

**UNIVERSIDADE FEDERAL MATO GROSSO DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOSÉ CARLOS GODOI

**PROJETO DE INTERVENÇÃO - AÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
ADULTO**

CAMPO GRANDE, MS

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL MATO GROSSO DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOSÉ CARLOS GODOI

**PROJETO DE INTERVENÇÃO - AÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
ADULTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientação: Silvana Dias Corrêa Godoi.

CAMPO GRANDE, MS

2014

Á Deus, por ser Deus na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família, razão de da busca incessante do aprimoramento profissional.

Às entidades educacionais pelo projeto de construir uma saúde pública melhor. Acreditamos no SUS que dá certo!

À todos envolvidos direta ou indiretamente neste projeto, à equipe de saúde, e demais apoiadores que tornaram possível a realização deste projeto de intervenção.

Quando, pois, tiveres comido, e fores farto, louvarás ao Senhor teu Deus pela boa terra que te deu.

Guarda-te que não te esqueças do Senhor teu Deus, deixando de guardar os seus mandamentos, e os seus juízos, e os seus estatutos que hoje te ordeno;

Para não suceder que, havendo tu comido e fores farto, e havendo edificado boas casas, e habitando-as,

E se tiverem aumentado os teus gados e os teus rebanhos, e se acrescentar a prata e o ouro, e se multiplicar tudo quanto tens,

Se eleve o teu coração e te esqueças do Senhor teu Deus, que te tirou da terra do Egito, da casa da servidão;

Que te guiou por aquele grande e terrível deserto de serpentes ardentes, e de escorpiões, e de terra seca, em que não havia água; e tirou água para ti da rocha pederneira;

Que no deserto te sustentou com maná, que teus pais não conheceram; para te humilhar, e para te provar, para no fim te fazer bem;

E digas no teu coração: A minha força, e a fortaleza da minha mão, me adquiriu este poder.

Antes te lembrarás do Senhor teu Deus, que ele é o que te dá força para adquirires riqueza; para confirmar a sua aliança, que jurou a teus pais, como se vê neste dia.

Será, porém, que, se de qualquer modo te esqueceres do Senhor teu Deus, e se ouvires outros deuses, e os servires, e te inclinares perante eles, hoje eu testifico contra vós que certamente perecereis.

Como as nações que o Senhor destruiu diante de vós, assim vós perecereis, porquanto não queríeis obedecer à voz do Senhor vosso Deus. (Deuteronômio 8:10-20).

RESUMO

Dentre os cânceres que acometem a população adulta, destacam-se o câncer de próstata, colo uterino e mama. A equipe de Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental, não apenas oferecendo auxílio diagnóstico, tratamento e cuidados ao paciente, como também promovendo ações educativas e de conscientização, dando ênfase à detecção precoce, uma vez que as pesquisas indicam ser esta de suma importância para o prognóstico positivo. Considerando que promoção da saúde é capacitar o cidadão para que ele faça escolhas conscientes, este projeto de intervenção objetivou, por meio de ações de educação em saúde, fortalecer o autocuidado, com vistas à adesão da população adulta e idosa da área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família de um município do interior do Estado de Mato Grosso do Sul aos exames preventivos do câncer no adulto, em especial o câncer de mama, colo uterino e próstata. A metodologia foi baseada no método do Arco de Maguerez, criado por Charles Maguerez e apresentado por Juan Díaz Bordenave e Adair Martins Pereira, mediante cinco etapas: observação da realidade; construção de maquete ou ponto-chave dos problemas; fundamentação teórica do problema; hipóteses de soluções e propostas de soluções; e aplicabilidade à realidade. Nas oficinas, utilizaram-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, valorizando as experiências e os saberes trazidos na construção do conhecimento. Como resultados identificaram-se desdobramentos dos temas discutidos nas oficinas em vários espaços da comunidade por considerável período pós-oficinas, aumento da procura pelos exames e por maiores informações sobre eles, maior motivação na equipe e satisfação dos usuários, que solicitaram outras oficinas com outros temas. Atribui-se avaliação positiva a este projeto de intervenção, dada a relevância do tema; a metodologia de ensino-aprendizagem adotada interferiu significativamente nas barreiras comuns para a realização dos exames preventivos desses três tipos de câncer, tais como, medo, desconforto, preconceito e outros frutos da desinformação, não apenas acerca do exame, mas também da doença.

Palavras-chave: Câncer no adulto. Atenção Básica. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Among cancers that affect the adult population, prostate, cervix and breast cancers could be highlighted. The team of the family health strategy has a central role not only in providing patients with diagnostic assistance, treatment and care, but also promoting education and awareness actions, giving emphasis to early detection, since research has evidenced that this is very important for positive prognosis. Considering that promoting health means to enable citizens to make conscious choices, this intervention project, by means of health education actions, has sought to strengthen self-care, aiming at making the adult and elder population from an area of Family Health Strategy in a city in the state of Mato Grosso do Sul adhere to preventive examinations, particularly for breast, cervix and prostate cancers. The methodology was based on the arch method designed by Charles Maguerez and presented by Juan Díaz Bordenave and Adair Martins Pereira, in five stages: reality observation; construction of a model or key points of problems; theoretical foundation of the problem; solution hypotheses and solution proposals; and application to reality. Active teaching-learning methodologies were employed in the workshops, thus valuing experiences and knowledges in the construction of knowledge. Results were identified the topics discussed in the workshops spread to several places in the community for a considerable period after the workshops were over, the interest for examinations and search for further information raised, the team motivation and users' satisfaction increased, and users requested for more workshops addressing other themes. This intervention project could be attributed a positive evaluation, given the relevance of the theme; the teaching-learning methodology adopted interfered significantly with the common barriers to preventive examinations related to these three types of cancer, such as fear, discomfort, prejudice and other consequences of disinformation, not only about the exams, but also about the disease.

Keywords: Cancer in adults. Basic Attention. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA	18
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil propôs o Programa Saúde da Família como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Esse novo programa apostou na reorganização da Atenção Básica, realizando o “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população”.¹ O Programa Saúde da Família, a partir da Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, considerando o cunho estratégico, passou a denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil.²

Existem contradições quanto a Atenção Primária, onde é definida e caracterizada como um modelo de atenção à saúde com uma proposta minimalista referindo que a Atenção Primária seria apenas um modelo de saúde pobre oferecida a uma população também minoritária e pobre, defendendo a reestruturação dos serviços de saúde como forma de resolver efetivamente os problemas.³ Porém neste estudo ressalta-se que a Atenção Primária vê a pessoa pela sua singularidade, considerando todas as suas complexidades, através do cuidado integral, inserindo o mesmo dentro das ações de saúde, incorporando ações para a promoção de sua saúde, prevenindo e tratando das doenças ou reduzindo os danos que determinado problema ou patologia pode causar a saúde do mesmo, melhorando suas possibilidades de cura e de um meio saudável de viver.⁴

Portanto, a Atenção Primária visa organizar a prestação de serviços de saúde focado em um modelo de atendimento que contemple as particularidades de cada pessoa pautada em valores e princípios, sendo assim o primeiro elo de contato com o sistema de saúde, no qual a equipe de saúde tem por papel proporcionar cuidado individual, bem como as famílias, além da população ao longo do tempo, através da busca ao equilíbrio, a fim de melhorar o estado de saúde, bem como estabelecer a equidade na distribuição das ofertas dos serviços de saúde.⁵

O câncer de próstata é uma patologia que vem crescendo nos últimos anos e atualmente os indicadores desta doença é muito preocupante, tornando-se um enorme problema de saúde pública mundial. Os principais fatores de risco descritos

para o desenvolvimento do câncer de próstata são idade avançada, etnia e predisposição familiar.⁶⁻⁷ “O câncer de próstata se tornou uma das formas de câncer mais comum na população masculina e se estima que um em cada doze homens seja diagnosticado com a doença ao longo da vida.”⁸


Já o câncer do colo do útero é a neoplasia maligna mais encontrada no mundo sendo o segundo motivo de óbito nas mulheres brasileiras, anualmente tem-se diagnosticado 465.000 casos novos e 200.000 óbitos devido a ele destacando. Sendo considerada uma alta incidência, causando um elevado índice de mortalidade pela doença. A detecção do câncer do colo do uterino é baseada no exame Papanicolau, já o câncer de mama o exame clínico das mamas e mamografia, dessa forma o diagnóstico precoce é considerado um bom resultado.⁹

Não muito longe destas estatísticas o câncer da mama é a primeiro motivo de óbitos em mulheres no Brasil.¹⁰ Normalmente, o diagnóstico é instituído em uma etapa tardia da doença, isso se deve a uma política indevida de controle e rastreamento da doença, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas e ao autoexame e seus instrumentos fundamentais. Apesar de um bom prognóstico, na maioria das vezes, ainda ser feito em estágios avançados da doença, novos processos para detecção precoce e novas possibilidades de tratamento vêm surgindo, decorrendo em um aumento da sobrevida dessas mulheres.

Como pode ser observado na Figura 1, estes três tipos de câncer ocupam posição de destaque o que motiva investimentos incessantes.

Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária* (Tabela 26)



Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.020	82,92	370	75,32	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	770	62,65	370	70,41
Colo do Útero	-	-	-	-	370	29,90	120	23,55
Traqueia, Brônquio e Pulmão	210	17,33	90	18,95	130	10,50	60	11,62
Cólon e Reto	200	16,69	90	18,39	230	18,57	110	21,81
Estômago	180	14,40	70	13,55	100	7,79	40	6,90
Cavidade Oral	120	10,01	40	8,90	50	4,10	**	2,49
Laringe	90	7,30	30	7,00	**	1,07	**	1,28
Bexiga	90	7,76	50	10,86	30	2,74	**	2,85
Esôfago	120	9,87	50	11,16	30	2,60	**	2,74
Ovário	-	-	-	-	100	7,99	50	10,33
Linfoma de Hodgkin	20	1,49	**	1,75	20	1,34	**	1,70
Linfoma não Hodgkin	40	3,59	20	4,58	40	3,36	20	4,81
Glândula Tireoide	20	1,54	**	1,89	100	7,78	40	6,87
Sistema Nervoso Central	50	4,38	20	4,90	60	4,57	40	7,90
Leucemias	60	4,91	30	5,91	50	3,83	30	5,51
Corpo do Útero	-	-	-	-	80	6,36	40	7,06
Pele Melanoma	40	3,35	20	3,69	30	2,13	20	3,31
Outras Localizações	520	42,36	190	34,62	410	32,69	180	24,49
Subtotal	2.780	226,35	1.070	215,40	2.			

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10; ** Menores que 15 casos.

Figura 1. Mato Grosso do Sul e Campo Grande: Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.¹¹

O câncer do colo do útero é formado pelo desenvolvimento irregular de células na cérvix uterina. Já o câncer de mama se dá pelo aumento desordenado das células e sua rapidez de divisão desenvolve uma neoplasia.¹² Está extremamente ligado a presença de infecção do papilomavírus (HPV) que é transmitido exclusivamente por relações sexuais. Estudos revelam que vários fatores podem contribuir para a formação desta doença como; o uso consecutivo de contraceptivo oral, tabagismo e doenças sexualmente transmissíveis tendo um alto teor na malignidade e progressões das lesões escamosas do epitélio, afetando uma grande porcentagem de mulheres brasileiras. O câncer de mama é avaliado como o segundo tipo de neoplasia mais comum no mundo, o desenvolvimento desta doença está associado a maus hábitos de alimentação, etilismo, obesidade, idade precoce da menarca, menopausa tardia são fatores.¹³

Ainda no tocante ao câncer de colo uterino vale destacar que dentre todos os tipos de câncer o do colo uterino, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente.

A detecção precoce em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (Papanicolau), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas.¹⁴

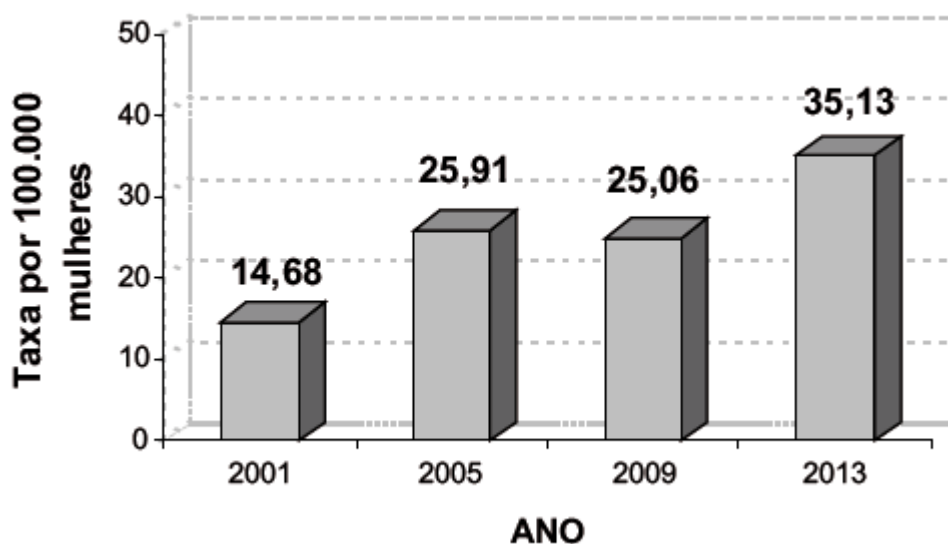


Figura 2. Evolução temporal das taxas estimadas de incidência do câncer do colo de útero. Mato Grosso do Sul, 2001-2013.¹⁵

O câncer de próstata ocupa o sexto tipo de câncer mais dominante no mundo sendo essa uma patologia masculina, representada por 10% do total de câncer, em uma comparação com os países desenvolvidos, o câncer de próstata é seis vezes maior nesses países em comparação com os países em desenvolvimento, isso se deve a um bom prognóstico da patologia. O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil no ano de 2008 é de 49.530. Os valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais frequente em todas as regiões com risco estimado de 69/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e 22/100.000 na região Norte.¹⁶

Para o Instituto Nacional de Câncer a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura.¹⁷

O enfermeiro coordenador de ESF tem um papel fundamental na prevenção e controle, participando das ações educativas, oferecendo auxílio diagnóstico, tratamento e cuidados prestados ao paciente. Promover ações educativas,

prevenção, conscientização da neoplasia dando ênfase na detecção precoce, desenvolvendo dessa forma um atendimento humanizado, priorizando os pacientes na Atenção Básica.¹⁸ A atuação na prevenção primária, faz do enfermeiro um líder aos olhos da população e das autoridades públicas, pois ele compete esclarecer e educar toda a população sobre a avaliação de pessoas, identificando grupos de pessoas que estão em risco para câncer, e intervindo pessoas que modifique seu comportamento de risco.¹⁹

O papel da prevenção do câncer nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento da doença nos estágios iniciais), vinculada à vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer) é preponderante para que os índices de incidência e mortalidade por câncer no Brasil possam ser reduzidos. É função da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), atuar em todas essas frentes, prestando assessoria técnica e desenvolvendo eventos e programas, com ações educativas e informativas destinadas à população brasileira.²⁰

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano. Sabe-se hoje que o surgimento desse câncer está associado à infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Outros fatores de risco são o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce, o uso de contraceptivos orais, más condições de higiene e alimentação, historia familiar de câncer cervical e estado imunodeprimido.²¹

O exame preventivo (Papanicolau) é um método efetivo no rastreamento do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras. Sua utilização em programas organizados de rastreamento tem repercutido em significativa redução da morbimortalidade por esta neoplasia em países desenvolvidos. Apesar de aparente simplicidade, a coleta de material colpocitológico através do exame Papanicolaou é um momento delicado para a mulher, pois sentimentos como ansiedade, medo e vergonha são apontados em estudos sobre a percepção feminina quanto ao exame.²²

O Ministério da Saúde brasileiro preconiza que o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres com faixa etária de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, realizar a cada três anos,

mas, no entanto a sequencia desta periodicidade deve-se adequar a cada mulher, levando em consideração as necessidades de cada mulher.²³

O câncer do colo uterino há anos vem sendo alvo de atenção da comunidade científica por ocupar elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre as mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento, onde o câncer cervicouterino relaciona-se ao perfil epidemiológico, a frequência, os fatores de risco e também as implementações de ações efetivas em todos os níveis de atenção.²⁴

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo uterino associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor, quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade de rastreamento e organização, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.²³

É necessário uma atuação da equipe de saúde diferenciada com as mulheres em relação ao exame preventivo, uma atuação que tenha envolvimento, respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo do útero e a prevenção.²⁵

O comportamento das pessoas, no que se refere à questão da saúde, é bastante complexo, pois depende, em grande parte, da opinião, crenças, atitude e valores de cada pessoa a respeito de sua saúde.²⁶ O sentimento de vergonha ou da não adesão ao exame preventivo é uma questão cultural, devendo-se considerar a importância da divulgação da necessidade de sua realização.

É preciso uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame Papanicolau. Uma atuação com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo uterino e a prevenção. O profissional enfermeiro, que se constitui em uma população predominantemente feminina, contribui no que se refere aos fatores relacionados à não adesão ao exame preventivo, pois as mulheres relatam ser mais fácil de enfrentar o exame quando o profissional é do sexo feminino.²⁵

O Ministério da Saúde em 1997 criou o *Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama – Viva Mulher* com objetivo de reduzir o número de mortes causadas pelo câncer de colo de útero e de mama, por meio de acesso mais rápido ao diagnóstico precoce através do exame Papanicolaou e exame clínico das mamas.²⁷

O exame Papanicolau é utilizado para o rastreamento da população, na precoce detecção do câncer de colo uterino, possibilitando o seu diagnóstico na fase inicial (intra-epitelial) nas mulheres assintomáticas, havendo um alto percentual de cura.²⁸

As formas mais utilizadas para prevenção de câncer de colo uterino é o rastreamento, consulta de enfermagem e inserção do homem no tratamento. Entretanto para que o enfermeiro (a) possa atuar de maneira eficiente na prevenção do câncer de útero ou câncer de mama é preciso que este adquira conhecimento sobre a cultura da população alvo. Já que a prevenção está intimamente ligada a fatores sociais, psicológicos, ambientais e culturais.²⁹

Por isso as medidas de prevenção primária realizadas pelo enfermeiro podem ser feitas de diversas formas, como, por exemplo, a orientação e organização de ideias referentes ao assunto para somatório do conhecimento que as mulheres já possuem é importante para contribuir para aprimoramento das informações já existentes, contudo é preciso saber o que as mulheres já sabem sobre a prevenção do câncer de mama ou de útero para a partir daí realizar a orientação.³⁰

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento sociais para todos. A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado "setor de saúde" propriamente dito, mas envolvendo também outras agências de governo, organizações não-governamentais e movimentos sociais. Assim, todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.³¹

Há grandes desafios para que a promoção da saúde seja executada com toda plenitude, dentro deste contexto pode ser afirmado que:

Para realizar essas metas, diversas prioridades já foram definidas para a promoção da saúde no Brasil: promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, cessação e prevenção do tabagismo, redução da morbi-mortalidade devida ao abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma "cultura de paz". Apesar da

abordagem inovadora e do potencial para mudança social, os princípios da promoção da saúde ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e praticados por todos os profissionais e gestores da saúde. Até o momento, os estudos epidemiológicos constituem a única fonte de evidências convincentes no Brasil sobre a associação entre exposição comportamental a fatores de risco e doença.³¹

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.³²

Este projeto de intervenção é fruto de várias reuniões de equipe e do diagnóstico local, porém cabe aqui esclarecer que o tema câncer do adulto é uma fatia de um projeto de maior abrangência voltado para doenças crônicas não transmissíveis no adulto que foi interrompido por desligamento de vínculo profissional.

Com informações locais oriundas dos Agentes Comunitários de Saúde, muitos eram os relatos por parte da população de nunca terem se submetido aos exames supra citados. E ao serem questionados sob os motivos, não sabiam justificar ou apresentavam motivos fúteis oriundos da falta de conhecimento sobre a importância dessas medidas preventivas. Considerando que promoção da saúde é capacitar o cidadão para que ele faça escolhas conscientes este projeto de intervenção objetivou através de oficinas educativas, fortalecimento do auto cuidado, com vista à adesão aos exames preventivos do câncer no adulto, em especial o câncer de mama, colo uterino e câncer de próstata. E mais considerando que a conscientização é fruto de uma reflexão crítica, optou-se pela teoria da problematização e diante do exposto engendrou-se, de um plano de intervenção com vistas a promoção da saúde-educação em saúde implementado em uma ESF no interior do Estado de Mato Grosso do Sul, com o objetivo de incentivar através de metodologias ativas, o auto cuidado na prevenção do câncer de colo uterino, de próstata e de mama na população da área adscrita, a fim de obter uma melhora na procura pelos exames preventivos (Toque retal + antígeno prostático específico – PSA, Papanicolaou e exame clínico das mamas).

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

A unidade é composta por duas equipes de ESF, porém a primeira discussão sobre os indicadores de saúde a nível municipal e local foi realizada apenas com a equipe deste especializando, para em um segundo momento ser realizada com as demais equipes para lançamento da proposta de uma intervenção junto a comunidade e escolha do problema a ser enfrentado. Utilizou-se como proposta metodológica a pedagogia da problematização, elucidada pelo Arco de Maguerez, criado por Charles Maguerez e apresentado por Juan Díaz Bordenave e Adair Martins Pereira, em *Estratégias de ensino aprendizagem* (1977), uma vez que esta propõe a observação da realidade dando destaque ao que se propõe modificar, onde buscou-se durante todo o processo prezar pelos fatores socioeconômicos e culturas presentes na população público alvo.³³ Logo após a identificação dos problemas, ainda em equipe foram distinguidos os pontos chave, momento que todos os grupos participantes, ponderaram as diferenças, fizeram ligação dos possíveis motivos da problemática a partir das suas percepções pessoais, debatendo razões para os dados problemas. Destaca-se que a presença de equipe multiprofissional potencializou a discussão ao tempo que a ausência de dados ocasionou controvérsias quanto a magnitude graças a falta e/ou equívocos de registro locais sobre o perfil de morbimortalidade das populações das áreas adscritas, levando os presentes a opinar com base em suas percepções e vivências.

Diante deste primeiro nó crítico, optou a trabalhar apenas com dados municipais, quando ao analisar no Plano Municipal de Saúde os indicadores extraídos dos sistemas de informação e fazer um recorte para as principais causas de mortalidade observou-se que muitos casos sabidamente diagnosticados como, Aids, câncer e outros, apresentavam-se no Sistema de Informação de Mortalidade com outras doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Diante disto a equipe acordou em realizar uma capacitação sobre sistemas de informação em saúde com a presença dos responsáveis municipais da área, no intuito de melhorar mesmo que a nível local os registros de informações. E para seleção dos problemas a serem postos em discussão, considerou-se a existência de

ações pontuais para eventos graves, deixando a desejar, portanto, ações voltadas para doenças crônicas com exceção da hipertensão e diabetes.

Considerando a necessidade de uma proposta longitudinal, uma vez que foi consenso no grupo que ações pontuais promovem impactos pontuais que em se tratando de saúde não atende as necessidades, propôs uma série de “grandes” encontros de educação em saúde com intervalos bimestrais com vistas aos agravos mais comuns na comunidade, intermediados por oficinas educativas com grupos específicos como hipertensos, diabéticos, gestantes, dentre outros. Tais estratégias/oficinas deveriam ser coordenadas pelos profissionais de nível superior das áreas profissionais: Farmácia, Enfermagem, Odontologia, uma vez que o profissional médico não disponha de agenda para coordenar e sim para participar. Para melhor compreensão adotou-se neste relato o termo parcela como sendo a unidade de responsabilidade de cada profissional supra citado.

Este especializando ficou responsável por coordenar o câncer do adulto e contou com a colaboração de todos os demais membros da equipe. Em um primeiro momento foi realizado duas tardes de capacitação para os profissionais de nível médio (Agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar de farmácia) e demais trabalhadores daquela unidade de saúde, com o intuito de esclarecer dúvidas e atualização quando ao tema. Nas capacitações foi utilizado o método da roda, onde este especializando atuou como facilitador problematizando todos os principais fatores relacionados a doença até o registro de informações utilizando a questão geradora: O QUE EU PROFISSIONAL DE SAÚDE POSSO FAZER PARA INTERVER POSITIVAMENTE NESTE ESTÁGIO DA DOENÇA? E QUAL MEU PAPEL ENQUANTO PROVEDOR DE INFORMAÇÕES?

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A segunda etapa desta parcela foi à divulgação das oficinas de educação em saúde na comunidade tendo como “carro chefe” os Agentes Comunitários de Saúde e recepcionistas. Para fortalecer este momento foi confeccionado um convite.

A terceira etapa diz respeito às oficinas com a comunidade, totalizando três encontros, até transferência deste especializando para outra equipe de ESF. Numa área de abrangência de aproximadamente 8.800 pessoas (duas equipes), participam das oficinas 122, 166 e 176 mulheres e 26, 72 e 88 homens, no primeiro, segundo e terceiro encontro, respectivamente. Durante os encontros optou-se por separar homens de mulheres acreditando que esta estratégia devido as características culturais da região permite maior liberdade e consequente interação. O sentimento mais expresso no relato das mulheres que fazem o exame preventivo é a vergonha.³⁴ Toda vez que a mulher expõe seu corpo, este sentimento aflora, podendo ser justificado pelo tabu do sexo, proveniente da educação recebida, bem como da falta de informação. Além da vergonha de mostrar o corpo, algumas mulheres manifestaram desconforto durante a posição ginecológica.

A partir do conhecimento dos fatores de impedimento a adesão ao exame preventivo, considera-se fundamental para essas mulheres a adoção de uma nova postura para prevenção de doenças.²⁵ Cabendo muitas vezes ao profissional de saúde, quebrar tabus e atuar como um facilitador do acesso das mulheres ao exame Papanicolau, fazendo com que haja superação dos fatores de impedimento e uma melhor compreensão de seus sentimentos relacionados ao exame preventivo.

Optou-se por trabalhar com metodologias ativas, e devido ao numero de participantes dividimos em subgrupos principalmente para trabalhar o medo da Roda de Conversa, dentre outros. Como recurso didático utilizou-se fotos, apresentação de materiais utilizados na coleta de exames, próteses, dentre outros.

Acredita-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que a metodologia possibilitou ótima discussão. De acordo com os profissionais e principalmente de acordo com as Agentes Comunitárias de Saúde, houve desdobramentos dos temas discutidos nas oficinas em vários espaços da comunidade por considerável período, A coordenadora municipal do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e

do Sistema de Informação do Câncer e Mama informou aumento da procura por exames após discussões estas oficinas. Já em relação procura pelo exame preventivo de câncer de proposita não houve aumento significativo aumento o que demonstra necessidade de maiores investimentos neste segmento. Tais informações não foram passíveis de serem apresentadas numericamente, pois os registros anteriores as oficinas foram perdidos, não permitindo assim a comparação.

Muitos profissionais de saúde, não costumam orientar seus pacientes para o exame de prevenção que detecta o câncer de próstata, e existe uma recomendação do Ministério da Saúde que exige a realização anual do exame de prevenção para homens com idade igual ou superior a 40 anos.⁸ O que indica a necessidade de motivar mudanças nesta afirmativa, pois a ampliação da rede básica e qualificação de profissionais, atribuindo um melhor atendimento, é indispensável para responder as demandas na Atenção Básica, que contribui com a recepção reduzindo a desigualdades ao diagnóstico e tratamento.³⁵

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que mesmo sendo possível desenvolver cuidados primários nos diferentes espaços de prestação do cuidado, é na Atenção Básica que a ênfase deste deve ser dada. A equipe da ESF necessita constantemente fortalecer as ações de promoção da saúde e o enfermeiro enquanto coordenador possui um papel primordial neste contexto. Os três tipos de cânceres (colo uterino, mama, próstata) constituem grave problema de saúde pública e concomitantemente possuem alto potencial de cura se diagnosticados precocemente, sendo portanto as medidas preventivas as quais apresentam-se precisas, de baixo custo e de fácil acesso precisam ser divulgadas à quem se destinam, ou seja, a população.

Portanto este projeto apresenta-se como satisfatório, uma vez que atingiu os objetivos propostos. Pode-se concluir que muitas são as barreiras na realização dos exames preventivos para esses três tipos de câncer, tais como, medo, desconforto, preconceito e outros frutos da desinformação a cerca não apenas do exame como da doença. Neste sentido a potencialidade desta intervenção não deve ser atribuída apenas a metodologia adotada e sim também ao fato das reuniões terem sido realizadas apenas entre pessoa do mesmo sexo, potencializando a liberdade de expressão.

Deve-se ressaltar que como “resultado imediato”, identificou-se motivação na equipe e satisfação por parte dos usuários, os quais solicitaram outras oficinas com outros temas. Sendo assim conclui-se como positiva esta proposta de intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2006.
3. Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde Debate 2006;26(60):118-22.
4. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(1):15-25.
5. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
6. Gonçalves IR, Padovani C, Popim RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. Cien Saude Colet. 2008;13(4):1337-42.
7. Lima ACF, Silva KVM, Caetano JA, Lima M, Andrade LM. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção do câncer de próstata. Cogitare Enferm. 2007;12(4):460-5.
8. Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JÁ, Sá Neta CA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. Cien Saude Colet. 2008;13(1):145-52.
9. Feliciano C, Christen K, Velho MB. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. Rev Enferm UERJ. 2010;18(1):75-9.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Câncer [citado em 2014 jun. 25]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
12. Souto R, Falhari JPB, Cruz AD. O papilomavírus humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. Rev Bras Cancerol. 2005;51(2):155-60.

13. Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2005;17(2):143-8.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico profissionais de saúde. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2002.
15. Freitas HG, Silva MA, Thuler LCS. Câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso do Sul: detecção precoce, incidência e mortalidade. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):399-408.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
17. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Cien Saude Colet.* 2003;8(3):825-9.
18. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(4):614-9.
19. Batalha de Menezes MF, Camargo TC, Guedes MTS, Lós de Alcântara LF. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(esp):780-5.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde do homem em foco. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2009.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Ministério da Saúde (Brasil). Viva Mulher. Relatório novembro de 2000: metas cumpridas e novas perspectivas. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
22. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS. *Rev APS.* 2009;12(4):498-503.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2006.
24. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri: Manole; 2007.

25. Ferreira MLSM.; Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):378-84.
26. Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(3):289-96.
27. Oliveira SL, Almeida ACH. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolau: da observação ao entendimento. *Cogitare Enferm.* 2009;14(3):518-26.
28. Hackenhaar AA, Cesar JÁ, Domingues MR Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(1):103-11.
29. Queiroz FN. A importância da enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino [monografia]. Batatais: Centro Universitário Claretiano; 2006.
30. Santos LMS, Sousa RF, Conceição VM, Dias da Silva SÉ, Vasconcelos EV, Santana ME. Representações sociais do câncer ginecológico no conhecimento da enfermagem brasileira. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009; Fortaleza, Ceará. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem; 2009. p. 5.561-4.
31. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):4-5.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. 2010.
33. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1989.
34. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MarMSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Cien Saude Colet.* 2008;12(3):733-42.
35. Alvim NAT. Produção e difusão do conhecimento científico da enfermagem na atualidade: desafios e implicações na formação e qualificação do enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):7-9.