mais de um fator de risco baixo/intermediário há necessidade de calcular o escore de Framingham. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL) e auxilia na definição de condutas:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas. (CARDIOLOGIA, 2016)

Conforme com isto indico os exames de rotina (Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);

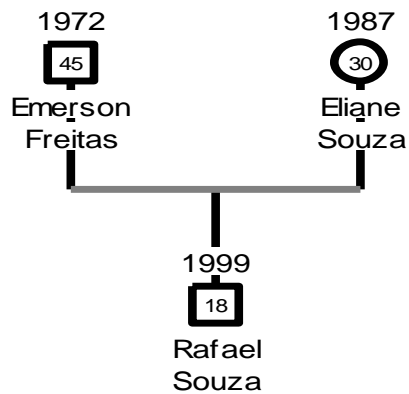
Dosagem de creatinina; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Dosagem de potássio; Fundoscopia). (CARDIOLOGIA, 2016)

O paciente retorna após uma semana com os seguintes dados da triagem:

- Peso: 94,5 kg

- PA: 160x100 mmhg

Genograma da família:



Apresenta no mapa de PA:

145x90 mmHg

155x95 mmHg

140x90 mmHg

140x80 mmHg

160x90 mmHg

Traz consigo alguns dos exames solicitados:

-Glicemia de jejum: 95 mg\dl

-Ácido Úrico: 4.0 mg\dl

- Creatinina: 0.6 mg\dl
- K+: 3,5 mEq\L
- Colesterol Total: 260 mg\dl
- LDL: 204 mg\dl
- HDL: 30 mg\dl
- Triglicérides: 185 mg\dl
- EKG: normal
- EAS: normal
- Fondoscopia: sem fazer mais não tem alteração visual evidente.

No escore de Framingham para definir o risco cardiovascular do senhor Emerson, o mesmo é classificado de alto risco.

-Identificou ao paciente com Hipertensão Arterial, Obesidade, hipercolesterolêmica.

➤ O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. (Alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gordura total e saturada com pouco sal, atividade física aeróbica por 30 minutos pelo menos na maioria dos dias da semana, evitar o fumo e redução no uso de bebidas alcoólicas).

➤ Neste caso o tratamento para Emerson como os níveis pressóricos se enquadra no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente (Hidroclorotiazida (25mg) 1 cp ao dia mais Captopril (25mg) cada 12\12 h).

- Para a hipercolesterolemia as estatinas são a primeira escolha. (Atorvastatina, sinvastatina)
- Recomendo a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário. A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias. (Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento, após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com seu médico. Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA).
- Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o senhor Emerson atingiu a meta pressórica, isto é, PA menor que: 140/90 mmHg na HAS não complicada.
- Consulta medica será planejada para Emerson quadrimestral por ter alto risco cardiovascular.
- Realizar visita domiciliar.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção e prevenção de saúde são temas muito importantes para todo Profissional em a saúde, já que desde 1920 onde se definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação, e Posteriormente se delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais, por isso nossa labor no nível primário de saúde são essas quatro tarefas essenciais.

No estudo e leitura dos casos clínicos em estudo podem encontrar medidas de prevenção, educação e promoção de saúde, encaminhadas na melhoria da saúde do indivíduo, a família e do povo em geral, em meu posto de saúde Muruci, o qual tenho 1 ano e 3 meses de trabalho, fazemos reuniões pra discutir o desenvolvimento do equipe no trabalho no dia a dia, com as doenças mais prevalentes nosso atendimentos como parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas superiores, lombalgia, diarreias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatia isquêmica e casos de febre, assim como o desenvolvimento do programa de saúde, como prevenção do câncer de colo do útero e mama. Além são discutidos os casos de puericultura, pré-natal e casos de saúde mental, estas medidas também são importantes na atenção da puericultura, pré-natal e na saúde mental que nos fazemos toda semana, tanto de forma individual na consulta como na sala de espera do posto e nas visitas domiciliar, com o objetivo de melhorar estado de saúde dos pacientes. Também trabalhamos na prevenção do câncer do colo de útero e mamas, temas muito importantes com a realidade da mulher brasileira por serem umas das primeiras causas de morte das mulheres.

Durante todo este tempo no programa mais médico pra Brasil, tenho olhado que o controle e seguimento das gravidias tem muita dificuldade, muitas iniciam pré-

natais tardiamente, não são feitos exame necessário, já seja por problemas económicos como por não ter conhecimento adequado, levando em muitas ocasiões ao óbito materno e fetal. O controle e seguimento da gravidez são muito importantes, já que no futuro vai ter um ser humano que vai precisar uma boa saúde, pra isso nos temos que fazer um bom trabalho de promoção e prevenção de saúde na população, principalmente nas mulheres na idade reprodutiva, já que fazendo este trabalho desde antes engravidar vamos ter uma grávida com boa saúde e ter um final feliz. É incrível pensar que ainda nem todas as gestantes realizem o pré-natal. Por mais que se fale sobre o assunto, algumas mulheres não entendem a importância de acompanhar a evolução da gravidez e só procuram um médico quando a gestação está avançada ou quando o parto já está próximo. Mas afinal, o pré-natal é tão importante, Bem, é ele quem vai garantir uma gravidez saudável e um parto sem riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Com o pré-natal é possível acompanhar o desenvolvimento do feto e, se houver algum problema, detectar precocemente, aumentando as chances de deter o problema. No caso das mães, algumas doenças como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia podem aparecer durante a gravidez, trazendo graves consequências para a gestante, porém, esses problemas também podem ser controlados com o pré-natal. Além agora temos mais controle das grávidas por meio das ACS, quem devem fazer seguimento por meio das visitas domiciliar, já que isso não estava acontecendo, e é uma ferramenta muito importante em nosso trabalho preventivo.

Em me caso particular eu teve uma mulher de 35 anos, com obesidade, antecedentes de mãe com HTA e DM, com HOA: G4A0P4 estava tomando anticoncepcional, que falo queria ter outro filho com novo marido dela, ele não tinha filho, nesse caso começo o trabalho no futuro pré-natal, mais já nosso equipe tinha realizado labores educativas nessa mulher por seus riscos de saúde de ser obesa, idade avançada e antecedentes familiares de DCNT, por o qual o trabalho foi dirigido na prevenção da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na gravidez, foi indicado exame complementar, Interconsulta com nutricionista, fazer exercícios físicos,

tratamento pra dislipidemia, logo do controle adequado do estado de saúde dela foi tirado o anticoncepcional e tempo depois saio grávida, durante toda a gravidez foi realizado labores educativas e preventivas, nos realizarmos todas as ações e protocolos na gravidez, por tudo isso ela não apresento complicações nenhuma durante tudo esse tempo, ao nascimento do bebê e logo no posto de saúde madre e pai estavam muitos agradecidos por a atenção dada. Mais tudo isso foi possível por o trabalho em equipe, sempre pensando que a prevenção e a promoção são o mais importante em nosso trabalho.

Recomendações quanto ao diagnóstico da gravidez O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e náuseas/vômitos matinais [Grau de recomendação D]. O diagnóstico laboratorial de gestação é baseado na detecção de B-HCG urinário ou sérico. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um número adequado seria igual ou superior a seis. Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas, porém com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas, em pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 32ª semana, quinzenais entre 32 e 36 semanas e semanais no termo.

EXAME FÍSICO É indispensável: medida da pressão arterial, peso, exame das mamas, altura uterina, abdômen (percepção da dinâmica), ausculta dos batimentos fetais (conforme idade gestacional), verificação de edema.

EXAMES COMPLEMENTARES: 1ª Consulta ou 1º trimestre: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, EQU, urocultura com teste, Coombs indireto (se Rh negativo), sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG), eletroforese de Hemoglobina (papel filtro), teste rápido anti HIV e de sífilis (vide

anexo XI e XII)e HbsAg. O teste rápido de anti-HCV, deve ser realizado para as pacientes com fator de risco, CP de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2011), exame de secreção vaginal, exame de mamas.

2º Trimestre: TTG /75gr 1º e 2º hora, (vide anexo X), Coombs indireto (se paciente Rh negativo), EQU, urocultura com teste, sorologia para toxoplasmose, se IgM ou IgG não reagentes no 1º trimestre.

3º Trimestre: hemograma, EQU, urocultura com teste, testes rápidos de anti - HIV, sífilis, HbsAg, anti-HCV (este último nas gestantes de risco), Coombs indireto (se Rh negativo), sorologia para toxoplasmose (Se IgG for negativo), exame de secreção vaginal (investigação de vaginose bacteriana e pesquisa para Streptococcus do grupo B).

Além tem ser feito: os teste rápidos de Anti-HIV, HbsAg, Anti-HCV; Coombs Indireto (CI): Se a gestante for Rh negativo e o genitor for Rh positivo; Toxoplasmose se esta área endêmica; urocultura.

Rastreamento da Diabete Gestacional: Os critérios para rastreamento positivo para Diabete Gestacional incluem todas as gestantes que na primeira consulta de pré-natal apresentarem glicemia de jejum $\geq 92\text{mg}\%$ e $< 126\text{MG}\%$, nestas não há necessidade de fazer TTG e elas devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco. As gestantes que apresentarem glicemia de jejum $\geq 126\text{mg}\%$ são prováveis que sejam diabéticas pré-gestacionais e devem ser referenciadas para o pré-natal de alto risco. Todas as gestantes que apresentarem glicemias $<$ que $92\text{mg}\%$ antes das 24 semanas devem realizar o TTG 75 entre 24 e 28 semanas.

Ecografia obstétrica: se fora preciso, Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 18-20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional.

Gestantes com exames citopatológicos do colo uterino alterados, ou com alterações palpatórias ao exame físico das mamas devem ser encaminhadas para

referência especializada e poderão seguir se possível, seu pré-natal na unidade de atenção básica.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E NUTRIENTES NA GESTAÇÃO:

Ferro, Folato peri-concepcional: Tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural (espinha bífida, anencefalia e encefalocele). Deve ser usado rotineiramente na dose de 400 mcg a 5 mg/dia de ácido fólico dependendo do estado de risco da mulher pelo menos dois meses antes e nos três primeiros meses da gestação.

Cálcio: Seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio.

Orientações para a gestante no pré-natal:

A mãe deve manter uma alimentação equilibrada com o consumo de frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados, diminuir o consumo de sal da cozinha, embutidos, enlatados, conservas, charque e queijos salgados, não consumir gorduras animais, aumentar ingestão de fibra, não tomar refrigerantes, não comer alimentos enlatados; Prática de atividades física adequada, seguindo as orientações do seu médico; Orientar a gestante quanto ao uso de medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos), conforme orientação médica; Eliminar a ingestão de bebidas alcoólicas e cigarros; Esclarecer que mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm do seio, e não apenas o mamilo; Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério; educação sobre teste do pezinho ao nascimento do bebê, assim como cuidados na prevenção de acidentes da criança. Orientação sobre as vacinas a tomar, tanto ela na gravidez como o bebê ao nascimento; controlar o estresse. (ALEGRE, 2015)

4 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma ferramenta muito importante pro o trabalho da atenção primaria de saúde, pra lograr a prevenção, promoção, cura e reabilitação na população, além é um dos maiores desafios na Estratégia Saúde da Família, já que a maioria não realiza essa atividade por diversas razões, como pessoal, da equipe como por as características do território onde mora por estas ter muita violência. A realização de visitas domiciliares é realizada pela parte médica, mas também por toda equipe inclusive os próprios agentes de saúde. Em minha unidade de saúde som feita às visitas domiciliar a todos os pacientes que pertencessem a nossa área abrangida, com participação ativa dos ACS, por conhecer muito bem toda essa população, mais essas visitas é priorizado pra os pacientes acamados, com doenças crônicas, pacientes descapacitado físico ou mental. Em minha UBS são feitas visitas domiciliares nas tardes quatro vezes na semana, eu e ACS e técnica em enfermagem quando alguém precisa de algum proceder especifica, assim como a enfermagem participa uma vez na semana e quando necessário pra algum paciente. Estas visitas são organizadas por os ACS em as mesmas visitas que eles realizam ou familiares de os pacientes necessitados.

Temos que ressaltar que pra realizar muitas visitas domiciliar é muito difícil, por ser território muito extenso e chegar nesses lugares se dificulta muito e a prefeitura não disponibiliza transporte para realização das visitas, sendo estas feitas a pé sem nenhum suporte ou segurança, em ocasiões podemos fazer essas visitas com o transporte de outros trabalhadores da UBS para assim poder atender essa população necessitada.

Nas reuniões da equipe feita toda a sexta-feira os ACS dão a conhecer os pacientes que precisam com mais urgências nosso atenção de saúde e assim são feitas as prioridades da semana. Além os ACS são orientados que nas visitas domiciliar seja marcado as consultas para aqueles pacientes que tiver condições de chegar até a unidade de saúde disponibilizando para este o melhor horário de acordo com suas condições.

Em nosso atendimento individual da enfermagem e médico também é marcado visitas domiciliares pra pacientes que necessitam um seguimento de seu estado de saúde, e que estes tomem o medicamento de forma adequada, assim lograr uma evolução satisfatória na saúde, já que muitos casos os usuários necessitam novamente de orientações sobre suas doenças, pois a maioria que possuem doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatias, não seguem as orientações médicas já efetuadas, sendo assim, evoluem para o quadro desfavorável pra sua saúde, levando ao desenvolvimento de outras doenças, por exemplo: retinopatia diabética, IMA e AVC, acarretando na necessidade de uma avaliação especializada e internação no hospital na maioria das ocasiões. Muitas das consultas com especialistas poderiam ser facilitadas com o auxílio do NASF, mais infelizmente por as característica de nossa região, longe da capital, não possuímos muitos especialista no NASF, complicando ainda mais as condutas especializadas destes pacientes. Além fazemos seguimento nas visitas domiciliar dos pacientes que tem algumas doenças como Hanseníase, Tuberculose, Leishmaniose, quadros de febres inespecíficos, entre outras transmissíveis.

Nas visitas domiciliar é realizado procedimento como aferição de pressão arterial e glicemia capilar, além é feito o exame físico e anamnese, são dadas orientações necessárias para o paciente e toda a família e cuidador em caso acha nesta família. Além forneço orientações sobre bem-estar da família, uso correto dos medicamentos, higienização dos alimentos, pessoal e coletiva, em casos de duvidas estas são esclarecidas. Sim o paciente precisa exames laboratoriais são indicados e o próprio técnico em enfermagem ou enfermagem faz a coleta no domicílio e logo levado pra hospital. Quando existe a necessidade de fazer exames de imagem como radiografias, ultrassonografias ou eletrocardiograma são feito coordenação com ambulância do hospital pra poder levar ao paciente e fazer o exame, logo dos exames e sim alterados e que necessite de uma nova intervenção, é realizado novamente uma visita domiciliar pra tomar uma conduta adequada pra a melhoria da saúde do paciente.

Muitos pacientes que apresentam um quadro de doença agudo são levados pra o serviço de emergências no hospital, e outros são avaliados por me em suas casas, que logo é tomada uma conduta de ingresso domiciliar ou encaminhados pra o hospital sim apresenta alguma complicação que possa levar ao paciente á morte ou a família não tenha as condições adequadas pra o cuidado do paciente. Em outras ocasiões faltam materiais básico para pequenos curativos e medicações simples como analgésicas, luvas e sondas vesical, mais a enfermagem e técnica de enfermagem procuram no hospital ou outra UBS pra poder dar ao paciente uma atenção de qualidade na atenção primaria de saúde, quando isto não é possível o paciente é encaminhado pra atenção secundaria. Sempre lembrando que minha população tem baixo nível cultural e económico, minha equipe trabalha todos os dias por lograr uma atenção de saúde de qualidade pra a população, assim ter uma população com os conhecimentos adequados pra a prevenção das doenças transmissível e controle das crônicas não transmissíveis.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante tudo este tempo em meu posto de trabalho como médico na UBS MURUCI que pertencesse ao município PORTEL-PA, pôde testar meus conhecimentos sobre a atenção básica, e também logre um fortalecimento desses conhecimentos com meus estudos e o trabalho de dia a dia. Além compreendi como funciona a assistência aos usuários do sistema único de saúde (SUS), pude levar a cabo a prevenção e promoção em saúde, assim como a reabilitação dos pacientes logo de alguma doença incapacitante. Todo este trabalho em equipe na UBS foi uma ajuda muito importante no aprendizado deste período de trabalho, desde meu acolhimento no posto de saúde a minha chegada até este momento de trabalho. Com ajuda da enfermagem e os ACS conhece todo o território abrangido ao posto de saúde, entre elas as áreas mais necessitadas, com baixo nível cultural e econômica, pra logo poder entender como agir com os usuários e planejar melhorias na promoção e prevenção à saúde. No decorrer do curso de especialização aprendi e enfrentei muitos desafios e oportunidades de oferecer saúde ao povo, precisei ter muita paciência com os pacientes de baixo nível cultural e necessitados, tive que estudar sobre muitos casos complexos atendidos na consulta individual como nas visitas domiciliar, aceitar e adaptar-me a trabalhar com o que temos pra oferecer para que a paciente poda resolver e curar sua doença. Também tive momentos satisfatórios como o inicio do PMAQ na Atenção Básica, que logro melhorar a qualidade da atenção da saúde em nosso município.

Antes minha chegada ao posto de saúde, não eram feitas atividades de promoção em saúde na UBS, logo o equipe começo fazer atividades por meio de um cronograma de atividades. Além conseguimos a realização de consultas do NASF em nossa unidade, levando mais perto a tensão á população, foi realizada capacitação do CAPS pra os membros de nossa equipe. Foram feitas melhorias em equipe com criação de grupos de mães e gestantes para desenvolvimento de atividades educativas, assim como palestras, na sala de espera da UBS pra os pacientes, como Hipertensos, Diabéticos, Cardiopatas, Obesos, e outras doenças como o câncer de colo do útero, mama e próstata, assim como esclarecimento de

dúvidas e interações entre as usuárias compartilhando seus conhecimentos sobre o assunto.

Temo-nos muitos pacientes com Doenças Crônicas (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e por isso nos temos um dia chamado hiperdia e consultas periódicas pra seu seguimento, com o propósito de orientar, tratar e acompanhar seu estado de saúde. Nosso principal objetivo como a maioria dos médicos é promover saúde a toda população por meio dos atributos da APS, que são a longitudinalidade, integralidade, acesso de primeiro contato e coordenação.

Trabalhar na APS foi e será pra me muito importante, porque com nosso trabalho somos capazes de modificar estilos de vida e melhorar a saúde das pessoas, a pesar de seu nível cultural ou nível económico. Desta população me aproximou sua realidade que estando muito carente e ter situações precárias tem muito amor e educação, tornando assim meus atendimentos mais humanizados e com maior qualidade.

Durante meu trabalho observei a maioria das necessidades da população e assim pude intervir e interagir com uma maioria da população. Diante os problemas observados plantei que tinham dificuldade com o controle e qualidade no diagnóstico do câncer do colo do útero e mama, por o qual fez o projeto intervenção encaminhado pra lograr uma melhoria deste problema. Como muitos profissionais tive pros e contra na atenção básica e tive que esclarece duvidas. Pude aperfeiçoar condutas médicas, trabalhar e atingir metas juntamente com a equipe de saúde, tive muitos sucessos com tratamentos, assim como pacientes que melhorarão seu estado de saúde. Em reflexão estou muito satisfeito com meu trabalho, com minha equipe de saúde e com meu lavor como médico durante o curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, M. D. S. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: [s.n.], 2013.

CARDIOLOGIA, S. B. D. **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.** 7. ed. Brasil: [s.n.], v. 107, 2016.

BRASIL, M. D. S. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** 1. ed. Brasília: [s.n.], 2013.

BRASIL, M. D. S. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** 1. ed. Brasília: [s.n.], 2012.

ALEGRE, S. M. D. S. D. P. **PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** PORTO ALEGRE: [s.n.], 2015.

ANEXO 1- PROJETO INTERVENÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

José Luis Morales Alvarez

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE NA
DETECÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA
ESF MURUCI**

PORTEL-PA

2017

José Luis Morales Alvarez

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA UMA MELHOR QUALIDADE NA
DETECÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA NA
ESF MURUCI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Daniel Demétrio.

PORTEL-PA

2017

RESUMO

O câncer de mama junto com o câncer de colo de útero são as neoplasias mais frequentes na mulher brasileira, sendo as que mais levam à morte ou mutilações na mulher nesse grupo populacional. Por isso, é muito importante a prevenção, pois produzem uma melhora na qualidade de vida das mulheres. Será realizada uma intervenção na Unidade da Saúde da Família Muruci município de Portel, tendo como objetivo geral melhorar a prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, e 50 a 69 anos, respectivamente. Temos baixa adesão das usuárias ao programa, falta de recursos materiais que prejudica o trabalho da equipe, necessidade de melhora no planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde tanto da gestão municipal e da equipe. Logrando uma melhoria do anterior e somada a aquisição de conhecimento das usuárias podemos aumentar a adesão das mesmas ao programa de prevenção do câncer de colo de útero e mama, visando garantir uma melhor assistência e qualidade de vida às mulheres. Com este trabalho o serviço de saúde vai ser mais organizado e completo, com melhora dos registros e controle das ações executadas, com um melhor seguimento das mulheres que apresentam citopatológico alterado e um maior conhecimento no equipe da saúde. As ações se adequaram à rotina do trabalho da Unidade de Saúde, e serão incorporadas no serviço de saúde oferecido pela equipe.

Palavras-chave: Unidade saúde da família. Câncer de útero. Câncer de mama. Citopatológico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 PROBLEMA.....	8
3 JUSTIFICATIVA.....	9
4 OBJETIVOS.....	10
4.1 OBJETIVO GERAL.....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
6 METODOLOGIA.....	26
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	27
8 RECURSOS NECESARIOS.....	28
9 IMPACTOS ESPERADOS.....	29
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo de útero é a segunda maior causa de neoplasias depois do câncer de pele na região norte do Brasil. O câncer de mama junto com o câncer do colo de útero são as neoplasias mais frequentes na mulher brasileira, sendo as que mais levam à morte ou mutilações na mulher nesse grupo populacional. Além disso, é muito importante a prevenção, pois produzem uma melhora na qualidade de vida das mulheres, reduzem danos e evitam gastos maiores com a atenção secundária e terciária. Por isso, meu foco de intervenção é a prevenção do câncer do colo de útero e mamas, representando as ações que a equipe de trabalho vai desenvolver nos próximos meses e que ficarão incorporadas ao atendimento da UBS. As ações programáticas em grupos prioritários na unidade básica sempre tem muita importância para os resultados da atenção primária de saúde, para a educação da nossa população de abrangência, para o planejamento e controle, avaliação e caracterização do trabalho, e para o cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Dada à importância da prevenção do câncer de colo de útero e de mama, o Ministério de Saúde estabelece no ano 2011, os Protocolos: Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama. Com isso, realiza-se a avaliação dos resultados e conduta que a mulher precisa, inclui as ações programáticas que permitem a realização planejada das ações que fazemos com a população no atendimento, nos permite fazer o agendamento das consultas segundo os grupos prioritários, nos dá as diferentes temáticas a tratar nas palestras e demais ações educativas, sempre em função da saúde.

A unidade básica de saúde em que trabalho atualmente está em um local adequado e com condição para realizar promoção e prevenção com qualidade assim como os exames, o exame de preventivo é feitos todos os dias da semana, onde se registram num livro na ordem de chegadas das pacientes e tem um código de registro, pero não tem onde registrar as mulheres com exame de preventivo e de mamas alterados para fazer um controle e seguimento de forma adequada. No seguimento das mulheres posso ver que a maioria não tem um exame físico de mama feito anteriormente, nem um autoexame de mama em sua casa, só perguntar

quando tem algum sintoma nas mamas para que nos indiquemos exame. A população de nosso município tem acesso à realização de exames complementares realizados em nosso Hospital municipal e em Hospital regional, este ultima tem que ser marcado na secretaria de saúde. Os exames mais comuns são: hemograma, química sanguínea, urina, parasitológico de fezes, eletrocardiograma, radiografias, ultrassonografia, e outros, como o caso das mamografias, precisam ser feitos no Hospital regional. A equipe está composta pelo médico, uma enfermeira, auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. Atendemos uma população de 2433 pessoas adstritas.

Em relação ao foco de intervenção, vamos a trabalhando com o grupo de mulheres com idade entre os 25 e 64 anos para a realização do exame de prevenção de câncer de colo de útero, e com as mulheres entre 50 e 69 anos de idade para a realização da prevenção de câncer de mama, assim como lá realização de palestras educativas. Temos uma quantidade de mulheres entre 25 e 64 anos de 530 usuárias, e entre 50 e 69 anos de 160 mulheres. Nossa população alvo mora na região urbana de nossa cidade. Possuímos uma população de mulheres com pouca adesão até agora, o que precisaremos mudar para um resultado final melhor com relação ao nosso trabalho. Nossa unidade oferece prioridade para esse grupo populacional para a realização das atividades de saúde, além de contarmos com o envolvimento dos gestores em nosso planejamento em saúde. Os agentes comunitários de saúde jogam um papel importante nesta tarefa procurando e orientando as mulheres para a realização dos exames, por isso eles têm que ter uma boa preparação em esta atividade pra lograr um atendimento de qualidade, nas visitas domiciliares é outro importante momento para a sua citação e intercambio.

Nossa equipe participou na escolha do foco de intervenção e é comprometida com o trabalho que se pretende fazer. Isso é uma das coisas que viabilizam o processo e qualidade do trabalho. Existem algumas limitações para a realização da mamografia e ultrassom, devido a que elas se fazem em outro município pero fica perto de nossa cidade, mas podemos fazer o exame clínico das mamas. As ações que não sejam capazes de fazer agora ficarão para o futuro atendimento da

população, com melhorias na qualidade de vida e redução dos números de mulheres falecidas por doenças totalmente preveníveis. A educação em saúde para melhorar o estado de saúde da população será sempre nossa principal tarefa. As conversas com o indivíduo, na comunidade, a inclusão da família como uma ajuda fundamental, a abordagem sobre as doenças que estamos fazendo promoção e prevenção, que a população conheça as suas características, a situação clínica e possíveis complicações e limitações que podem ter tudo isso para gerar um bom serviço oferecido às mulheres de nossa UBS. Com relação à qualidade da atenção a esta população alvo, considero que ainda fica muito por fazer. Já são realizadas visitas pelos agentes comunitários de saúde, com aumento de registros. Procuraremos controlar e organizar as ações de saúde sobre este grupo populacional, manter ou melhorar a qualidade da amostra da citologia vaginal, criar uma consulta de rotina para a realização do exame clínico das mamas, fazer a requisição da mamografia e de ultrassonografia mamaria com avaliação dos resultados e posterior conduta e seguimento. As mamografias se fazem em no regional e exame de citopatológico tarda pra o resultado, a marcação dos exames é muito demorado também.

2 PROBLEMA

Quais intervenções podem ser realizadas para melhorar a qualidade na detecção e controle de câncer uterino e de mama?

3 JUSTIFICATIVA

A necessidade desse estudo justificou-se, principalmente, pelo fato de haver muitas mulheres carentes nesta região expostas às precárias condições de moradia, hábitos de higiene e uma pobre cultura, que favorecem a ocorrência de muitas doenças de transmissão sexual, assim como a não realização do exame citopatológico e mamário, como a não existência de um seguimento adequado as pacientes com estudo alterado, provocando um deficiente diagnóstico precoce do câncer uterino e de mama.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

1. Melhorar a detecção e controle do câncer de colo do útero e de mama na ESF, Muruci.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer uterino e de mama.
2. Melhorar a qualidade do atendimento das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.
3. Melhorar a adesão das mulheres à realização de exame citopatológico de colo de útero e mamografia.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as mulheres de risco para câncer de colo de útero e de mama.
6. Melhorar o seguimento das mulheres com alteração dos exames realizados.
7. Promover a saúde das mulheres que realizam detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama na unidade de saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

O câncer de colo uterino é um tumor que acomete a porção inferior do útero, chamada colo ou cérvix. Este câncer é altamente prevalente na população feminina. No mundo, ocupa o segundo lugar no “ranking” dos cânceres femininos, só perdendo para neoplasia mamária. No Brasil está em terceiro lugar, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer em 2014, perdendo para mama, intestino (colon e reto), com taxa de incidência de 15 novos casos em 100.000 mulheres ao ano. A mortalidade pode chegar a 5 casos em 100.000 ao ano. É um tipo de tumor que apresenta uma história longa desde suas lesões iniciais até atingir o câncer, com cerca de 10 a 20 anos.

Se diagnosticado precocemente, principalmente nas lesões iniciais ou pré-cancerosas (intraepiteliais), pode ser curado em 100% dos casos. Já nas fases mais avançadas, onde o tumor cresceu para regiões além do colo do útero, o prognóstico se torna reservado, com risco de sofrimento acentuado por dores, hemorragias, comprometimento renal e até a morte.

O agente etiológico é o papilomavírus humano (HPV). A mulher adquire este vírus no início da vida sexual, muitas vezes na adolescência, e em decorrência de fatores imunológicos da mulher e à própria agressividade do agente, a infecção se torna persistente, ocasionando lesões pré-cancerosas no colo uterino. Se a condição imunológica for ruim e o tipo do HPV agressivo, ou o tratamento recomendado não for aplicado, estas lesões podem progredir para o câncer. O HPV é um tipo de vírus bastante comum na população. A maioria das mulheres será exposta a este agente durante suas vidas sexuais, porém a infecção é de forma transitória, onde o próprio organismo tem a capacidade de eliminar o vírus num período que varia de seis meses até dois anos. Mesmo que ocorra o desenvolvimento de alguma lesão, o próprio sistema imunológico pode “curar”, sem nenhum tratamento. Em cerca de 10% dos casos, onde a imunidade não conseguiu reagir à presença do vírus, pode ocorrer à persistência da infecção, com evolução para lesões de maior gravidade. Aí

nesta situação é necessário o tratamento das lesões, com a remoção da porção acometida do colo do útero.

Existem mais de 150 tipos de HPV, cerca de 40 são habitantes da região genital e 15 são mais agressivos, chamados oncogênicos (cancerígenos). Os HPV não agressivos, ou não oncogênicos, ocasionam as verrugas genitais, ou condilomas, que são lesões benignas sem risco de evolução para câncer. O tratamento destas verrugas pode ser por meio de medicamentos locais que destroem ou estimulam a imunidade, ou a retirada cirúrgica.

As lesões pré-cancerosas provocadas pelos vírus cancerígenos no colo uterino são chamadas de neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC). Estas são divididas em 3 graus: I, II e III. A NIC I representa lesão com comportamento benigno e em geral não requer tratamento, pois regride espontaneamente na maioria das vezes. A NIC II, considerada de gravidade intermediária, em adolescentes tem comportamento benigno com altas taxas de regressão. Já na mulher de mais idade, em geral a partir dos 24 anos requer tratamento que pode ser por destruição (cauterização ou vaporização) ou retirada (excisão). A NIC III é a real lesão precursora do câncer e requer sempre tratamento, por excisão. As taxas de cura são altas, com baixo risco de recidiva.

Já no câncer de colo uterino, ocorre aparecimento de lesões com destruição ou formação de tumor, que tem como extensão direta a vagina, paramétrios (tecidos ao redor do colo), bexiga e reto.

Fatores de risco:

Os fatores de risco para a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e conseqüentemente para as lesões pré-cancerosas e o câncer estão associados ao comportamento sexual, hábitos de vida e algumas doenças. Dentre eles são citados:

– **Início sexual precoce** – Mulheres que iniciam a vida sexual muito jovem apresentam maior risco de exposição ao HPV, com diversas infecções repetidas.

Também a adolescente apresenta o colo uterino juvenil, o que favorece a penetração do vírus.

– **Multiplicidade de parceiros sexuais** – Há risco de infecções múltiplas pelos HPV, bem como outros agentes infecciosos que podem interferir na resposta imunológica à presença do vírus.

– **Fumo** – O tabaco é absorvido pelo pulmão e disseminado na corrente sanguínea, sendo eliminado no muco do colo uterino. Este tabaco provoca danos à célula do colo e tem efeito de baixar a imunidade local, dificultando a eliminação do vírus.

– **Imunossupressão** – Doenças que interfiram diretamente no sistema imunológico, como o HIV, hepatites, diabetes, usam de corticoides, transplantadas de órgãos, tem comportamento ruim frente à infecção por HPV. Mesmo que as lesões tenham tratamento adequado, é comum a recidiva, com maior risco de evolução para câncer e em geral em período mais curto.

– **Desnutrição** – A falta de alimentos ricos em betacarotenos, presentes em vegetais amarelos e verdes (mamão, cenoura, couve, brócolis), interfere com a imunidade, levando a persistência da infecção pelo HPV.

– **Uso de contraceptivos hormonais** – Tem interferência na imunidade, quando em altas doses de hormônios utilizados por longos períodos, acima de 5 anos.

– **Baixo nível socioeconômico** – Este fator está ligado à falta de acesso aos exames preventivos, bem como à falta de assistência médica frente aos casos de infecções genitais.

– **Infecção por Chlamydia trachomatis** – doença sexualmente transmissível causada por uma bactéria e costuma não ocasionar sintomas na maioria das

mulheres infectadas. Quando está associada ao HPV, interfere na eliminação da infecção viral, ocasionando maior risco para câncer.

Sintomas:

O câncer invasivo de colo de útero tem duas vias principais de propagação; a extensão por continuidade (continuação pelas estruturas) e contiguidade (proximidade) aos tecidos vizinhos e a disseminação para os gânglios linfáticos. Em etapas iniciais, o câncer é microscópico e permanece localizado no colo uterino. Em sua evolução, caso não tratado, o tumor invade os tecidos vizinhos, especialmente, a parede vaginal e os ligamentos que suspendem e sustentam o útero, podendo chegar á parede pélvica e também ao restante do útero. Em casos avançados a neoplasia pode se estender á bexiga e reto (intestino baixo).

Assim, os sinais e sintomas do câncer de colo uterino irão depender da fase em que o tumor se encontra. As lesões pré-cancerosas (as NIC) e os tumores invasores do colo uterino nas fases iniciais geralmente não apresentam sintomas. Assim as mulheres não procuram o ginecologista e o tumor continua crescendo. Eventualmente, pode ocorrer corrimento e ou sangramento espontâneo ou após a relação sexual. No entanto, a maioria destas lesões serão descobertas apenas por meio do exame de Papanicolau (citologia cervical), que é realizado frequentemente por todas as mulheres.

Quando em fases mais avançadas o câncer do colo uterino apresentará alguns sinais e sintoma, em geral decorrentes do crescimento e espalhamento do tumor na pelve. Os principais sintomas de doença localmente avançada são os mesmos descritos acima para tumores iniciais, bem como a dor para ter atividade sexual. Em diversas ocasiões estes sintomas não são valorizados pela mulher. A paciente pode apresentar dor contínua na região pélvica, dores nas costas, formigamento e inchaço nas pernas, bem como trombose venosa das pernas (obstrução dos vasos sanguíneos). Mais tardiamente surgem também os sintomas urinários (urina com sangue, dificuldade para urinar, obstrução da bexiga) e do

intestino baixo (dificultada para evacuar, fezes com sangue, obstrução dos intestinos).

Quando examinamos as mulheres com este câncer em fases iniciais, após colocação do espécuro (bico de pato), muitas vezes não encontramos nenhuma alteração visível no colo do útero. Assim, o exame de Papanicolau forma-se muito importante nesta fase. Em casos avançados observa-se lesão tumoral ou área de destruição do colo do útero, com presença de sangramento quando é manipulado. O mesmo pode já ter se espalhado pela vagina. Nesta situação realiza-se a retirada de um fragmento (pequeno pedaço ou biópsia) do tumor para análise e confirmação exata do diagnóstico.

Uma vez que o estudo de fragmento (biópsia) confirme o diagnóstico de câncer invasor do colo do útero, a paciente é estadeada, isto é, ela é examinada completamente e também é submetida a diversos exames laboratoriais para se verificar o quanto o tumor se espalhou pelo corpo. Dentre estes exames ressaltamos: ultrassonografia transvaginal e de abdome total, cistoscopia (avaliação do interior da bexiga), retossigmoidoscopia (avaliação do interior do intestino baixo), urografia excretora (injeção de contraste pelos rins), tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e Raios-X tórax. Obtém-se ao final desta avaliação completa da mulher o chamado estadiamento do câncer, que é dividido em termos médicos em 4 graus (quadro1). O tipo de tratamento que cada mulher vai receber dependerá de seu estadiamento. Pode ser realizada cirurgia para casos mais iniciais e radioterapia e quimioterapia para os casos mais avançados.

QUADRO 1- ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE COLO UETRINO

Estádio I

Câncer localizado no colo do útero, independente de seu tamanho.

Estádio II

O câncer se espalha além do colo uterino, mas não chega até a parede óssea da pelve. O câncer envolve a vagina, mas não seu terço inferior (sua saída).

Estádio III

O câncer se espalha até a parede óssea da pelve e ou envolve o terço inferior de vagina.

Estádio IV

O câncer se estende para locais distantes (metástases) ou envolve a bexiga ou intestino baixo.

Detecção precoce:

Baseado nos estudos que mostra que todos os casos de câncer do colo uterino são causados pela infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV), a prevenção primária deste tumor deve-se relacionar à diminuição do risco de contágio por este vírus. Sabe-se que o uso de preservativos durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, o qual também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

Existem hoje dois tipos comerciais da vacina desenvolvida para a prevenção das infecções causadas pelos HPV. Uma delas é contra os tipos de HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 50% dos casos de lesões pré-cancerosas e 70% dos casos de câncer do colo uterino e a outra contra os tipos de HPV 16 e 18 e também contra os tipos de HPV 6 e 11, causadores de cerca de 90% das verrugas genitais. Ambas as vacinas são eficazes e sintetizadas em laboratório e não causam a doença. O primeiro tipo de vacina é chamado quadrivalente e o segundo tipo chamado bivalente. Neste ano de 2014 o Ministério da Saúde incluiu no programa nacional de vacinação (sistema público) a vacina quadrivalente, para meninas de 11

a 13 anos. Em 2015, para meninas de 9 a 11 anos e apenas em meninas de 9 anos a partir de 2016.

A prevenção secundária do câncer de colo do útero deve abranger a detecção precoce das lesões pré-cancerosas do colo uterino (as NIC), bem como das lesões invasivas em seus estádios iniciais, tendo como objetivo final a diminuição de casos e de morte por esta doença. Atualmente os programas de prevenção incluem repetição de exames de Papanicolaou em mulheres na população em geral, com seleção das mulheres com resultados alterados para melhor investigação com outros exames.

O exame de Papanicolaou é uma arma poderosa na descoberta das lesões cancerosas e pré-cancerosas do colo uterino e baseia-se na retirada de células do colo uterino. Realiza-se este exame por meio da colocação do espécuro (“bico de pato”) seguida de raspagem do colo uterino com uma espátula de madeira ou plástico e também com uma pequena escova. Estas células são espalhadas em uma lâmina de vidro sendo a mesma enviada para o laboratório. Segundo o Ministério da Saúde, o início da coleta deste exame deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.

Mulheres virgens não devem colher Papanicolaou, bem como aquelas que retiraram o útero e o colo do útero (histerectomia total) em casos de doenças benignas. A coleta deve ser realizada até os 64 anos e ser interrompida quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos seguidos nos últimos cinco anos. Em todas as mulheres devem-se realizar controles a cada três anos após dois exames negativos, com intervalo de um ano. Essas regras não se aplicam a mulheres com história anterior de tratamento por lesões pré-cancerosas e do câncer do colo uterino, bem como para aquelas com imunossupressão (diminuição da imunidade).

Quando o resultado do exame de Papanicolaou mostrar-se com células anormais (existem diferentes graus de alterações das células do colo do útero), há

maior chance de se transformarem em células cancerosas. O médico então deve realizar ou solicitar uma colposcopia, que é um exame que permite a visualização do colo uterino por meio de um instrumento chamado colposcopia, similar a um microscópio (binóculo), que aumenta a imagem. Ele então removerá pequenos pedaços de tecido (biopsia) quando este se mostrar com alterações e encaminhará ao laboratório para análise. Mediante o resultado desta biopsia, o médico definirá o grau da doença e o tratamento a ser realizado.

Exame de colposcopia: Nos últimos anos tem se realizado nas mulheres da população em geral, um exame que pesquisa o DNA do HPV dos tipos cancerígenos, que é coletado igual ao exame de Papanicolaou. Como todos os casos de câncer do colo uterino são causados pela presença destes vírus, este exame descobre mulheres que carregam o HPV, mesmo antes de manifestarem a doença, e que estão em maior risco para desenvolver o câncer. Atualmente este teste é indicado em mulheres acima de 30 anos, associado ao Papanicolaou; assim, a descoberta das lesões pré-cancerosas torna-se mais precoce. (MULHERCONSCIENTE)

Tratamento

O tratamento para cada caso deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos. (SILVA, 2017)

O estadiamento do câncer de colo do útero é o fator mais importante na escolha de tratamento. No entanto, outros fatores que podem influenciar nessa decisão incluem a localização exata do tumor, o tipo de doença (células escamosas ou adenocarcinoma), idade da paciente, condição física geral e se a paciente deseja filhos. (ONCOGUIA, 2016)

Câncer de mama

O que é:

Todo câncer se caracteriza por um crescimento rápido e desordenado de células, que adquirem a capacidade de se multiplicar. Essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos (câncer), que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. O câncer também é comumente chamado de neoplasia.

O câncer de mama, como o próprio nome diz, afeta as mamas, que são glândulas formadas por lobos, que se dividem em estruturas menores chamadas lóbulos e ductos mamários. É o tumor maligno mais comum em mulheres e o que mais leva as brasileiras à morte, segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca).

Segundo a Estimativa sobre Incidência de Câncer no Brasil, 2014-2015, produzida pelo Inca, o Brasil terá 576 mil novos casos de câncer por ano. Desses, 57.120 mil serão tumores de mama.

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, mas acima dessa idade sua incidência cresce rápida e progressivamente. É importante lembrar que nem todo tumor na mama é maligno e que ele pode ocorrer também em homens, mas em número muito menor. A maioria dos nódulos (ou caroços) detectados na mama é benigna, mas isso só pode ser confirmado por meio de exames médicos.

Quando diagnosticado e tratado ainda em fase inicial, isto é, quando o nódulo é menor que 1 centímetro, as chances de cura do câncer de mama chegam a até 95%. Tumores desse tamanho são pequenos demais para serem detectados por palpação, mas são visíveis na mamografia. Por isso é fundamental que toda mulher **faça uma mamografia por ano a partir dos 40 anos.** (MULHERCONSCIENTE)

Magnitude

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma, representando 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2016 foram estimados 57.960 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres.

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 13,03 óbitos/100.000 mulheres em 2014. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 14,21 e 14,60 óbitos/100.000 mulheres em 2014, respectivamente. (CÂNCER, 2017)

Fatores de riscos:

O câncer de mama – e o câncer de forma geral – não tem uma causa única. Seu desenvolvimento deve ser compreendido em função de uma série de fatores de risco, alguns deles modificavam outros não.

O histórico familiar é um importante fator de risco não modificável para o câncer de mama. Mulheres com parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) que tiveram a doença antes dos 50 anos podem ser mais vulneráveis.

Entre outros fatores de risco não modificáveis estão o aumento da idade, a menarca precoce (primeira menstruação antes dos 11 anos de idade), a menopausa

tardia (última menstruação após os 55 anos), nunca ter engravidado ou ter tido o primeiro filho depois dos 30 anos.

Já os fatores de risco modificáveis bem conhecidos até o momento estão relacionados ao estilo de vida, como o excesso de peso e a ingestão regular (mesmo que moderada) de álcool. Alterá-los, portanto, diminui o risco de desenvolver a doença. No entanto, a adoção de um estilo de vida saudável nunca deve excluir as consultas periódicas ao ginecologista, que incluem a mamografia anual a partir dos 40 anos. (MULHERCONSCIENTE)

Sintomas:

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de coraço. Nódulos que são indolores, duros e irregulares têm mais chances de ser malignos, mas há tumores que são macios e arredondados. Portanto, é importante ir ao médico. Outros sinais de câncer de mama incluem:

Inchaço em parte do seio, irritação da pele ou aparecimento de irregularidades, como covinhas ou franzidos, ou que fazem a pele assemelhar á casca de uma laranja; dor no mamilo ou inversão do mamilo (para dentro); ermelhidão ou descamação do mamilo ou pele da mama; saída de secreção (que não leite) pelo mamilo; coraço nas axilas. (MULHERCONSCIENTE)

Detecção precoce:

O câncer de mama é uma doença grave, mas que pode ser curada. Quanto mais cedo ele for detectado, mais fácil será curá-lo. Se no momento do diagnóstico o tumor tiver menos de 1 centímetro (estágio inicial), as chances de cura chegam a 95%. Quanto maior o tumor, menor a probabilidade de vencer a doença. A detecção precoce é, portanto, uma estratégia fundamental na luta contra o câncer de mama.

A detecção precoce é a melhor estratégia, a principal arma para sair vitoriosa dessa luta é a mamografia, realizada uma vez por ano em toda mulher com 40 anos

ou mais. É a partir dessa idade que o risco da doença começa a aumentar significativamente. A mamografia é o único exame diagnóstico capaz de detectar o câncer de mama quando ele ainda tem menos de 1 centímetro.

. Autoexame: Durante muito tempo, as campanhas de conscientização para o câncer de mama divulgaram a ideia de que o autoexame das mamas, baseado na palpação, era a melhor forma para detectá-lo precocemente. Mas o tempo passou, a medicina evoluiu e as recomendações mudaram.

O autoexame continua sendo importante – mas de forma secundária. Quando o tumor atinge o tamanho suficiente para ser palpado, já não está mais no estágio inicial, e as chances de cura não são máximas.

Infelizmente, ainda há muita desinformação no Brasil. Uma pesquisa realizada em 2008 pelo Datafolha a pedido da Femama revelou que para 82% das mulheres o autoexame é a principal forma de diagnóstico precoce. Apenas 35% apontaram a mamografia.

A incidência do câncer de mama vem crescendo no mundo todo, mas, quando se trata do número de mortes causadas pela doença, as tendências variam. Em países desenvolvidos, a mortalidade vem caindo lentamente, ao passo que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, registra-se um gradativo aumento.

Pelo menos parte dessa diferença se deve ao diagnóstico precoce, ainda precário no nosso país. Entre 1999 e 2003, quase metade dos casos de câncer de mama foram diagnosticados em estágios avançados, segundo estudo do Instituto Nacional de Câncer (Inca). Especialistas estimam que mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 50 e 69 anos poderia ser reduzida em um terço se todas as brasileiras fossem submetidas à mamografia uma vez por ano.
(MULHERCONSCIENTE)

TRATAMENTO

Importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento), assim como das características do tumor. Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases (doença à distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida.

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em:

- Tratamento local: cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária)
- Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica.

Estádios I e II

A conduta habitual consiste de cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor; ou mastectomia, com retirada da mama e reconstrução mamária. A avaliação dos linfonodos axilares tem função predominantemente prognóstica.

Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia.

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características tumorais que ditarão a terapia mais apropriada. Esta última baseia-se principalmente na mensuração dos

receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona) - quando a hormonioterapia pode ser indicada; e também de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2) [5] - com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2.

Estádio III

Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial [6]. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia).

Estádio IV

Nesse estágio, é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento [7]. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas.

Atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico.

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer determinar sua extensão (estadiamento), tratar (cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos), acompanhar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

A habilitação das Unacon e Cacon é periodicamente atualizada de acordo com a necessidade e indicação dos estados, baseadas em padrões e parâmetros publicados na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.

Cabe às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para Unacon ou Cacon. (CÂNCER, 2016)

6 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma proposta de intervenção educativa direcionada aos pacientes da área de saúde Muruci, do município Portel, estado Pará, para promover saúde e reduzir o câncer uterino e de mama. Para a realização da intervenção aqui proposta, foi realizado embasamento teórico buscando-se livros, artigos científicos e monografias relevantes ao tema, analisando sempre o conteúdo interno do material encontrado para decidir sua relevância ao presente trabalho.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período aproximado de três meses na Unidade de Saúde Muruci, no Município de Portel. Com a participação na intervenção 530 mulher de 25 até 64 anos de idade e 160 mulheres de 50 até 69 anos de idade. O cadastramento será realizado pelas ACS e pelas enfermeiras. Em cada atendimento das mulheres será realizado o preenchimento das fichas espelho e dos prontuários de atendimento. As ACS estarão na comunidade também cadastrando mulheres que ainda não sejam acompanhadas pela UBS. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde: Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Mês Jan. 2017	Mês Fev. 2017	Mês Mar. 2017	Mês Abr. 2017	Mês Maio 2017	Mês Jun. 2017	Mês Jul. 2017
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X
Identificação da população	X	X					
Elaboração do projeto	X	X	X	X			
Aprovação do projeto					X		
Entrega do trabalho						X	
Sociabilização do trabalho							X

8 RECURSOS NECESARIOS

Recursos Humanos: Equipe de saúde da família composta por 5 agentes comunitários de Saúde, 4 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeira, 1 médicos.

Recursos materiais:

- ✓ Sala para realização de grupos.
- ✓ Requisição para exames laboratoriais.
- ✓ Caneta e folhas.
- ✓ Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- ✓ Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- ✓ Transporte para as atividades educativas na comunidade.
- ✓ Computador.
- ✓ Impressora.

9 IMPACTOS ESPERADOS

✓ Ampliar a cobertura de atenção de saúde para a detecção precoce do câncer uterino e de mama das mulheres na faixa etária entre 25-64 anos e 50-69 anos na área da unidade de saúde para 100%.

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

✓ Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

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

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

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

✓ Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

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

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

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

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

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

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção com apoio da secretaria de saúde, os integrantes da ESF Muruci, para fazer o trabalho de promoção, informação e esclarecimento às mulheres da comunidade de que é preciso mudar os maus hábitos de higiene e estilo de vida, elevar o nível cultural para evitar o câncer uterino e de mama, é muito importante para lograr a redução da incidência e prevalência destas doenças.

O câncer uterino e de mama são uma questão de saúde bastante presente em países em desenvolvimento, como Brasil, e principalmente na região norte do Brasil. Seja pela ausência ou precariedade do controle e seguimento de estas doenças, ou por questões que envolvam os cuidados com falta de interesse individual ou de instalações ou recursos necessários para um controle e seguimento adequado. É importante destacar o fato de que o número de casos dessas doenças é sempre bem maior nas áreas de baixas condições sócio- econômico e baixo nível cultural.

No presente trabalho, abordamos algumas medidas preventivas e educativas como, por exemplo: Realizar o autoexame de mama de forma periódica, assim como a realização de ultrassom ou mamografia, a realização da citologia na idade correspondente, realizar tratamentos adequados das doenças de transmissão sexual, entre outras atividades anteriormente descritas.

Espera-se que, com o desenvolvimento do plano de ação proposto pudermos observar uma melhor qualidade e controle destas doenças na comunidade Muruci, Portel, estado de Pará.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MULHERCONSCIENTE. Mulher Consciente. **Câncer Colo de Útero e Mama**. Disponível em: <<http://www.mulherconsciente.com.br/>>. Acesso em: Julho 2017.

SILVA, I. N. D. C. INCA. **INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>. Acesso em: Julho 2017.

ONCOGUIA, I. Oncoguia. **Instituto Oncoguia**, 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/opcoes-de-tratamento-para-cancer-de-colo-do-uterio-por-estagio/6723/285/>>. Acesso em: junho 2017.

CÂNCER, I. N. D. INCA. **INCA José Alencar Gomes da Silva**, 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: Junho 2017.

CÂNCER, I. N. D. INCA. **INCA José Alencar Gomes da Silva**, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: Junho 2017.