

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

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

**CARLA FERNANDA DA SILVA SANTOS**

**PORTFÓLIO FINAL:** estudo de casos clínicos

**CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA- PARÁ**

**2017**

**CARLA FERNANDA DA SILVA SANTOS**

**PORTFÓLIO FINAL:** estudo de casos clínicos

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Médico da Família.

**CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA - PA**

**2017**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Me chamo Carla Fernanda da Silva Santos, nasci em 08/05/1990 na cidade de Pedro Afonso - TO. Em novembro de 2014 me formei médica pelo Centro Universitário UNIRG em Gurupi, Tocantins. Trabalhei inicialmente como emergencista no Cais Colina Azul e no CAPS AD 3 em Aparecida de Goiânia- GO; emergencista no Pronto Socorro Parque Alvorada em Senador Canedo- GO. Desde março de 2016, fui alocada pelo PROVAB no município de Conceição do Araguaia - PA, onde atendo no PSF Norte.

A Unidade Básica de Saúde – ESF Norte – é uma das 13 unidades de saúde do município. A mesma é composta por uma equipe básica de saúde completa, bem estruturada e atuante. Dispomos do apoio da policlínica que contém ambulatórios de especialidades (cardiologia, urologia, ortopedia, pediatria, dermatologia e ginecologia e obstetrícia), do CAPS, do NASF e do Hospital Regional de média complexidade para urgência e emergência.

A população atendida é composta de uma população carente, necessitando de melhorias nos quesitos saúde, educação e infraestrutura. O atendimento aos usuários acontece em dois turnos, pela manhã e à tarde. As consultas são previamente marcadas pelos agentes de saúde e por livre demanda. A maioria dos atendimentos são preenchidos pela demanda espontânea. Procuramos seguir de maneira organizada os atendimentos como HIPERDIA, Pré-natal, Puericultura, atenção à saúde do homem, entre outros.

Após analisar os atendimentos observou-se o alto índice de idosos em nosso serviço, além de pessoas portadoras de doenças crônicas como hipertensão e/ou diabetes.

Nós temos creches e algumas escolas na comunidade. Temos também farmácias populares e uma casa de acolhimento para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Constará nos anexos deste portfólio, o projeto de intervenção que possui por título “A importância do exame citopatológico do colo uterino na prevenção e

diagnóstico precoce do câncer, na Estratégia de Saúde da Família Setor Norte em Conceição do Araguaia- Pará”.

O projeto visa conscientizar as mulheres da área adstrita sobre a importância e adesão ao exame citopatológico de colo uterino (Papanicolau) objetivando a diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida destas pacientes. Para tal, serão realizadas campanhas de esclarecimento e capacitação da equipe multidisciplinar, ações de educação em saúde, intensificação da vacinação contra o HPV, supervisão da coleta do exame citopatológico e realização de diagnósticos precoces do câncer de colo uterino ou de lesões precursoras.

## 2 ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

Na Unidade Básica de Saúde PSF Norte, onde atuo, há uma assistência ampla que procura abranger toda a comunidade inserida em nosso território de atuação. Desde a criação do SUS e da divisão do sistema de saúde em níveis primário, secundário, terciário e mais recentemente quaternário, sabemos que é na atenção básica que resolvemos grande porcentagem dos problemas de saúde. É nela que podemos promover e prevenir doenças, que podemos fazer diagnósticos precoces melhorando os prognósticos.

A Atenção Básica à Saúde é um dos pilares da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário com o sistema. Possui grande potencial de resolução das patologias ali existentes. Porém, para que este nível básico seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação entre equipe e usuário (ARAÚJO et al, 2010).

Dentro das capacidades da unidade buscamos solucionar todos os casos que chegam a nós. Nem sempre isso é possível, seja pela falta de material necessário, pela falta de profissional ou pela complexidade do caso. A falta de medicação básica como antitérmicos e anti-hipertensivos é frequente, assim como a falta de receituários, pedidos de exames e referência e contra- referência. Dessa forma, muitas vezes temos que encaminhar a outro serviço situações que poderiam ter sido solucionadas na unidade. Toda essa desestruturação contribui para que o fluxo do serviço não funcione adequadamente.

Quanto às atividades desenvolvidas em nossa unidade podemos citar as campanhas de vacinação programadas pelo Ministério da Saúde que estão sempre presentes em nosso calendário. Além das campanhas, a sala de vacina da unidade encontra-se aberta para atualizações dos cartões de vacina durante todo o ano. Por ser uma das principais medidas profiláticas existentes, a vacinação deveria receber mais importância sendo, inclusive, colocada como uma prioridade nas visitas domiciliares. Isso porque, dificilmente as pessoas trazem seus cartões de vacinação para as consultas, logo, durante as visitas domiciliares, devemos verificar os cartões de toda a família garantindo que estes estejam em dia.

A vacinação funciona como recurso preventivo que confere proteção individual e proteção a comunidade, reduzindo a circulação de agentes infecciosos. Campanhas são voltadas principalmente para crianças e idosos, uma vez que, do

ponto de vista imunológico, estes estão mais susceptíveis às doenças. A implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, contribuiu para a redução da mortalidade infantil, aplicando estratégias de ações preventivas que incentivavam a vacinação, como as campanhas, e a busca ativa dos pais e/ou responsáveis para a vacinação de rotina (OLIVEIRA et. al, 2010).

Analisando os casos complexos expostos nos blocos 1 e 2 e fazendo um paralelo com a realidade da unidade em que atuo, foi possível identificar vários casos em comum, visto que nos foram expostos casos que abordam as situações mais prevalentes na unidade básica. Porém, dentre tantos atendimentos e acompanhamentos, uma família me chama a atenção para esta atividade. Há outras famílias em situação semelhante, mas essa se destaca pela alta carga de problemas encontrados, possuindo quase todas problemáticas expostas até o momento.

A família é procedente do Rio de Janeiro, residem em Conceição do Araguaia há 29 anos, possuindo bom relacionamento com o restante da família distante. Moram em casa própria, que possui boa estrutura, água encanada, saneamento básico, 4 quartos, possuem 3 cachorros. Durante as visitas podemos verificar boa higiene. O senhor A.K., 83 anos, casado, aposentado, com ensino fundamental completo. Sua esposa, S.P.K, sexo feminino, 72 anos, três filhos, dona de casa, nunca trabalhou fora e possui ensino fundamental completo.

A filha mais velha do casal, M.K, sexo feminino, 55 anos, divorciada por 3 vezes, formou-se advogada porém nunca atuou na área, atualmente realiza trabalhos voluntários na igreja e APAE. Possui quatro filhos, dos quais dois (um casal) moram com ela e seus pais, e os outros já formados e com suas respectivas famílias residem no Rio de Janeiro e são distantes. Sua filha P.K.M., 23 anos, faz faculdade de direito, tem uma filha, F.M.S. 9 anos que também reside com eles. A relação de P.K.M com o pai de sua filha é bem conturbada, cheia de idas e vindas. Seu irmão V.K.M., 23 anos, não concluiu o ensino médio, atua como DJ.

A filha do meio, S.K.B., 52 anos, o orgulho do casal, é formada em odontologia, reside no Tocantins, casada, possui três filhos, todos fazendo faculdade. O filho mais novo do casal é H.K., 49 anos, divorciado, iniciou duas faculdades não tendo terminado nenhuma. Possui duas filhas, L.M.K., 22 anos, e B.M.K., 17 anos, que residem com eles pois a mãe não tinha condição de cuidar das meninas.



Desde que A.K perdeu tudo o que haviam construído em jogos de azar a família tem passado por problemas financeiros o que tem refletido negativamente no convívio familiar. Para piorar a situação, seu A.K., descobriu uma filha fora do seu casamento, com 25 anos, a partir de então, a relação dele com sua esposa passou a ser baseada em desconfiança e acusações. A.K. é diabético e portador de IRC e há dois anos vem apresentando quadros de amnésia e confusão mental. Fazendo uso de metformina 850mg, 3 vezes ao dia e glibenclamida 5mg, 1 vez ao dia. Durante as visitas, tem apresentado glicemia capilar em torno de 324 mg/dL. Foram solicitadas hemoglobina glicada e creatinina que se apresentaram com um valor de 13% e 2,7, respectivamente.

Seu A.K. é um candidato ao uso de insulina, não tem conseguido controle com hipoglicemiantes orais, apresenta uma glicada muito acima dos valores preconizados, e portador de IRC grave (clearance 28,3) que já contra-indica o uso de metformina. Porém, o paciente não aceita a insulina, a equipe já tentou por várias vezes esclarecer a importância da mesma para sua saúde, mas ele se manteve irredutível. Devido à suspeita de doença de Alzheimer, o paciente foi encaminhado ao neurologista.

O Diabetes Mellitus é a principal causa de Insuficiência Renal Crônica (IRC) no mundo. Estão envolvidos fatores de risco genéticos (controvérsia) e não-genéticos (mau controle glicêmico, pressórico e lipídico). Algumas estratégias têm sido investigadas e comprovadas para prevenir ou, no mínimo, postergar o desenvolvimento da ND, tais como o controle da pressão arterial, da glicemia e da dislipidemia. Adicionalmente, os inibidores da ECA e os bloqueadores da angiotensina II apresentam efeitos independentes, não apenas explicado pelo controle da pressão arterial. Outras medidas terapêuticas são a baixa ingestão de proteínas na dieta e a suspensão do fumo (ADA, 2012).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis pelas condições crônicas de saúde, o Diabetes Mellitus (DM) se destaca pelas suas proporções epidêmicas em âmbito nacional e global, e o conceito de adesão para essa doença inclui, além da terapêutica medicamentosa, um plano alimentar individualizado, exercícios físicos regulares e cuidados gerais. A não adesão ao regime terapêutico contribui para o mau controle metabólico, resultando em complicações agudas e de longo prazo (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2014).

Os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para doença renal crônica (DRC) e doença cardiovascular e devem ser monitorados frequentemente para a ocorrência da lesão renal. A excreção de quantidade aumentada de proteína na urina é um marcador sensível para DRC secundária. O controle glicêmico nesses pacientes é um desafio, pois envolve orientação dietética complexa, aderência medicamentosa e limitação no uso dos hipoglicemiantes orais, particularmente nos estágios mais avançados da DRC. Recomenda-se manter a hemoglobina glicosilada em níveis < 7% e a glicemia pós-prandial <140mg/dL. Devido ao perigo do acúmulo de ácido lático, recomenda-se a interrupção do tratamento com metformina sempre que houver piora súbita da função renal (BASTOS, 2010).

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de respostas cognitivas desadaptadas. Ela afeta, inicialmente, o centro de memória de curto prazo. Além de comprometer a memória, ela afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária. A degeneração é progressiva e variável, sendo possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir (LUZARDO, 2006).

A paciente S.P.K., é uma paciente “poliqueixosa”, possui gota, pólipos intestinais, hérnia de disco, hipertensa de longa data. Nos procurou queixando-se de que não sentia mais vontade de viver, que estava sempre triste, chorosa e com insônia. Prescrevi escitalopram 10 mg, 1 vez ao dia, pois a mesma faz uso de muitas medicações, e este medicamento possui menos interação medicamentosa. Foi encaminhada também ao serviço de psicologia.

Pacientes poliqueixosos em geral são pacientes com somatização, apresentam sintomas físicos sem uma base orgânica identificável, é um problema comum nos serviços de atenção básica à saúde. Geralmente é um diagnóstico de exclusão. São pacientes de difícil diagnóstico. Além disso, esses pacientes costumam demandar uma grande quantidade de consultas médicas e exames, gerando altos custos para o sistema de saúde (LAZZARO, 2014).

A depressão se configura como um importante problema de saúde pública. A organização mundial de saúde considera que esta doença leva o indivíduo à perda importante de sua funcionalidade, compromete o cotidiano, o trabalho, relações

familiares e a qualidade de vida. Do ponto de vista médico, trata-se de um conjunto de sintomas e sinais que devem ser identificados e tratados em serviços de saúde (MARTIN et al., 2012).

O escitalopram, isômero farmacologicamente ativo do citalopram, é o ISRS mais seletivo e potente atualmente disponível. Este se mostrou superior ao placebo no tratamento da depressão. Apresentou um início de ação mais rápido e uma melhor tolerabilidade. Deste modo, o escitalopram apresenta um perfil bastante favorável para o tratamento de pacientes em uso de múltiplas medicações, situação relativamente comum em pacientes idosos (LACERDA, 2013).

A filha mais velha do casal, M.K, engordou 40 kg de sua última gestação gemelar e nunca mais conseguiu recuperar seu peso adequado. O peso elevado, diminui sua auto-estima, ela deixava de sair, sempre se escondendo. E trancada em casa, engordou mais e mais, e hoje se encontra com um IMC de 38kg/m<sup>2</sup>. Sua situação é tão triste que a paciente possui odor desagradável por não conseguir fazer sua higienização adequada. Há dois anos, estamos lutando para conseguir sua cirurgia bariátrica, porém a burocracia e desorganização do sistema não têm contribuído.

Ferreira e Benício (2015), realizaram um trabalho que mostrou que a paridade exerce influência sobre a obesidade nas mulheres brasileiras em idade reprodutiva, sendo mais prevalente entre as mulheres que possuem filhos do que entre as nulíparas.

O filho mais novo do casal, H.K., procurou a unidade, deprimido e ansioso, usuário de drogas e álcool, possui grande dificuldade de se manter empregado. Queixava-se que nos últimos meses, mesmo fazendo uso de altas doses diárias, estava acordando trêmulo e nauseado, bebia em jejum e não conseguia realizar nenhuma das atividades diárias. Nunca deu nenhum tratamento ambulatorial, não frequentou o AA. Já foi encaminhado para acompanhamento com psicoterapia porém, não deu continuidade.

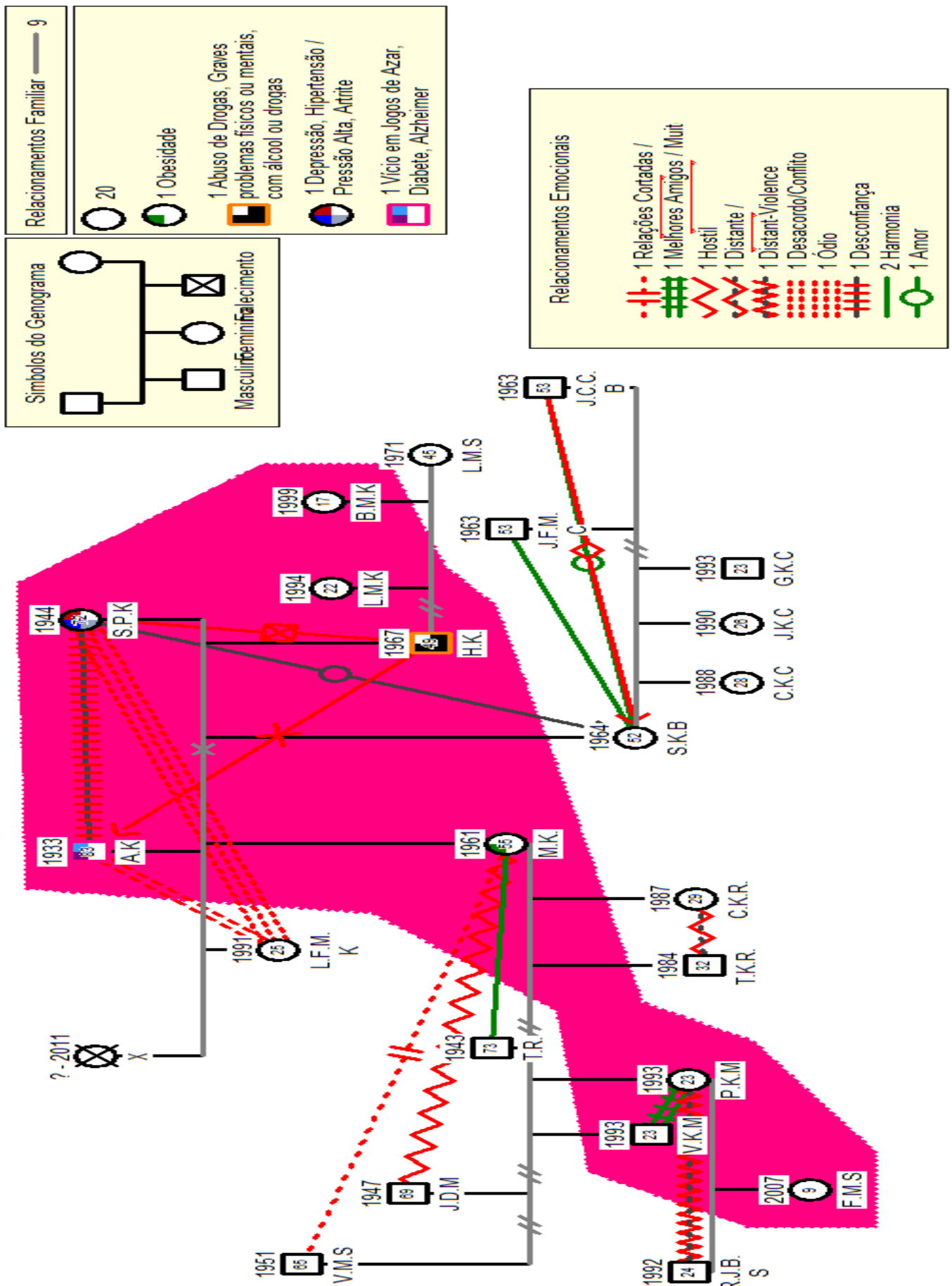
A filha mais nova de H.K, B.M.K, veio a nossa unidade queixando-se de amenorreia há dois meses. Estava triste, pois o namorado disse que se ela estivesse grávida teria que “tirar” ou ele terminaria com ela. Ela estava visivelmente abalada, com medo, sem saber o que fazer e a quem recorrer. A minha conduta inicial foi solicitar o beta-hCG. O resultado veio positivo. A seguir, expliquei a ela a importância de realizar o pré-natal, prescrevi ferro e ácido fólico, solicitei os exames

de rotina do primeiro trimestre e orientei que ela explicasse toda a situação para sua família e se necessitasse de nossa ajuda, que a equipe poderia estar presente.

A gestação é considerada um momento na qual ocorrem grandes transformações, estas são muito mais observadas quando trata-se de mães primíparas. Ao ser mãe, muitas são as mudanças que se apresentam à mulher em termos físicos, psicológicos, familiares e sociais. Neste sentido é onde entra o papel do pré-natal, sendo ferramenta fundamental na prevenção de complicações da gravidez, do parto e do puerpério, protegendo a saúde das mães e dos bebês (PICCININI et al., 2008).

Essa consulta multiprofissional focada na família é imprescindível para que conheçamos a realidade de cada um, para que entendamos a dinâmica familiar e possamos ver que cada indivíduo é único, cercado de várias situações que contribuem para o seu processo saúde-doença, e que nem sempre a base do tratamento é medicamentosa.

FIGURA 1: Genograma



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

No Brasil, a medicina comunitária foi incorporada na década de sessenta e ao longo das últimas décadas conseguiu demonstrar que a grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população, transmissíveis ou não, são de fácil prevenção (CZERESNIA, 2003).

Diante das situações apresentadas pelos casos do eixo 2 e da realidade vivenciada na Unidade Básica de Saúde PSF Norte, em Conceição do Araguaia – Pará, faz-se necessário verificarmos as ações de prevenção e promoção que são realizadas pela UBS e as que poderiam ser implantadas para melhorar os serviços.

Priorizamos bastante a visita domiciliar, pois ela permite um cuidado individualizado e direcionado ao usuário conforme o ambiente em que vive. Dessa forma, conhecemos de perto as patologias da área adstrita realizando a educação para o autocuidado e sanando dúvidas e limitações de cada usuário.

A visita domiciliar (VD) é desenvolvida pela equipe de saúde com o objetivo de visar à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, como uma oportunidade diferente de cuidado. No entanto, no dia-a-dia, observa-se com maior frequência que a VD tem sido utilizada para intervir ou minimizar o processo saúde-doença. No Brasil, a VD remete à Estratégia Saúde da Família (ESF), e constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade (ANDRADE, 2014).

O planejamento das ações é feito voltado para a comunidade da nossa área de abrangência, levando em conta as condições socioeconômicas e os grupos de risco. Nossa unidade de saúde ESF Norte trabalha com horários pré-agendados ou não, realizamos procedimentos simples como serviço de curativos, injeções, nebulização, controle de pressão arterial (PA) e da glicemia capilar, porém não estamos fazendo consultas de especialidades médicas.

Há a consulta de enfermagem em Saúde da Mulher com a coleta do exame citopatológico e atendemos a demanda de gestantes da nossa área e que não se enquadram no alto risco. O acompanhamento da mulher ocorre em períodos pré-concepcionais orientando-as sobre os métodos anticoncepcionais e os cuidados que devem ter durante a gestação, puerpério e amamentação. Para tanto, o Dia da Gestante ocorre uma vez por mês, onde realizamos reuniões com palestras sobre amamentação e outras medidas preventivas importantes. A puericultura deve ter

início no período pré-natal, estimulando a amamentação precocemente e deve ser continuada e acompanhada durante o puerpério.

A gestação envolve modificações físicas e psicológicas e que na maioria dos casos evolui sem intercorrências por ser um fenômeno fisiológico. Porém isto não deixa o período gestacional isento da necessidade da assistência pré-natal qualificada (LANDERDAHL et al., 2007).

O Brasil dispõe de Políticas Públicas de Saúde da Mulher que visam garantir às mulheres atendimento em todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento pré-natal deve ser multiprofissional e multidisciplinar e as consultas podem ser realizadas por médico e ou enfermeiro, sendo intercaladas, de acordo com as intercorrências. O enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco (BRASIL,2012).

A amamentação constitui uma das dimensões fundamentais do cuidado à saúde da mulher e da proteção da criança (LIMA,2014).

Contamos ainda com o Dia da Criança, em que realizamos a puericultura, serviços de imunizações e teste do pezinho. Preconiza-se no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida da criança. Sempre indico que seja realizada uma consulta por mês até que a criança complete um ano, assim é mais fácil detectar alterações no crescimento e desenvolvimento, e intervir precocemente diminuindo os agravos.

Ocorreram grandes mudanças sociais na vida das crianças, entre elas as transformações ocorridas nos índices de mortalidade infantil. Essas transformações ocorreram graças a uma melhor compreensão da situação da criança na sociedade e dos investimentos em políticas públicas mais abrangentes. Porém grandes problemas ainda permanecem como o agravante à saúde da criança relacionada às morbidades e hospitalizações evitáveis, demonstrando fragilidade nos serviços de APS (SILVA, 2015).

Temos atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, como, grupos operativos dirigidos a grupos específicos, como hipertensão e diabetes - HIPERDIA. Realizamos palestras educativas sobre prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas. Os temas foram escolhidos de acordo com os maiores problemas enfrentados pela população, os assuntos que geram mais dúvidas e que são frequentemente perguntados pelos pacientes durante as

consultas. O objetivo é tentar abranger o maior número de pessoas possível e buscar por soluções para seus determinados problemas.

Nosso grupo de hipertensão arterial que conta com a presença de um educador físico, onde o objetivo principal é manter as taxas pressóricas dentro dos limites aceitáveis. Para tanto incentivamos cada vez mais a mudança no estilo de vida, que na maioria das vezes é capaz, sozinha, de fazer esse controle pressórico sem a ajuda de fármacos. O propósito do HIPERDIA é deixá-los informados sobre o manejo da doença e que possam interagir com outras pessoas portadoras de maneira a trocarem experiências. Realizamos o acompanhamento desses pacientes verificando a pressão, a adesão ao tratamento e as metas atingidas.

Os motivos que levam os sujeitos a participarem e permanecerem nos programas de exercícios físicos tem ênfase para o bem-estar pessoal. Os indivíduos relatam se sentir bem e saudável, conjuntamente a outros aspectos como: diversão, satisfação, qualidade das aulas e prevenção de enfermidades, parecem qualificar os motivos para a permanência nas práticas de exercícios físicos nos programas e a permanência e importância da educação física no PSF (JESUS,2013).

A inclusão do tema da atividade física passa pela compreensão de que o sedentarismo é um dos principais fatores de risco para a mortalidade mundial. Existem evidências sobre os benefícios de programas populacionais voltados para o incentivo à atividade física (MALTA,2014).

A Estratégia Saúde da Família trabalha a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) através do HIPERDIA, o qual é um sistema informatizado de cadastramento que possibilita o recebimento dos medicamentos prescritos, pode definir o perfil epidemiológico dessa população e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida e à redução do custo social (FERNANDES,2013).

Diante do padrão de abuso de drogas no Brasil, organizou-se uma intervenção a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, de forma integral e intersetorial, com ênfase do cuidado e atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas na atenção primária, por ser este um passo fundamental para o acesso e acolhimento e por considerar a resolutividade nesse nível de atenção (SANTOS, 2012).



Entre as responsabilidades e ações estratégicas da Atenção Primária encontra-se o controle da hanseníase. É uma doença potencialmente incapacitante e, embora curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial. O Brasil é responsável por cerca de 85% dos casos registrados nas Américas. Para tanto, temos o Programa de Controle da Hanseníase, porém algumas ações têm que ser intensificadas. A busca e controle dos comunicantes são ações que não podem ser subestimadas, assim como a busca da identificação da fonte de infecção do doente que previne a continuação do contágio de outras pessoas (SOUSA, 2013).

Visando ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde a incluiu as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em 2006. Com a ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil e sua valorização com a incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes da ESF o atendimento passou a ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção (MATTOS,2014).

É difícil concretizar as práticas de promoção à saúde, pois há uma sobrecarga voltada para o plano terapêutico, além de uma excessiva demanda espontânea. Soma-se ainda a resistência dos usuários e a lógica capitalista vigente que confrontam o estilo de vida saudável necessário à promoção de saúde. É imprescindível que nós trabalhemos com intervenções coletivas que diminuam a exposição do indivíduo a essas condições de vida insalubres.

A experiência de prática na UBS PSF Norte tem permitido agregar conhecimento, no que se refere aos Programas do Ministério da Saúde que são desenvolvidos no contexto da atenção primária junto à comunidade da área de abrangência.

As campanhas de prevenção são efetivas na redução da incidência de doenças porque utilizam conhecimentos e práticas que comprovadamente podem evitar muitas doenças. Um exemplo típico são as campanhas de prevenção da AIDS e as de vacinação (SUCUPIRA,2003).

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de óbitos no mundo e são responsáveis por elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. A promoção de saúde pode reduzir o impacto diminuindo seus fatores de risco, melhorando a

atenção à saúde, fazendo a detecção precoce e o tratamento oportuno. Com a atuação da atenção primária em território definido, com população adstrita, fica mais fácil a realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento (MALTA, 2011).

#### **4 VISITA DOMICILIAR**

O crescente aumento de pessoas que precisam de cuidados contínuos e intensificados, está diretamente relacionado a uma maior ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, em geral, em função do envelhecimento populacional. O acompanhamento a domicílio é fundamental, lembrando, que o profissional de saúde desloca-se até a casa do indivíduo, que por alguma dificuldade não pôde comparecer à unidade de saúde. Analiso o acompanhamento à domicílio como um mecanismo de grande importância, que beneficia diretamente o usuário, pois trata-se uma atividade pró-positiva e ponderada, e que leva a contemplação de diversos aspectos q variam desde a situação biopsicossocial, econômica e trabalhista, que por sua vez facilita o exercício do cuidado continuado e nos aproxima ainda mais do agravos atuais. .

O principal personagem desse contexto, que não poderia deixar de ser citado, desempenhando uma importante função em todo esse processo, é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Pois é ele que informa a todo o pessoal da equipe, todos as adversidades por ele observados em cada seio familiar. E cabe a ele, o desenvolvimento das ações que variam desde arranjo de reuniões; disseminação de campanhas vacinais; ensinar sobre higiene e hábitos saudáveis; observar o uso de medicações e orientar caso esteja sendo feito de maneira incorreta; promover a importância do aleitamento materno; instigar a visita às unidades básicas de saúde para cuidados que visam a prevenção como também a observação do estado de saúde atual nos indivíduos que estão acamados.

O acompanhamento à domicílio, aqui em minha unidade de saúde dura em média 40 minutos, dependendo das necessidades dos pacientes e o número de pacientes por residência. As visitas ocorrem as sextas-feiras pela manhã. Nos domicílios onde as visitas são feitas há algum tempo, existe maior agilidade na resolução dos problemas, pois há um conhecimento prévio do que acontece naquele centro familiar, facilitando as orientações aos cuidados. Basicamente, a maioria dos pacientes cadastrados nas visitas domiciliares são idosos portadores de HAS e DM que possuem alguma incapacidade ou dificuldade em se deslocar até a unidade de saúde, pacientes sequelados de AVE, e portadores de doença mental.

Avalio a experiência da visita domiciliar como formentadora. As visitas são realizadas de forma agendada e programada, direcionadas as famílias que mais necessitam de nosso apoio naquele momento. A visita fortalece o nosso trabalho em equipe. A equipe que realiza as visitas domiciliares é composta pelo médico, técnica de enfermagem, enfermeira e ACS. Durante as visitas fazemos acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas, orientando sobre uso de medicações, renovamos receitas, solicitamos exames, avaliamos as condições em que o paciente se encontra e o apoio familiar recebido, e por vezes acabamos contribuindo de forma a ajudar na alimentação, moradia, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos.

Na unidade de saúde PSF Norte não estamos isentos de problemas relacionados ao atendimento domiciliar, porém, esses podem ser aos poucos trabalhados, visto que temos tido uma boa resposta com a assistência prestada atualmente. Semanalmente, ocorrem reuniões só para tratar do assunto 'visita domiciliar', nessa reunião fazemos o levantamento das famílias em maior situação de risco. Essa avaliação é feita pelo preenchimento da FICHA A pelos ACS, o enfermeiro estuda as informações contidas na ficha, e planeja a visita semanal.

Visando a diminuição da medicalização da vida e do sofrimento e, conseqüentemente, da institucionalização surge à atenção domiciliar. Esta minimiza intercorrências clínicas, diminui os riscos de infecções hospitalares, oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares, institui o papel do cuidador e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL,2012).

Alguns estudos anteriores mostram que, sob o rótulo da atenção domiciliar (AD), os programas de saúde incluem uma ampla gama de serviços, de forma a atender as necessidades dos usuários que não são oferecidas pelas ofertas habituais de serviço que são baseadas nas consultas médicas, pronto atendimento e internação hospitalar (SILVA,2013).

A atenção domiciliar permite ao paciente e sua família participação ativa no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários. Esta modalidade assistencial tem proporcionado

avanços importantes na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade (BRITO, 2013).

A equipe deve atender às necessidades de saúde de cada indivíduo e das famílias que integram, garantindo assim a atenção à saúde. A visita domiciliar é um dos pontos para o sucesso da estratégia. Apesar de ser recomendada a média de no mínimo uma visita mensal, essa frequência deve ser analisada e discutida pela equipe, levando-se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade, assim, famílias com maior necessidade serão visitadas mais vezes (BORGES, 2013).

É necessário mais que a simples aplicação de técnicas para o manejo do sofrimento psíquico, faz-se necessário avanços na acessibilidade, na humanização e na promoção à saúde que abordando questões sociais e de relacionamento interpessoal. É imprescindível o papel da família no cuidado do familiar com transtorno mental e as visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador nessa relação, promovendo assistência e educação tanto para o paciente como para a família (PEREIRA, 2014).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Nosso principal papel quanto a porta de entrada no serviço, é a prevenção e promoção de saúde. Infelizmente todos, ou quase todos, os conceitos dessa primeira frase não podem ser aplicados a nossa realidade. A população infelizmente não conhece o fluxo do serviço, por vezes, atendo pessoas que procuram nosso atendimento com picos hipertensivos, enquanto que os colegas da UPA ficam avaliando exames. Existe sim, a falta de informação quanto a esse ponto. Promoção e prevenção de saúde não dependem só da abordagem Estratégia Saúde da Família (ESF), depende principalmente das atitudes da população. Nosso papel é, principalmente, o de orientar. Posso dizer que 90% das consultas realizadas correspondem ao sexo feminino, que está um pouco mais preocupado com a prevenção de doenças.

Diante deste cenário, é difícil atingirmos o nível de resolutividade esperado. A ESF propõe uma nova visão sobre o cuidar, sobre a forma de prestar assistência a comunidade. Colocando a família como atora principal e admitindo que a saúde vai além do bem-estar físico, busca-se com essa nova estratégia a aproximação do serviço com a comunidade.

Notamos que o acesso da população ao serviço foi facilitado. O atendimento que antes possuía caráter curativo, passou a ser melhor aplicado quando começamos a conhecer as situações de vida do paciente, suas dificuldades. Quando conseguimos levantar essas questões pudemos avaliar a “doença” exposta pelo paciente melhor, vimos que muitas vezes a cura não está em fazer uso de medicação, que muitas vezes as medicações não podem ser adquiridas, e as orientações não podem ser seguidas. Com esse novo olhar, conseguimos direcionar o tratamento mais adequado para cada situação.

A felicidade por ter essa nova forma de trabalhar é vista também na população que demonstra-se satisfeita com o serviço, acolhendo a unidade como uma segunda casa. Embora não seja o sistema perfeito, aquele proposto no papel, com presença de falhas, ele consegue liquidar boa parte das necessidades da comunidade adstrita.

Ter participado do programa PROVAB, foi essencial para o meu crescimento profissional, ter uma visão do que pode-se ser feito não somente a nível do conhecimento médico mas em questão de gestão e planejamento, foi de suma importância para melhor adequação do serviço. O programa também agregou informações atualizadas a respeito das principais doenças encontradas na atenção primária. Dessa forma, a população sai beneficiada, pois a equipe melhor preparada consegue atender melhor a comunidade.

## REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C. **Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** 7. ed. Joinville: Univille, 2007.

BLUMMER, Vythilingam Meena, et al. "**Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression.**" *American Journal of Psychiatry* 159.12, : 2072-2080, 2002.

BORGES, Marcos Vinícius Ribeiro, et al. "**Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem.**" *Rev Bras Clin Med. São Paulo* 11.1, 55-61, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**, Brasília , 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**– 3. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, Maria José Menezes, et al. "**Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade.**" *Esc Anna Nery* 17.4 , 603-10, 2013.

CUNHA, Giovanella Ligia, et al. "**Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.**" *Ciênc saúde coletiva* 14.3 (2009): 783-94.

CZERESINA, Dina. "**Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.**" Documentos técnicos de apoio ao Fórum (2012): 211.

FILHO, E. T. C & NETTO, M.P . **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica.** (2ª ed.). São Paulo: Atheneu, 2006.

FERREIRA, Naura Syria Carapeto. "**Gestão democrática da educação para uma formação humana: conceitos e possibilidades**", 2008.

**Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde. Módulo Político Gestor.** UNA-SUS | UNIFESP

MATOS, Catarina Machado, et al. "**Avaliação das condições de habitação e saneamento**", 1995.

MENEZES, Risia Cristina Egito de, et al. "**Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde: A educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço.**" *Revista Baiana de Saúde Pública* 37.4, 2013.



PEREIRA, Sandra Sousa; CÉZAR, Juliana Guimarães Silva; CARDOSO, Lucilene. **Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change,v. 5, n1, 2014.

PIERIN, Angela Maria Geraldo and Raymundo, Ana Carolina Nascimento. **"Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo."** *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48.5, 811-819, 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia: **7 Diretriz Brasileira de Hipertensão.** Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro, 2016

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia para Diabetes.** 2017.

SILVA, Livia Angeli, Cezar Augusto Casotti, and Sônia Cristina Lima Chaves. **"A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção."** *Ciênc saúde coletiva [Internet]* 18.1 ,p.221-32, 2013.

SUCUPIRA, Ana Ceília. **Marco Conceitual da Promoção de Saúde no PSF.** SANARE ano iv, n.1, 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE - UCSPA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**CARLA FERNANDA DA SILVA SANTOS**

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO NA  
PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER, NA ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SETOR NORTE EM CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA-  
PARÁ**

**CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA- PARÁ**

**2016**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 PROBLEMA .....	4
3 JUSTIFICATIVA .....	5
4 OBJETIVOS .....	6
4.1 Objetivo Geral .....	6
4.2 Objetivos Específicos .....	6
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	7
6 METODOLOGIA .....	9
6. 1 Tipo de estudo .....	9
6. 2 População alvo .....	9
6.3 Período de realização.....	9
6.4 Etapas do projeto de intervenção.....	9
7 CRONOGRAMA .....	10
8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....	11
9 RESULTADOS ESPERADOS .....	12
10REFERÊNCIAS.....	13

## 1.INTRODUÇÃO

A prevenção e o diagnóstico do câncer de colo uterino podem ser feitos pela colheita de material citopatológico, que detecta precocemente lesões pré-cancerosas, rastreando dessa maneira a população feminina que pode ser exposta a essa comorbidade (mulheres jovens, sexualmente ativas e em idade reprodutiva).

As mulheres que se enquadram no perfil para realizar o exame preventivo no rastreio do câncer de colo uterino na ESF Setor Norte, buscam a unidade de saúde devido a várias problemáticas. Cabe a toda equipe multidisciplinar realizar um acolhimento adequado, respeitando os anseios e buscando resolubilidade para o problema atual, porém, além disso, devem-se promover ações de esclarecimento e educação em saúde para que as mulheres tenham consciência da formação do processo saúde-doença e possam intervir sobre ela.

A mulher como todo indivíduo, deve ser vista como um todo, em seus vários aspectos e peculiaridades, com essa visão holística e norteada pelo princípio da integralidade, não podemos perder a oportunidade da formação e estabelecimento de um vínculo sólido.

O objetivo desde projeto de intervenção é que todas as mulheres no território da ESF Setor Norte tenham consciência da importância e realizem o exame preventivo do câncer de colo de útero. Melhorando assim os indicadores de saúde, possibilitando o tratamento precoce, além de diminuir gastos para o estado.

## **2.PROBLEMA**

A cidade de Conceição do Araguaia no estado do Pará apresenta pouca adesão das pacientes para a realização do exame citopatológico periodicamente, no sistema único de saúde. Neste município, ainda há pouca informação à respeito da importância do exame preventivo para a detecção precoce de do câncer de colo uterino.

### **3.JUSTIFICATIVA**

Estudos revelam que o câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em desenvolvimento (SENSU, 2008). A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011). A grande quantidade de mulheres que não realizam o exame citopatológico regularmente é grande, fazendo com que seja necessário investir em projetos capazes de abranger o máximo de mulheres para prevenir o câncer.

Com base nisso, é primordial que a estratégia de saúde da família seja responsável para mudar este quadro e possa contribuir consideravelmente para a diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida destas pacientes, fazendo prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino através do exame citopatológico.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 GERAL**

Conscientizar as mulheres adstritas na área de atuação da Estratégia de Saúde da Família Setor Norte, em Conceição do Araguaia – Pará, sobre a importância e adesão ao exame citopatológico de colo uterino (Papanicolau).

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Sensibilizar a gestão local sobre o projeto, para fomentar o mesmo;
- Realizar campanhas de esclarecimento e capacitação da equipe multidisciplinar dentro da unidade de saúde;
- Realizar ações de educação em saúde, para promover e prevenir a saúde da mulher;
- Intensificar a vacinação contra o HPV;
- Supervisionar a coleta do exame citopatológico;
- Fazer diagnósticos precoces do câncer de colo uterino ou de lesões precursoras;

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2011), “câncer” é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que traz em comum entre elas o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos,

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), vem afirmar que o câncer do colo do útero, é o segundo tumor mais freqüente na população feminina (ficando atrás apenas do câncer de mama), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

No Brasil é considerado um problema de saúde pública, atingindo todas as camadas sociais e regiões do país. É a terceira causa de morte em mulheres em países do terceiro mundo. (DAVIM et al., 2005).

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, demora de 8 a 10 anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos (INCA, 2013)

Outros fatores também estão envolvidos como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, uso de contraceptivos orais, tabagismo, situação conjugal e socioeconômica tem sido apontados como fatores de risco importante para o desenvolvimento dessa neoplasia (INCA 2013a)

O exame citopatológico do colo uterino além de ser um método simples, rápido, indolor, de baixo custo e de fácil execução tem se mostrado efetivo e eficiente na prevenção do câncer cervico-uterino, na detecção precoce de lesões pré-invasivas e, é um instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por esta patologia (FERREIRA 2009)

A maior parte das mulheres procura atendimento ginecológico, incluindo a realização da citologia preventiva, somente nos casos onde existe sintomatologia, fato que comprova o desconhecimento sobre a importância do exame (GOMES *et al* 2008)

Ações de prevenção e detecção precoce ao câncer de colo uterino são de grande importância, visto que esta doença pode comprometer a vida das



mulheres, visto que, essas quando doentes, ocupam leitos hospitalares, compromete seu papel social, familiar (BRASIL, 2006).

O rastreamento abrangente e constante junto às mulheres está associado a uma redução de óbitos em mais de 70% em relação às populações não assistida (CALAZAN *et al* 2008).

Os profissionais de saúde que atendem uma clientela feminina devem cuidar para que haja uma maior efetividade possível. Os serviços devem adotar estratégias que evitem oportunidades perdidas de atenção às mulheres, ou seja, evitar ocasiões em estas procuram a unidade e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção e/ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional. (BRASIL 2008)

A ampliação e a qualificação dos serviços de atenção primária, organizadas por meio da ESF, formam parte do conjunto de prioridades políticas que supera a antiga teoria de caráter exclusivamente centrado na doença, dando ênfase às práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, voltada às populações de territórios delimitados, pelos quais também assumem sua co-responsabilidade no processo (BRASIL, 2011).

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente projeto é um estudo transversal, que será realizado na ESF do Setor Norte em Conceição do Araguaia- Pará, com o objetivo de programar e executar ações preventivas para a adesão de mulheres ao exame citopatológico do colo de útero.

### **6.2 POPULAÇÃO ALVO**

Mulheres com vida sexual ativa no território da ESF Setor Norte em Conceição do Araguaia – Pará

### **6.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

O projeto será realizado de Janeiro a Março de 2017.

### **6.4 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

- Esclarecer a importância do tema para gestão municipal;
- Esclarecer, sensibilizar e atualizar a equipe multidisciplinar sobre o tema;
- Esclarecer a comunidade sobre o tema;
- Ampliar e fortalecer a assistência a saúde da mulher;
- Fortalecer o vínculo com as mulheres da comunidade;
- Realizar campanhas;
- Avaliar os resultados;

## 7.CRONOGRAMA

Procedimentos	Set/2016	Out/2016	Nov/2016	Jan/2017	Fev/2017	Mar/2017
Elaboração do projeto	x	X	X			
Busca de artigos científicos	X	X	X			
Apresentação projeto para equipe de saúde	X	X	X			
Apresentar o tema para a comunidade			X	X	X	X
Primeiros contatos com a comunidade alvo			X	X		
Seleção dos participantes			X	X		
Realização de palestras				X	X	X
Realização de atividades educativas				X	X	X
Esclarecer, sensibilizar e atualizar a equipe á respeito do tema	X	X	X			

## **8.RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **8.1 RECURSOS HUMANOS**

- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS;

### **8.2 RECURSOS MATERIAIS**

- Sala para realização de grupos;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Folha A4;
- Impressora;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Listas com mulheres com vida sexual ativa da área adstrita;

## **9.RESULTADOS ESPERADOS**

Com a realização deste projeto de intervenção, espera-se conscientizar as pacientes da área de atuação da Estratégia de Saúde da Família Setor Norte, em Conceição do Araguaia – Pará, à respeito da importância do exame preventivo periodicamente.

Espera-se ainda que, o projeto sensibilize as autoridades locais para apoiar a iniciativa do projeto, que sejam realizadas políticas públicas voltada à saúde da mulher, tais como: vacinação contra HPV, exame citopatológico periodicamente, capacitação da equipe multidisciplinar. Almeja-se ter o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino.

## 10.REFERÊNCIAS

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – PSF – Saúde da Família - Atenção Primária. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Caderno 09, Pág. 12, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISPACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama. n. 13.124 p, Brasília, 2006.

CALAZAN, C.; LUIZ, R. R.; FERREIRA, I. O diagnóstico do câncer de colo uterino invasor em um centro de referencia brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v04/pdf/325\\_332\\_O\\_Diagnostico\\_do\\_Cancer\\_do\\_Colo\\_Uterino.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/325_332_O_Diagnostico_do_Cancer_do_Colo_Uterino.pdf).

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Rev. Esc. Enferm. USP , São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.

FERREIRA, M. S. L. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. 2009. Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2018.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf).

GOMES, J.C. et al. Fatores impeditivos para a realização da citologia. I Semana de ciências da URCA, XI Semana de iniciação Científica. 01 a 05 de dezembro de 2008.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. 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: INCA, 2011.

SENSU, Stricto. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Rev bras ginecol obstet, v. 30, n. 5, p. 216-8, 2008.

