

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA**

**XIOMARA VIDAL OLIVÉ**

**COMO EDUCAR AS MULHERES SOBRE OS FATORES DE RISCO DO CÂNCER DO  
COLO DE ÚTERO**

**Nova Timboteua**

**2018**

**XIOMARA VIDAL OLIVÉ**

**COMO EDUCAR AS MULHERES SOBRE OS FATORES DE RISCO DO CÂNCER DO  
COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Tutor: Prof. João Batista Cavalcante Filho

**Nova Timboteua**

**2018**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO .....	5
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	
4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO .....	18
4.1 ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR .....	19
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	21
REFERÊNCIAS .....	23
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	24

## **INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO**

Meu nome é Xiomara Vidal Olivé, de nacionalidade cubana. Graduada em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas Carlos J Finlay, Província de Camaguey, Cuba, ano 2009. Atuei na área da Atenção Básica desde a graduação. Trabalhei na Policlínica de Jimaguayú Município Jimaguayú, Camaguey. Sou especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 2014. Atuei na Venezuela no programa, “Bairro Adentro”.

Atualmente estou no Brasil no Programa Mais Médico desde julho de 2016. Atuo no Município de Nova Timboteua, localizado na Zona Bragantina, no Nordeste Paraense. Fundada em 1885 e emancipado a município em 30/12/ 1943, onde limita-se com os municípios: Santarém Novo (a norte), Igarapé-Açu (a oeste), Santa Maria do Pará e Bonito (a sul) e Peixe-Boi (a leste).

A economia do município tem como base à agricultura familiar com o plantio da mandioca, feijão, milho e etc. Intermediando estas culturas é bastante acentuado hoje o beneficiamento da mandioca para extração da goma, que impulsiona a economia de muitas famílias.

No aspecto demográfico tem população estimada de 14.305 habitantes, deles 7.061 são do sexo masculino e 7.244 do sexo feminino, sendo predomínio deste. Neste período de atuação, detectei que existe um alto percentual de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, mas a que prevalece é a doença de Hipertensão Arterial Sistêmica com 60% da população.

A grande ocorrência desta doença no Brasil motivou-me à realização deste trabalho, onde proponho atuar sobre os fatores de risco, aumentando conhecimento da mulher sobre a prevenção da doença e diminuindo a incidência do câncer de colo de útero.

## 2- ESTUDO CLÍNICO

O câncer é uma das principais causas de mortes na população feminina. A OMS ressalta que para um efeito controle do câncer de colo de útero são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico tratamento até os cuidados paliativos.

É de suma importância as ações para a detecções precoce do câncer de colo do útero, uma vez que o tratamento é mais efetivo em estado inicial da doença antes do aparecimento dos sintomas de cânceres. As ações de prevenção visam reduzir a ocorrência (incidência mortalidade) do câncer do colo de útero.

Ha limitações práticas para implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer, por isso, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno. De acordo com o Ministério da Saúde é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais da saúde a realização de ações que visem o controle do câncer do colo do útero.

Este projeto busca fundamentalmente atrair as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos para realização do preventivo com objetivo de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e outras enfermidades, uma vez que as mulheres destas comunidades são resistentes à realização do exame. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações para busca e captação de tais.

Essa resistência das mulheres se deve por falta de informação e educação em saúde, visto que muitas desconhecem as necessidades de realizar o exame anualmente, outras possuem medo e vergonha e outras até sabem da necessidade, mas acabam relegando a segundo plano. Além disso, a população local nega-se a ser examinada pela profissional de enfermagem, pois segundo informações colhidas, profissionais da área médica que atenderam no município afirmaram que o preventivo só poderia ser executado por ginecologista. O que não é verdade. A educação em saúde é imperativa para solucionar este problema.

Todos os profissionais da equipe devem estar envolvidos nessa mobilização junto aos profissionais de saúde e da população para que o percentual de mulheres que realizem o preventivo atinja no mínimo 50% do total de mulheres. Tenho convicção que este tema tem me ajudado muito em conhecer melhor a realidade em que atuo profissionalmente.

As consultas e/ou atendimentos são feitos por meio de consultas agendadas e de acordo aos programas como hiperdia, pré-natal, puericultura, Saúde da mulher, idosos, DCNT, DST, visita domiciliar e demanda espontânea. As principais consultas são HTA e DM TIPO II Descompensada e suas complicações, dislipidemias, quadros diarreicos agudos. Essas

prioridades deveriam ter saneamento básico ambiental, mas apresentam falta de esgotos, falta de estrutura e acompanhamento sanitário, falta de água potável, maus hábitos dietéticos e de higienização, alimentação não saudável, falta de prática de atividades físicas assim como a falta de controle de fatores de risco. Temos apoio da escola próxima a nossa unidade, bem como da Secretaria de Saúde.

Dos tumores malignos sediados nos órgãos genitais femininos, sem dúvida o câncer de colo de útero é o que mais se distingue pela maior frequência. Por isso, o estudo epidemiológico desta patologia é de suma importância para a prática médica, e sua finalidade baseia-se na identificação dos fatores que mais se relacionam ao controle da carcinogênese, podendo assim, se estabelecer, grupo de risco que podem viabilizar o processo de detecção ou mesmo a prevenção primária.

O câncer de colo uterino é uma doença cuja evolução é lenta, apresentando fases pré-invasivas, e, portanto, benignas. Na fase pré-clínica não se evidenciam sintomas, de forma que a detecção de possíveis lesões precursoras se faz pela realização periódica do exame citológico. Por outro lado, conforme a doença progride, surgem sintomas como sangramento, menorragias e metrorragias.

Desta forma, o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte, maligna é de aproximadamente 20 anos. Este período relativamente longo permite ações preventivas eficientes e alterar o quadro evolutivo da doença. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos.

Vários são os fatores de risco para o câncer de colo de útero e os principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, imunossupressão, desnutrição, uso de contraceptivos hormonais, infecção por *Chlamydia trachomatis* e pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

O câncer de colo de útero representa um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido às altas taxas de sua incidência e da mortalidade dele decorrente, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo.

No Brasil, é ainda o segundo tipo mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer no sexo feminino; apesar de ser um dos primeiros países onde foi implantado o teste Papanicolau, a doença continua a ser um grave problema de saúde pública. Isto porque somente 30% das mulheres brasileiras submetem-se ao exame cito patológico

pelo menos três vezes na vida, o que resulta em diagnósticos já em fase avançada em 70% dos casos. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados.

Nesse contexto, os profissionais devem realizar ações de controle do câncer de colo do útero priorizando aquelas de critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade, como ações de controle, promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Devem também alimentar e analisar os sistemas de informação da atenção básica (SIAB) e o sistema de informação de controle do câncer do colo do útero (SISCOLO), conhecer os hábitos de vida, os aspectos culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher e ao controle do câncer de colo de útero.

A prevenção também é feita com o teste Papanicolau ou exame preventivo, disponibilizado nos postos ou unidades de saúde. É um exame fácil, rápido, prático, barato, de fácil execução e aceitação pela população feminina e além de seguro quando realizado por profissionais de saúde treinados e capacitados para tal.

A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame cito patológico (Papanicolau), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, favorecendo assim um tratamento precoce, alcançando a cura em um tempo menor e com menores consequências.

A atenção básica de saúde, local de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de acesso, garantido a qualquer mulher, para a prevenção do Câncer, constitui ambiente propício para investigar os problemas de saúde que prejudicam a qualidade de vida da mulher, como é o caso do câncer de colo uterino.

Conhecer características dessa população contribuirá na identificação de fatores de risco desta doença, e possibilitará discussões com profissionais da atenção básica com base na promoção da saúde. Quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas em especial das mulheres com idades entre 25 e 59 anos, consideradas de maior risco.

O câncer de colo uterino tem cura, desde que seja descoberto no início e tratado. Pequenas atitudes e algumas orientações podem transformar a saúde feminina no aspecto global, contribuindo para uma vida plena, saudável e com qualidade.

CASO CLÍNICO ESF “Raimundo Gomes de Azevedo”, Marechal Thaumaturgo.

*IDENTIFICAÇÃO:*

Nome: F.M.S.M

Idade: 48 anos.

Sexo: Masculino.

Raça: Mestiça.

Profissão: Pescador.

Estado Civil: União estável.

Religião: Evangélico.

Residência: Comunidade Borges. Marechal Thaumaturgo.

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:** Paciente com queixa de tontura, cefaleia e dor no peito ocasional, relata que em ocasiões constata-se pressão arterial alta “emotiva”.

Foi agendada consulta por suspeita de Hipertensão Arterial.

**ANTECEDENTES PESSOAIS:** Uso de álcool nos fins de semana, joga futebol uma vez por semana, bebe bastante café e já teve colesterol alto.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Pai hipertenso, Mãe obesa com hiperlipemia.

1ª Consulta Médica: Refere que em várias ocasiões apresentou cefaleia, tonturas, dor no peito e falta de ar. Teve cifras de colesterol alto e não fez tratamento. Alimenta-se inadequadamente, gosta de churrasco gorduroso e frituras, bebe bastante café.

Triagem: Peso: 70 kg.

Altura: 1,65cm.

PA: 150/90 mmhg.

IMC: 26 (Sobrepeso)



Exame físico: Bom estado geral.

Mucosas: Normocoradas e úmidas.

Respiratório: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios. Fr: 20

Cardiovascular: bulhas normofonéticas, rítmicas e em dois tempos, sem sopros ou outras alterações.

Fc: 68 bpm.

Abdômen: globoso, indolor a palpação, ausência de massas e visceromegalias. Ruídos hidroaéreos normais presentes.

Pulsos presentes e simétricos. Ausência de edemas.

Diagnóstico: Hipertensão Arterial em estudo.

Conduta: 1-Orientações sanitárias (dieta e exercícios aeróbicos).

2- Monitorar pressão arterial e pulso durante 7 dias e anotar.

3-Solicito exames laboratoriais: Glicemia de jejum, Colesterol Total, Triglicérides, Creatinina, Sumário da Urina, Eletrocardiograma de Repouso.

4-Voltar à consulta com monitorio de PA e resultados de exames.

2ª Consulta:

O paciente retorna á consulta com monitorio de PA: constata-se cifras superiores a 140/90 mmhg, sem superar 160/100 mmhg em mais de 3 medidas.

Resultados de exames:

1- Glicemia de jejum: 100 mg/dl.

2- Colesterol Total: 230 mg/dl.

3- Triglicérides: 140 mg/dl.

4- Creatinina: 0,8 mg/dl.

5- Hemograma: Hematócrito: 35,0%.Hemoglobina:15,0 mg/dl.

6- Sumário da Urina: Sem alterações.

7- Electrocardiograma de Repouso: Dentro dos limites da normalidade.

Segundo o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Ver Bras Hipertens. 2010 e V Diretrizes de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. Edição Setembro de 2013; tendo em conta a Classificação da PA ( adultos >18 anos de idade) podemos chegar ao seguinte diagnóstico.

Diagnóstico: HAS estágio 1 associada com Dislipidemia.

Consulta:

- 1- Reforço à orientação com respeito às mudanças de Estilos de Vida para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de sal, gordura saturada, cafeína, refrigerantes, frituras, farinhas, aumentar o consumo de frutas e verduras.)
- 2- Oriento sobre atividade física regular e estabelecer metas de controle de peso.
- 3- Sinvastatina (20mg) 1 comprimido às 21 hs por 3 meses.
- 4- Acido acetilsalicílico (AAS-100mg) 1 comprimido à noite diário.
- 5- Retorno em 15 dias.

3ª Consulta:

Assintomático.

Triagem: Peso: 69 kg.

PA: 130/80 mmhg.

IMC: 25 (Sobrepeso)

Conduta: Manter estratégia de tratamento anterior.

Agendamento de visita domiciliar.

4ª Consulta:

Triagem: Peso: 69,5 kg.

PA: 140/90 mmhg.

IMC: 26(Sobrepeso)

Refere tontura ocasional, toma remédios de forma regular e faz exercícios 3vezes por semana.

Conduta: 2- Manter o tratamento, educação em saúde pelo equipe.

3- Agendo consulta em 3 semanas.

Realiza se Visita Domiciliar para montagem do Genograma Familiar. (vide em Outros Anexos).

Retorno a consulta Médica.

Triagem: Peso: 65 kg.

PA: 120/80 mmhg.

IMC: 24 (saudável)

Refere sentir-se bem, faz dieta e exercícios 3 vezes por semana e toma os remédios de forma regular.

Conduta: 1- Manutenção das medidas higienodietéticas.

2- Controle de peso.

3- Manter igual tratamento.

4- Indico exames: Colesterol Total, Triglicérides, Glicemia de jejum e sumário da urina em dois meses.

5- Retorno a consulta com resultados de exames.

Consulta:

Sem queixas.

Triagem: Peso: 65 Kg.

PA: 110/80 mmhg.

IMC: 24 (normal)

Resultados de exames: 1- glicemia de jejum: 92 mg/dl.

2- Colesterol Total: 180 mg/dl.

3- Triglicérides: 70 mg/dl.

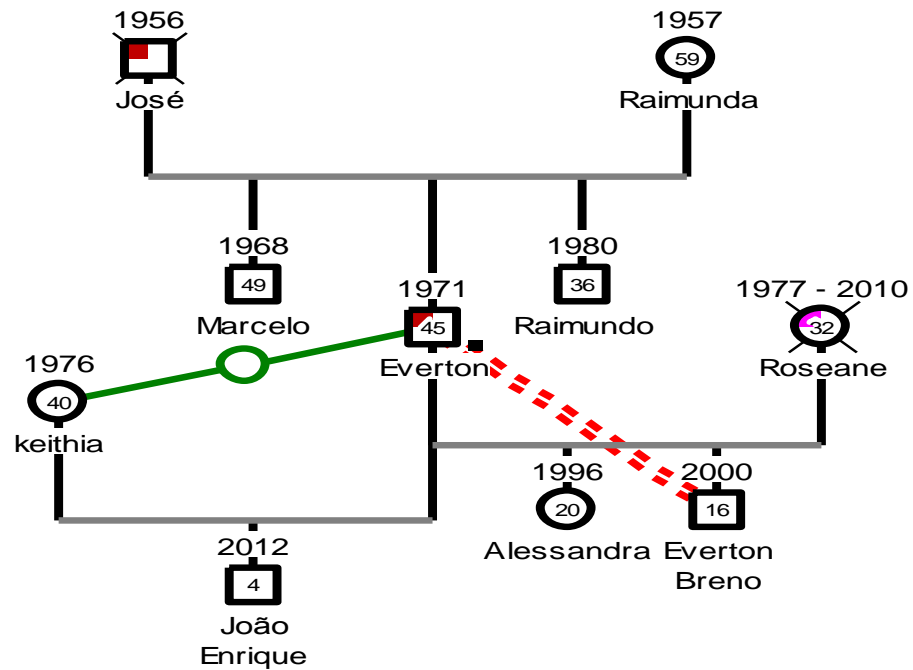
4- Sumário da urina: Sem alterações.

Conduta: 1 - Manutenção das medidas.

2 - Interromper uso de sinvastatina.

3 - Agendo consulta de três em três meses.

## GENOGRAMA



### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Em nossa ESF temos conhecimento de alguns casos de dependência química mais os mesmos não solicitarem, atendimento no posto de saúde. O tratamento voluntário ou internação voluntária é indicado para pacientes que sentem a necessidade do tratamento para a dependência química, e concorde em receber ajuda de uma clínica especializada no tratamento.

Não nos interessa, portanto, saber quais os sinais para identificar quem é usuário. Devemos nos interessar em saber o que o uso de drogas (lícita e/ou ilícita) está sinalizando. Pode, por exemplo, ser uma das respostas (às vezes a única) para problemas individuais, familiares e/ou sociais ou, ainda, uma experiência que faça parte das descobertas e do crescimento do ser humano. Assim, um uso constante de qualquer substância não deve ser ignorado nem banalizado, tal como habitualmente fazemos quando se trata das drogas lícitas. De outro lado, uma experiência com droga ilícita não deve ser tratada com pânico nem desespero.

Investir no diálogo, em relações de respeito e confiança não evitará que as pessoas usem drogas (lícitas e/ou ilícitas). Porém, teremos a garantia mínima de um espaço aberto para a comunicação, o qual será útil para o encaminhamento mais adequado da questão. Afinal, quem usa drogas são os **seres humanos**. Portanto, como tais, devem ser respeitados em sua subjetividade e individualidade. Invés de nos preocuparmos em identificar um usuário, seria muito mais adequado procurarmos olhar para o ser humano.

A avaliação do paciente pode envolver diversos profissionais da saúde, como médicos clínicos e psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais e enfermeiros. Quando diagnosticada, a dependência química deve contar com acompanhamento a médio-longo prazo para assegurar o sucesso do tratamento, que varia de acordo com a progressão e gravidade da doença.

Em relação à prevenção de novas recaídas, sugere-se que o paciente mantenha sempre o acompanhamento com profissionais especializados e que sempre avaliem a proposta terapêutica, verificando a necessidade de ajustes. Ainda, participar de sessões de psicoterapia (principalmente com abordagens comportamentais) podem oferecer estratégias para que o indivíduo consiga lidar com situações de alto risco ou forte desejo de consumir a substância, além de maneiras de evitar e prevenir recaídas.

Uma primeira análise das ações que vêm sendo tomadas para compreender e solucionar o problema mostra duas grandes fases: até o advento da Aids, quando o Brasil se

caracterizava pela ausência quase total de pesquisas e pela inadequação de programas de prevenção ao consumo de drogas.

Embora o consumo de drogas ilícitas no Brasil fosse considerado baixo em relação a outros países, continuava-se a tomar como parâmetro os números, tipos e as realidades de consumo de drogas totalmente diferentes dos nossos (Bucher, 1992; Carlini-Cotrim, 1992). Não havia programas solidamente instituídos, mas ações esparsas e descontínuas de prevenção, que refletiam o descaso do Estado e os equívocos e o desânimo das instituições públicas para tratar do tema (Bucher, 1992; Carlini-Cotrim, 1992; Soares, 1997; Noto & Galduróz, 1999).

Numa segunda fase, quando as preocupações com a disseminação da Aids aumentaram no Brasil, procurou-se incluir nos programas de prevenção à Aids a atenção a usuários de drogas, principalmente injetáveis. Assim, no período de 1994 a 1998 começou a ser implantado no país o programa Aids- 1, de responsabilidade da Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/Aids) do Ministério da Saúde, com ações que visavam conter a crescente epidemia de transmissão do HIV, utilizando-se basicamente de ações educativas, componentes de três linhas de atividades: formação de professores à distância (Projeto “Prevenir é sempre melhor”), formação de adolescentes multiplicadores e formação presencial de professores e alunos em dez capitais brasileiras, com o “Projeto Escolas” (Rua & Abramovay; 2001).

A partir de 1999 até 2002 teve início a fase 2 do programa ministerial para Aids (Aids-2) na esfera estadual, abrangendo projetos de prevenção já existentes. Por outro lado, nessa segunda fase, sofreu-se influência da Europa que já equacionava os objetivos da prevenção ao consumo de drogas em geral, desde 1972, enfatizando o papel da educação. Desse modo, no ano de 1993, a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura) passou a investir em projetos que visavam a “educação preventiva contra o abuso de drogas”.

O principal exemplo é o PEDDRO - Projeto Prevenção, Educação e Drogas, em parceria com a Comissão Européia, que enfoca a informação, formação de pessoal e o intercâmbio de conhecimentos, considerando a escola, a família e a comunidade os lugares privilegiados para uma ação preventiva (Castro & Abramovay; 2002).

Para complementar, com a intensificação do processo de globalização econômica e de incorporação dos preceitos neoliberais na América Latina e particularmente no Brasil, vem ficando cada vez mais evidente a face violentado narcotráfico e seus vários braços, como o tráfico de armas e a formação de quadrilhas. O Estado não imprime esforços no sentido de

adequar a distribuição de renda e garantir os direitos sociais, aumentando, assim, a parcela de marginalizados.

As consequências são sempre mais perversas nos bairros pobres, que constituem os setores privilegiados de recrutamento de narcotraficantes e de consumidores (Kaplan, 1997). Estudos (Zaluar, 1994; 1996) chamam a atenção para o fato de que os jovens de periferia contraem dívidas, envolvem-se em grupos de distribuição de drogas e outras formas de criminalidade e violência. Para agravar, argumentam, é justamente nesses espaços que a corrupção policial é maior e a polícia detém, na prática, o poder de determinar a diferença entre o traficante e o consumidor de drogas.

Pesquisa avaliativa de âmbito nacional, das ações vinculadas ao binômio prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas em ambiente escolar, enfoca indicadores relacionados ao consumo de drogas injetáveis; mostra o predomínio de palestras e a focalização em disciplinas específicas entre as atividades de prevenção; e aponta a ausência de gestão e de institucionalização das ações, demonstrando a persistência de padrões inconsistentes nos programas e recomendando, no caso específico da prevenção ao uso indevido de drogas, reforços no esclarecimento dos jovens quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas (Rua & Abramovay; 2001).

Segundo estimativa da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), 19 bilhões de pessoas são dependentes de álcool no Brasil. A verba para o tratamento psicossocial de dependentes químicos passou de R\$ 619 milhões em 2002 para R\$ 2,1 bilhões em 2012. Em 2011, o SUS gastou 1,8 bilhão com a Rede de Atenção Psicossocial, responsável pelas ações voltadas para usuários de drogas e álcool no país. Esse montante representa 2,5% do orçamento do governo federal para a área da saúde.

Do total destinado à Rede de Atenção Psicossocial, 34% foram usados em internações e atendimentos hospitalares, 490 milhões foram destinados ao pagamento de 2,5 mil leitos exclusivos para o tratamento de dependentes químicos (ABEAD, 2012). No âmbito nacional, existem dois planos recentes na área de álcool e outras drogas. O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD, 2009) e o Plano Crack (2010).

Esses planos direcionam, sistematizam o atendimento e a reinserção social para essa população, assim como a capacitação dos profissionais que atuam nesta área. Estes planos foram instituídos para fazer frente ao aumento do consumo de crack no país e de grande fragilidade estrutural, em razão da carência de ações comunitárias aos usuários. Entretanto, em relação às drogas e a Atenção Básica, Andrade (2011) aponta algumas questões que

dificultam a abordagem aos usuários, quais sejam: a reduzida inserção territorial dos CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), ficando o atendimento reduzido ao próprio serviço; a subutilização dos CAPS-ad em razão da população alvo não identificar este como um serviço de referência; o envolvimento com práticas socialmente discriminadas e/ou ilegais, que não favorecem o encontro entre estes usuários e os serviços de saúde.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e Drogas para fazer frente ao desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, segundo a Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para que esses novos objetivos fossem atingidos, fez-se necessária a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial localizada no território e articulada ativamente com outros serviços sociais.

Neste contexto foram criados centros especializados em saúde, tais como Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-ad), ampliando não só os processos de promoção e prevenção à saúde através da atuação no tratamento de usuários, como também na criação de estratégias para a redução de danos (Pinho & Almeida, 2008).

Em relação à saúde mental e a ESF, a importância desta última seria de atuar como um importante articulador da rede de saúde mental, objetivando superar o modelo vigente até então, ou seja, o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado não apenas no usuário de álcool e outras drogas, mas também na família, que integra este contexto (Silveira & Vieira, 2009). Além disso, cabe a estes profissionais trabalhar com os conceitos de cuidados à saúde, desenvolvendo estratégias e atividades de promoção e prevenção em saúde mental, enfatizando os riscos e as consequências que o envolvimento com álcool e outras drogas pode acarretar.

A construção de programas de prevenção e promoção pelos profissionais da ESF deve basear-se no conhecimento da população da respectiva UBS. Dentre as informações importantes, destacam-se as taxas dos transtornos mentais na população, a prevalência de usuários de álcool e drogas e os tipos de drogas mais consumidas. Além destes dados, faz-se necessário buscar informações sobre quem é este usuário, seu nível de instrução, a condição de moradia, o contexto familiar e os fatores de risco a que está exposto.

O conhecimento desse contexto é particularmente relevante quando se trata de uma faixa etária que se encontra na transição entre a infância e a adolescência, em que a busca por novas experiências e a curiosidade de experimentação encontra-se em ascensão. Estas informações resultarão no planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade (Tanaka & Ribeiro, 2009).



#### **4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A proposta de Atenção Domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

São beneficiados especialmente os pacientes com dificuldade em acessar aos serviços de saúde, que seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados ou pelo seu estado de saúde que muitas vezes os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar. Na Atenção Básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde.

Atenção Básica se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e orienta-se pelos princípios acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Dentro desse enfoque, é responsabilidade das Equipes de Atenção Básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde.

Desta forma, a Atenção Domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho.

A Portaria GM/MS 2.527 de 27 de outubro de 2011 classifica as modalidades de Atenção Domiciliar (AD) Na Atenção Domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

A atenção domiciliar no plano da atenção básica faz parte do processo de trabalho das equipes e prima pela interdisciplinaridade. Cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe considerando as especificidades técnicas, socioculturais e ações entre equipe, família e comunidade.

#### 4.1 ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Na ESF Vila da Curva a visita domiciliar era feita conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (ACSs e enfermeira), principalmente aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde; as visitas em casos de doenças agudas eram frequentes. Essa prática tem mudado no último período, com o fim de abarcar o total de pacientes sem deixar de direcionar até os mais vulneráveis, ainda sem ser solicitado o atendimento.

O cadastro das famílias pelos ACS permitiu um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua, para melhorar o planejamento das visitas, ainda assim não temos conseguido manter um esquema sistemático de atenção domiciliar, para todos os pacientes, segundo preconiza o ministério de saúde. O tempo disponível para as visitas é insuficiente para atender todas as necessidades da população.

Em nossa estratégia de saúde a programação do atendimento domiciliar é realizada na terça-feira, o horário previsto é o período da manhã, a equipe se reúne e saímos de pé, caminhando até o domicílio, para visitar os pacientes planejados para o dia, as visitas são realizadas juntamente com o ACS e às vezes a enfermeira participa, ela tem seu próprio esquema de visitas. Tem semanas que não é possível fazer o planejado pela chuva forte, obstáculo frequente na metade do ano, pela falta de transporte para a realização das (a Secretaria de Saúde não disponibiliza médico) Outras vezes, a visita não é avisada e os pacientes não encontram se em casa.

Em alguns casos este atendimento pode ser feito em outro dia da semana de acordo com a necessidade, fora do horário de trabalho, para não afetar a consulta médica na UBS. Não tem sido possível realizar visitas em outras localidades distantes da unidade de saúde, pois o deslocamento deve ser pelo rio.

O critério para visita domiciliar são usuários crônicos, portadores de sequelas de AVC, que apresentam dificuldades de se deslocar até a unidade, casos de doenças agudas, puérperas, gestantes, vigilância epidemiológica, crianças (principalmente com atraso de crescimento e desenvolvimento, recém-nascidos), doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

É fundamental a presença dos cuidadores durante as visitas em domicílio, a fim de informar a situação real do estado de saúde do paciente, receber as orientações adequadas e avaliar o cuidado que está sendo realizado por este membro familiar.

Contamos com o apoio do NASF, com avaliação especializada de profissionais como

o fisioterapeuta, assistente social e psicólogo, eles além de seu planejamento próprio, atendem as solicitações da equipe e fazem as visitas domiciliares pertinentes, embora sejam ainda insuficientes e instáveis.

Durante as visitas se realizam as orientações sanitárias dependendo do caso, a prescrição dos medicamentos pertinentes e esclarecimentos de dúvidas. A aferição da pressão arterial é o procedimento mais realizado nas visitas, permitindo o cadastro de novos casos de hipertensos e o acompanhamento dos conhecidos, pois muitas vezes estão descontrolados.

Quando há necessidade de exames laboratoriais em pacientes acamados, se solicita e o ACS pede ao técnico do laboratório que agende a coleta na residência do usuário. Essa coleta às vezes é comprometida porque o técnico que a realiza também depende da ajuda de custo para deslocamento ao domicílio e nem sempre recebe esta contrapartida da gestão.

Esta atividade tem relação com o tema de Câncer de Colo de Porque a atenção básica de saúde é o local de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de acesso, garantido a qualquer mulher, para a prevenção do Câncer, constitui ambiente propício para investigar os problemas de saúde que prejudicam a qualidade de vida da mulher, como é o caso do câncer de colo uterino.

Conhecer características dessa população contribuirá na identificação de fatores de risco desta doença, e possibilitará discussões com profissionais da atenção básica com base na promoção da saúde. Quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas em especial das mulheres com idades entre 25 e 59 anos, consideradas de maior risco.

A grande ocorrência desta doença no Brasil motivou-me à realização deste trabalho, onde proponho atuar sobre os fatores de risco, aumentando conhecimento da mulher sobre a prevenção da doença e diminuindo a incidência do câncer de colo de útero.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Minha chegada ao Brasil foi em julho de 2016, começando meu trabalho em agosto deste mesmo ano. Tinha outros conceitos de trabalhos, pois sou cubana, mas a vontade de ajudar a pessoas necessitadas prevalecia em primeiro lugar. Apesar de que já estive em Venezuela minha experiência aqui neste lugar é inigualável.

Já trazia comigo a consciência e a humanidade característica de nós os cubanos e a cada dia que fui conhecendo minha população foi aumentando. População com condições de vida mínimas; com culturas diferentes, com sustento de mandioca, açaí, pesca. Com nível educacional mínimo e com necessidades de uma saúde de qualidade e sobre tudo precisando de Promoção e Prevenção da saúde.

A princípio foi um pouco difícil para mim sobre tudo quando precisava fazer prescrição médica, mas com o tempo fui ganhando a confiança e o respeito de todos.

Através do curso de especialização pude expandir minha aprendizagem, tive a oportunidade de conhecer melhor o campo de atuação do SUS no Brasil. Consegui adquirir conhecimentos relevantes para minha formação e desempenho como médica no trabalho no dia a dia, podendo realizar mudanças na prática profissional principalmente com a aplicação da saúde baseada em evidências e com o estudo dos casos complexos, casos que achei interessantes porque mostram como atuar diante dos diferentes problemas de saúde individual e coletivos na comunidade.

Permitiram-me compartilhar vivências, ideais, conhecimentos com outros participantes mediante o fórum de discussões podendo valorizar a experiência de cada um. Ademais de ampliar e adquirir conhecimentos com este curso de especialização aprende a desenvolver habilidades, competências, e atitudes relativas ao estudo.

Considero que tem sido um grande aprendizado Profissional com uma experiência bastante enriquecedora, que com certeza permitiu a consolidação dos meus conhecimentos contribuindo para que eu tenha um maior desempenho na área que escolhi pra minha vida.

A princípio senti muita pressão, ficar tantas horas no computador e ter um tempo limitado para o envio das tarefas, assim como os problemas com a internet me provocaram estresse, sobretudo quando não conseguia entregar a tempo as atividades.

Agradeço a todos meus tutores, colegas e a todos que de uma forma ou outra tem participação neste curso de especialização à distância por contribuir para que eu esteja hoje mais preparada e seja uma melhor Profissional.

Só queria dizer que à experiência pela primeira vez da Educação a Distância foi boa mas considero desde meu ponto de vista seria muito necessário do contato presencial com maior frequência, pois isso permite o esclarecimento de muitas dúvidas.

## REFERÊNCIAS

AGGLETON, P. Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltada para o HIV/Aids. In: CZERESNIA, D., SANTOS, E.M., BARBOSA, R.H.S., MONTEIRO, S. (Orgs). Aids: pesquisa social e educação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.193-206.

BASTOS, F. I. Ruína e reconstrução: aids e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de projetos educacionais especiais. Diretrizes para uma política educacional de prevenção ao uso de drogas. Brasília, 1994. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Manual do multiplicador: adolescentes. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003. BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. Rev. Saúde Pública, v.28, n.2, p.137-45,1994.

CARLINI-COTRIM, B. H. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional. 1992. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Drogas nas escolas. Brasília: UNESCO, Coordenação DST/ Aids do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNPq, Instituto Ayrton Senna, UNAIDS, Banco Mundial, USAIDS, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002. GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991. KAPLAN, M. Tráfico de drogas, soberania estatal, seguridad nacional. Sistema, n.136, p.43-61, 1997.

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS- UNASUS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA**

**Xiomara Vidal Olivé**

**COMO EDUCAR AS MULHERES SOBRE OS FATORES DE RISCO DO CÂNCER  
DO COLO DE ÚTERO**

**Nova Timboteua**

**2017**

**Xiomara Vidal Olivé**

**COMO EDUCAR AS MULHERES SOBRE OS FATORES DE RISCO DO CÂNCER  
DO COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Eva Emanuela Lopes Cavalcante  
Feitosa

**Nova Timboteua**

**2017**



## RESUMO

Se realizou um estudo de intervenção que teve como objetivo educar as mulheres sobre fatores de risco de Câncer de Colo de Útero que utilizaram os serviços públicos de saúde no município de Nova Timboteua. O universo a mostrar deste trabalho serão 100 pacientes entre 25 e 59 anos do sexo feminino, cadastrados na unidade e na comunidade com fatores de risco. A pesquisa teve como suporte teórico a integralidade da atenção à saúde. Para coleta dos dados, utilizamos o Sistema de Informações da doenças e entrevista semiestruturada. O estudo mostra que as mulheres ainda apresentam dificuldade em considerar a importância do pré-câncer para detecção precoce e prevenção do câncer de Colo de Útero. Neste estudo buscamos melhorar o conhecimento da população feminina sobre os principais fatores de risco desta doença, e garantir o acesso para a realização do exame Papanicolau.

**Palavras-chave:** Tumores. Genitálias. Útero. Saúde da Mulher. Serviço de saúde.

**SUMARIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
1.1. Problematização.....	08
1.2. Justificativa.....	09
1.3 Objetivos.....	09
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Cenários de intervenção.....	11
3.2 Sujeitos envolvidos na intervenção .....	11
3.3 Estratégias e ações .....	11
3.4 Avaliação e monitoramento.....	12
3.5 Resultados esperados .....	12
3.6 Recursos .....	12
3.7 Cronograma .....	12
<b>4 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>15</b>
<b>5 ANEXO .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Dos tumores malignos sediados nos órgãos genitais femininos, sem dúvida o câncer de colo de útero é o que mais se distingue pela maior frequência. Por isso, o estudo epidemiológico desta patologia é de suma importância para a prática médica, e sua finalidade baseia-se na identificação dos fatores que mais se relacionam ao controle da carcinogênese, podendo assim, se estabelecer, grupo de risco que podem viabilizar o processo de detecção ou mesmo a prevenção primária.

O câncer de colo uterino é uma doença cuja evolução é lenta, apresentando fases pré-invasivas, e, portanto, benignas. Na fase pré-clínica não se evidenciam sintomas, de forma que a detecção de possíveis lesões precursoras se faz pela realização periódica do exame citológico. Por outro lado, conforme a doença progride, surgem sintomas como sangramento, metrorragias e metrorragias. Desta forma, o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte, maligna é de aproximadamente 20 anos. Este período relativamente longo permite ações preventivas eficientes e alterar o quadro evolutivo da doença. Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos.

Vários são os fatores de risco para o câncer de colo de útero e os principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, imunossupressão, desnutrição, uso de contraceptivos hormonais, infecção por *Chlamydia trachomatis* e pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

O câncer de colo de útero representa um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido às altas taxas de sua incidência e da mortalidade dele decorrente, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo. No Brasil, é ainda o segundo tipo mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer no sexo feminino; apesar de ser um dos primeiros países onde foi implantado o teste Papanicolau, a doença continua a ser um grave problema de saúde pública. Isto porque somente 30% das mulheres brasileiras submetem-se ao exame cito patológico pelo menos três vezes na vida, o que resulta em diagnósticos já em fase avançada em 70% dos casos.

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores

intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados.

Nesse contexto, os profissionais devem realizar ações de controle do câncer de colo do útero priorizando aquelas de critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade, como ações de controle, promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Devem também alimentar e analisar os sistemas de informação da atenção básica (SIAB) e o sistema de informação de controle do câncer do colo do útero (SISCOLO), conhecer os hábitos de vida, os aspectos culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher e ao controle do câncer de colo de útero.

Os meios de prevenção do câncer de colo de útero consistem nos cuidados e informações sobre o uso de preservativos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e orientações sexuais que estimulem o sexo seguro. A prevenção também é feita com o teste Papanicolau ou exame preventivo, disponibilizado nos postos ou unidades de saúde. É um exame fácil, rápido, prático, barato, de fácil execução e aceitação pela população feminina e além seguro quando realizado por profissionais de saúde treinados e capacitados para tal.

A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame cito patológico (Papanicolau), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas, favorecendo assim um tratamento precoce, alcançando a cura em um tempo menor e com menores consequências.

A atenção básica de saúde, local de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de acesso, garantido a qualquer mulher, para a prevenção do Câncer, constitui ambiente propício para investigar os problemas de saúde que prejudicam a qualidade de vida da mulher, como é o caso do câncer de colo uterino. Conhecer características dessa população contribuirá na identificação de fatores de risco desta doença, e possibilitará discussões com profissionais da atenção básica com base na promoção da saúde.

Quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos,

condição que dimensiona a importância de ações preventivas em especial das mulheres com idades entre 25 e 59 anos, consideradas de maior risco. O câncer de colo uterino tem cura, desde que seja descoberto no início e tratado. Pequenas atitudes e algumas orientações podem transformar a saúde feminina no aspecto global, contribuindo para uma vida plena, saudável e com qualidade.

A grande ocorrência desta doença no Brasil motivou-me à realização deste trabalho, onde proponho atuar sobre os fatores de risco, aumentando conhecimento da mulher sobre a prevenção da doença e diminuindo a incidência do câncer de colo de útero.

## **1.1 PROBLEMATIZAÇÃO**

Como realizar um trabalho na unidade de saúde de prevenção para diminuir o câncer do colo do útero.

O que facilitaria para os agentes de saúde no convencimento para mulheres se sentirem motivadas no processo dos exames periódicos.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

É muito louvável para mim ter essa oportunidade de desenvolver um assunto tão polêmico, urgente e abrangente no Brasil no mundo, o qual me trouxe ainda mais melhores conhecimentos. A assistência integral a saúde da mulher deve abranger um conjunto de ações que envolvem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Dentre estas ações estão aquelas voltadas para o controle dos cânceres do colo do útero.

O câncer é uma das principais causas de mortes na população feminina. A OMS ressalta que para um efeito controle do câncer de colo de útero são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico tratamento até os cuidados paliativos. É de suma importância as ações para a detecções precoce do câncer de colo do útero, uma vez que o tratamento é mais efetivo em estado inicial da doença antes do aparecimento dos sintomas de cânceres. As ações de prevenção visam reduzir a ocorrência (incidência mortalidade) do câncer do colo de útero. Há limitações práticas para implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer, por isso, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

De acordo com o Ministério da Saúde é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais da saúde a realização de ações que visem o controle do câncer do colo do útero. Este projeto busca fundamentalmente atrair as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos para realização do preventivo com objetivo de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e outras enfermidades, uma vez que as mulheres destas comunidades são resistentes a realização do exame, faz-se necessário o desenvolvimento de ações para busca e captação de tais. Essa resistência das mulheres se deve por falta de informação e educação em saúde, muitas desconhecem as necessidades de realizar o exame anualmente, outras possuem medo e vergonha e outras até sabem da necessidade mas acabam relegando a segundo plano. Além disso, a população local nega-se a ser examinada pela profissional de enfermagem, pois segundo informações colhidas, profissionais da área médica que atenderam no município afirmaram que o preventivo só poderia ser executado por ginecologista. O que não é verdade.

A educação em saúde é imperativa para solucionar este problema. Todos os profissionais da equipe devem estar envolvidos nessa mobilização junto aos profissionais de saúde e da população para que o percentual de mulheres que realizem o preventivo atinja no mínimo 50% do

total de mulheres. Tenho convicção que este tema tem me ajudado muito em conhecer melhor a realidade em que atuo profissionalmente.

### **1.3 OBJETIVOS**

**Objetivo Geral:** Educar as mulheres sobre fatores de risco de Câncer de Colo de Útero.

**Objetivos Específicos:**

- Desenvolver atividades de promoção sobre fatores de risco de Câncer de colo de Útero;
- Fomentar a importância da realização do exame de Papanicolau;
- Identificar junto à equipe de saúde o conhecimento das mulheres sobre os principais fatores de risco do Câncer de Colo de Útero;



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A história natural do câncer cérvico-uterino inicia-se a partir de uma lesão intraepitelial progressiva que pode evoluir para um câncer invasivo em um prazo de 10 a 20 anos, caso não seja oferecido tratamento. Nesse período de evolução, a doença passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o que lhe confere um dos mais altos potenciais de prevenção e de cura. Corresponde aproximadamente a 15% de todos os cânceres femininos, sendo o segundo tipo mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2010). Está associado a grupos femininos com maior vulnerabilidade social, nos quais ocorre maior dificuldade de acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce tanto da doença quanto de suas lesões precursoras (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007, p.132).

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. (BRITO, NERY e TORRES, 2012).

Existem muitas mulheres diagnosticadas com malignidade ginecológica experimentam depressão e ansiedade. Demonstrou-se que a ocorrência de sintomas físicos aumenta o sofrimento psicológico e a intervenção direcionada para os sintomas físicos e psicológicos requer uma abordagem multidisciplinar, as enfermeiras devem estar cientes dos estudos clínicos continuados que estão sendo feitos para identificar os tratamentos efetivos para muitas patologias (BRUNNER, SUDDARTH e SMELTZER, 2009, p. 1424).

Dessa maneira, a estratégia de captação de pacientes para consultas médicas ou de enfermagem, com realização da colpocitologia, deve ser organizada de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o adequado seguimento em todo o processo, é ainda importante que o enfermeiro invista em atividades educativas que destaquem os aspectos preventivos do câncer cérvico-uterinas, especialmente o relacionado à transmissão sexual do HPV. Nessa perspectiva, as práticas de educação em saúde devem visar, sobretudo, a sensibilização, conscientização e formação de agentes multiplicadores de informações sobre a importância da colpocitologia na prevenção secundária do câncer, pois quanto mais precocemente a lesão for detectada, maior a chance de a mulher evitar a neoplasia ou de tratá-la em fase inicial (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007, p. 144).

No Brasil, a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Faz-se necessário, portanto, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. Portanto, em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do CA de colo de útero (INCA 2011).

O teste Papanicolau convencional constitui-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle do CA de colo do útero. Geórgio Papanicolau foi um médico grego que dedicou sua vida aos estudos sobre a citologia vaginal e da cérvix. Por volta de 1920, elaborou uma técnica para estudar as células vaginais e do colo uterino, conhecida como método de citologia esfoliativa, a qual é utilizada até os dias atuais no combate ao CA de colo

uterino. Sua técnica passou a ser considerada uma excelente ferramenta para a detecção precoce do CA cervical, surgindo o conceito como conhecemos hoje em dia, ou seja, esse exame, tido como preventivo, é realizado com o intuito de identificar, o mais cedo possível, alterações celulares que podem evoluir para o câncer do colo do útero. Este trabalho ajudou a melhorar a forma de orientar quanto à prevenção precoce do câncer do colo do útero.

No posto de saúde Vila da Curva foi desenvolvido um estudo tendo como alvo a orientação às mulheres sobre o risco do câncer do colo de útero. Nesses grupos femininos observou-se um maior número de vulnerabilidade social nos quais ocorre maior dificuldade de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento precoce tanto da doença quanto de suas lesões precursoras.

Foi importante também conhecer os hábitos de vida, os aspectos culturais, éticos e religiosos das famílias, realizar e participar das atividades relativas à saúde esclarecendo a rapidez da realização do exame além de muito prático.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de intervenção desenvolvido no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à Distância (EAD), que será feito a traves de conversas individuais, palestras na comunidade e na unidade de saúde.

#### **3.1 Cenários de intervenção**

Este projeto será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Vila da Curva de município Nova Timboteua estado do Para no período compreendido de novembro de 2016 a agosto de 2017.

#### **3.2 Sujeitos envolvidos na intervenção**

O universo a mostrar deste trabalho serão 100 pacientes entre 25 e 59 anos do sexo feminino, cadastrados na unidade e na comunidade com fatores de risco do Câncer de Colo de

útero. Foram seguidos os preceitos éticos, pacientes que concordam em participar da investigação, profissionais da equipe da estratégia da saúde da família, líderes comunitários e sociais. Serão excluídas as mulheres com preconceitos religiosos que não aceitem sua participação no estudo.

### **3.3 Estratégias e Ações**

Com a realização deste projeto pretende-se lograr o controle dos fatores de risco em 100 mulheres entre 25 e 59 anos, cadastrados na UBS Vila da Curva, diante ações de saúde que modifiquem seu estilo de vida.

- Realizar inicialmente uma reunião com todos os membros da equipe de saúde para sensibiliza-los sobre o projeto.
- Utilizar as visitas domiciliares, consultas e a sala de reunião como espaço para orientação sobre os riscos do câncer de Colo de Útero e as ações para realizar, com apoio especial do ginecologista.
- Realização de palestras educativas que serão desenvolvidas na sala de reunião da própria unidade de saúde, por médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, os temas a tratar serão: fatores de risco do Câncer de Colo de Útero, por exemplo: a importância das relações sexuais protegidas, infecção por Clamídia Trachomatis e pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), a multiparidade de vários parceiros sexuais, o tabaquismo, desnutrição e uso de contraceptivos hormonais.
- Determinar o grau de conhecimento das mulheres sobre fatores de risco, mediante a aplicação de questionários e de acordo as necessidades de aprendizagem direcionar a estratégia de intervenção educativa. (Anexo 1).
- Coordenar com a gestora de saúde da mulher na unidade a realização do exame Papanicolau.
- Realizar reuniões com líderes da comunidade para criar grupos de apoio ao projeto, para que a população se sinta envolvida e responsabilizada também.

### **3.4 Avaliação e monitoramento**

- Realizar reuniões quinzenais na unidade para monitoramento e avaliação da capacitação.
- Monitorar os indicadores anuais para avaliar se o nível de câncer de colo de útero tem diminuído.

- Avaliar os níveis de conhecimento alcançado sobre a prevenção dos fatores de risco.
- Monitorar mensalmente o acesso e a realização do exame Papanicolau.

### 3.5 Resultados esperados

Espera-se diminuir o índice de Câncer de Colo de Útero na UBS Vila da Curva, melhorar o conhecimento da população feminina sobre os principais fatores de risco desta doença, e garantir o acesso para a realização do exame Papanicolau.

### 3.6 Recursos Necessários

Profissionais médico, enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS, listas com pacientes de risco de Câncer de Colo de Útero, prontuários dos pacientes presentes na atividade, resultados dos citopatológico Papanicolau, local para reuniões, um computador, caneta, pasta para arquivo do planejamento das atividades.

### 3.7 Cronograma

Atividades	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	maio.	jun.	jul.	ago.
<b>A Elaboração do projeto</b>	x	x	x	x	x	x	x		
<b>Estudo do referencial teórico</b>	x	x	x	x	x	x	x		
<b>Desenvolvimento do método</b>		x	x	x	x				

<b>Entrega do trabalho final</b>							<b>x</b>		
<b>Socialização</b>								<b>x</b>	<b>x</b>

#### **4. REFERENCIA**

ACARO Fe cols. Comparação dos resultados de exames preventivos e de rastreamento de câncer de colo do útero em mulheres brasileiras Rev. Inst. Adolfo Lutz (Impr.) vol.69 no.1 São Paulo 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Colo de Útero [acessado 2012 jan. 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

BRITO C.M.S.; NERY, I.S.; TORRES, L.C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(4): 387-90, Brasília, jul. /ago. 20Mai. 2012.

CARVALHO M.C.M.P., QUEIRÓZ A.B.A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para a consulta de enfermagem ginecológica. Esc. Anna Nery, 14(3): 617-624 jul. /set. 2010

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro, 2011.

NARCHI, Nádia Zanon; FERNANDES, Rosa Aurea; Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole Ltda., 2007.

NARCHI, Nádia Zanon; FERNANDES, Rosa Aurea; Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole Ltda., 2007.

OLIVEIRA AC e cols. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. Rev. Rene, 2014 mar-abr 15(2) 240-8.

ROCHA PB e cols. Câncer do Colo Uterino: Fatores de Risco, Enfrentamento e o Papel do Enfermeiro na prevenção: Uma revisão Bibliográfica ciências Biológicas e da Saúde | Aracaju | v. 2 | n.2 | p. 93-101 | out 2014 | periódicos. set.edu. Br.

SANTA Sandra Souza. SEB. Diagnóstico Precoce ou Prevenção do Câncer Cervical Uterino. Revista Baiana de Saúde Pública.

SMELTZER, S. C.; BRUNNER, Lilian; SUDDARTH, Doris. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. Tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, v.4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

