UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

LUCIANA RIBEIRO TOMAZ DA SILVA CUNHA

Belo Horizonte/Minas Gerais

2011

LUCIANA RIBEIRO TOMAZ DA SILVA CUNHA

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Suelene Coelho

Belo Horizonte/Minas Gerais

2011

LUCIANA RIBEIRO TOMAZ DA SILVA CUNHA

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES PREVENTIVAS DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Suelene Coelho

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suelene Coelho - Orientadora
Dra. Daisy Maria Xavier Abreu

Aprovada em Belo Horizonte, 18 de junho 2011

Esse trabalho é dedicado

A todas as mulheres e a todos os profissionais que atuam no cuidado da saúde da população feminina, que com a nossa participação conjunta proporcionem a qualidade de vida, o respeito e a valorização nas ações da saúde da mulher.

Agradeço a

Deus, o dom da vida;

Aos os meus pais, irmãs e ao meu esposo; pelo incentivo e compreensão;

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, pela oportunidade;

Aos colegas, docentes e parceiros do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela acolhida e credibilidade;

À tutora Cristina Maria da Paz Oliveira Martins e a orientadora Suelene Coelho, pelo empenho e ensinamentos compartilhados;

À Gerente Cléris Blanco de Sousa e aos profissionais do Centro de Saúde Jardim Guanabara, pela parceria e disponibilidade;

À Equipe Verde do Programa Saúde da Família, pelo compromisso e dedicação que resultaram no fruto deste trabalho.

“Recebe, ó Senhor, os nossos medos
e transforma-os em confiança.

Recebe o nosso sofrimento
e transforma-o em crescimento.

Recebe as nossas crises
e transforma-as em maturidade.

Recebe as nossas lágrimas
e transforma-as em oração.

Recebe a nossa raiva
e transforma-a em intimidade.

Recebe o nosso desânimo
e transforma-o em fé.

Recebe a nossa solidão
e transforma-a em contemplação.

Recebe as nossas amarguras
e transforma-as em quietude interior.

Recebe as nossas esperas
e transforma-as em esperança.

Recebe a nossa morte
e transforma-a em ressurreição.

Amém.”

Reproduzido pelo COREN-MG

RESUMO

O presente estudo contempla a atuação da Equipe de Saúde da Família 3 (Equipe Verde), do Centro de Saúde Jardim Guanabara (CSJG), do município de Belo Horizonte, nas ações preventivas do câncer de colo do útero e analisa as metas, coberturas e periodicidade em que são realizados os exames citopatológicos nas mulheres de 25 a 59 anos no ano 2009. Este trabalho justifica-se pela importância epidemiológica do câncer cérvico-uterino em relação aos seus elevados índices de morbi-mortalidade e a alta taxa de potencial de prevenção e cura quando diagnosticados precocemente. Foi utilizada como fonte principal do estudo, a experiência vivenciada pela Equipe no atendimento às mulheres no Centro de Saúde. Os resultados identificados pela equipe apontam baixa cobertura e metas dos exames citopatológicos propostas pelo Ministério da Saúde. Diante dos resultados apresentados propõe estratégias a serem implementadas, tais como, fluxos do cuidado, planilha de acompanhamento e grupos educativos, possibilitando o maior controle e organização das atividades de prevenção do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: 1- Câncer de colo do útero 2- Saúde da Família 3- Prevenção do câncer de colo do útero

ABSTRACT

This current study is based on the acting of Family Health Team 3 (Green Team), in the Health Center of Jardim Guanabara (CSJG), in Belo Horizonte city, in the preventive cervical cancer actions and the goals analyses, coverage and frequency that are made the cytopathological exams in women from 25 to 59 years old in 2009. This work is justified by the epidemiological importance of cervical cancer regarding the high rate of morbidity and the high rate potential for prevention and cure when diagnosed early. Was used as the source of the study, their experience in the Team treating women at the Center for Health. The results identified by the team indicate low coverage of cervical screening and goals proposed by the Ministry of Health on the results presented proposes strategies to be implemented, such as streams of care, follow-up spreadsheet and educational groups, allowing for greater control and organization of activities to prevent cervical cancer.

Keywords: 1 - Cervical cancer 2 - Family Health 3 - Prevention of cervical cancer

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
BH	Belo Horizonte
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CES	Centro de Educação em Saúde
CS	Centro de Saúde
CSJG	Centro de Saúde Jardim Guanabara
ESPMG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
HOB	Hospital Odilon Behrens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	Programa de Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SMSPBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 11

2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO BÁSICA EM BELO HORIZONTE 13
2.1 O Município de Belo Horizonte..... 16
2.2 Um pouco da história do papel do Município de Belo Horizonte 17
2.3 A Unidade Básica de Saúde Jardim Guanabara..... 19

3 OBJETIVOS..... 22

4 METODOLOGIA..... 23
4.1 Tipo de estudo..... 23
4.2 Indicadores utilizados para a análise dos dados..... 24

5 REVISÃO DE LITERATURA..... 27
5.1 Evolução histórica das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher..... 27
5.2 A importância epidemiológica do câncer de colo do útero 30
5.3 O câncer de colo do útero 31
5.4 O exame citológico do colo uterino (Papanicolaou)..... 33
5.5 A importância do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)..... 36
5.6 Estratégias de prevenção, promoção e controle do câncer de colo do útero..... 38
5.7 Atribuições dos diferentes níveis de atenção na prevenção e controle do câncer de colo do útero..... 42
5.8 Atribuições dos profissionais do Programa da Saúde da Família 44

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 50

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 68

REFERÊNCIAS 70

ANEXOS..... 74

APÊNDICES..... 75

1 INTRODUÇÃO

A formação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com graduação em dezembro de 2004, e a trajetória profissional iniciada como docente e supervisora de estágio do Colégio de Enfermagem Ferreira Martins em 2005 e do Colégio Diretriz em 2005/2006, foram importantes na construção de uma carreira. Assim, com a experiência atual, de cinco anos na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, atuando no Programa da Saúde da Família (PSF) pertencente à Equipe Verde (ESF 3) do Centro de Saúde Jardim Guanabara, acredita-se que trabalhar no PSF é desenvolver ações em equipe, atuando na vigilância à saúde e buscando pela melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade à distância, é direcionado à médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e tem por objetivo formar profissionais de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família como Especialistas em Atenção Básica em Saúde da Família. O Curso é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde (MS) – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (NESCON, 2008). O Curso também conta com a importante participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e do Centro de Educação em Saúde (CES). O CEABSF desempenha um importante papel na reflexão e no aperfeiçoamento das práticas diárias do profissional de saúde, permitindo ainda, ricos momentos de valorização e troca de saberes entre a Equipe de Saúde da Família (ESF).

O presente trabalho contempla a proposta de intervenção sobre um problema identificado, na Equipe Verde, no decorrer das atividades do Módulo Saúde da Mulher da Unidade Didática II. O problema apontado é sobre a falta de controle e busca ativa mais criteriosa da equipe nas ações preventivas do câncer de colo do útero. Este módulo estudado despertou para elaboração de propostas a serem desenvolvidas e implementadas pela equipe, possibilitando o maior controle e organização das atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a evolução do câncer de colo do útero é lenta, podendo progredir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Desta forma, a evolução da lesão passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Entre todos os tipos de câncer, apresenta uma alta taxa de potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, podendo chegar a uma taxa de 100% de cura. Em cerca de 80% dos casos esta patologia pode ser tratada ambulatorialmente.

A Equipe de Saúde da Família tem, entre as suas atribuições, o cuidado com a saúde da mulher, garantindo o planejamento e a programação das ações de controle do câncer de colo do útero. O enfermeiro como integrante da ESF desempenha um importante papel no planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações da saúde da mulher, contribuindo para a organização e vigilância deste cuidado.

Este trabalho justifica-se pela importância epidemiológica do câncer do colo de útero em relação aos seus elevados índices de incidência e mortalidade, bem como, de sua urgência e capacidade de enfretamento pela equipe, com ações educativas de promoção à saúde, vigilância, detecção precoce e encaminhamento para tratamento em tempo oportuno. Considerando ainda que o controle e o acompanhamento das mulheres na prevenção do câncer cérvico-uterino e suas buscas ativas terão impactos satisfatórios na saúde da mulher, é preciso então, investir em ações que garantam a detecção precoce de tal patologia e o seu controle mais criterioso pela equipe de saúde.

2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO BÁSICA EM BELO HORIZONTE

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991. Este Programa iniciou-se no país na região Nordeste, para agregar-se aos esforços à redução da morbi-mortalidade infantil e materna nesta região (MINAS GERAIS, 2007). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Belo Horizonte (BH) este processo iniciou-se no ano 2000. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vem contribuindo para a maior vigilância à saúde, na tradução da realidade social e no acompanhamento das famílias em áreas de abrangência dos Centros de Saúde (CS).

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 pelo Governo Federal, a qual propõe as Unidades Básicas de Saúde a formação de equipes multiprofissionais, compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 ACS (BRASIL, 1998a).

A implantação das primeiras equipes do Programa Saúde da Família em Belo Horizonte ocorreu em fevereiro de 2002 (BELO HORIZONTE, 2006). Nos períodos anteriores ao PSF, embora houvesse adscrição de clientela ao CS, não havia vínculo e responsabilização aos usuários. Além deste cenário, as consultas diárias eram limitadas e muitas vezes era necessário que o usuário enfrentasse grandes filas de madrugada para ser atendido. Com a implantação do PSF o foco da atenção passou a ser o núcleo familiar e as ações fundamentadas na garantia do acesso, vínculo, responsabilização, resolutividade, integralidade da assistência, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

O processo de implantação do PSF em Belo Horizonte foi gradativo. Inicialmente foram cadastradas 176 ESF, sendo responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco de adoecer e morrer, atingindo a 70% de cobertura (BELO HORIZONTE, 2006). As áreas de atuação das equipes, na área de abrangência do CS, eram definidas por meio de mapeamento e a população era redistribuída entre as mesmas. Desta forma, foi considerado um número de famílias pré-estabelecido de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à saúde[1] (IVS), perfil da

[1] O Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS): "Medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas". Foi construído a partir de 5 componentes: 1-Saneamento 2-Habitação 3- Educação 4-Renda 5-Sociais/Saúde (BELO HORIZONTE, 2003a). Quanto maior o IVS, pior a situação da população no setor censitário analisada.

população e recursos humanos da unidade. A divisão das micro-áreas foi de acordo com os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). A divisão das áreas de abrangência para as equipes foram feitas em comum acordo com os CS, Distritos Sanitários e a equipe Central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A cobertura populacional por equipe de saúde da família foi estipulada da seguinte maneira:

- Risco muito elevado: de 2.400 a 2.800 indivíduos (de 600 a 700 famílias);
- Risco elevado: 2.800 a 3.400 indivíduos (de 700 a 850 famílias);
- Risco médio: 3.400 a 4.000 indivíduos (de 850 a 1.000 famílias) (BELO HORIZONTE, 2003b).

Estabelece que a cobertura populacional por ACS para todas as micro-áreas em áreas de risco:

- Muito elevado – 600 a 750 indivíduos (150 a 190 famílias);
- Elevado – 750 a 850 indivíduos (190 a 210 famílias);
- Médio – 850 a 1000 indivíduos (210 a 250 famílias) (BELO HORIZONTE, 2003b).

Em fevereiro de 2003, haviam 389 equipes de saúde da família implantadas em Belo Horizonte, sendo investida a contratação de médicos e enfermeiros, gerando assim, um enorme incremento na capacidade assistencial da rede básica de saúde (BELO HORIZONTE, 2006).

O PSF surgiu desta forma, como uma estratégia para o fortalecimento da Atenção Básica, definida como:

> Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação [...] necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1998b, p. 09).

A Atenção Básica é caracterizada como a porta de entrada prioritária do usuário aos serviços de saúde. Em Belo Horizonte ela é definida como uma rede de Centros de Saúde. A rede está organizada em áreas de abrangência, sendo estas áreas de

responsabilização da Equipe de Saúde da Família, tendo um Centro de Saúde como referência (BELO HORIZONTE, 2006).

Neste processo de organização da Atenção Básica foram definidas diretrizes assistências do processo de trabalho, tais como:

- O acesso universal;
- O estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado;
- A autonomização do usuário;
- A atuação em equipe;
- Assistência integral e resolutiva;
- A atenção geral com o médico do PSF atendendo como generalista;
- A equidade;
- A participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais;
- O acolhimento, entendido como expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada bem como encaminhamento adequado para resolução das demandas identificadas (BELO HORIZONTE, 2006).

Como diretrizes de gestão foram definidas:

- A gestão Participativa na Unidade (colegiado gestor local);
- A Participação Popular e o Controle Social na gestão local;
- O planejamento da organização da assistência a partir de um diagnóstico da realidade local, dentro das diretrizes pactuadas;
- A avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BELO HORIZONTE, 2006).

A rede municipal de saúde da capital mineira possui, atualmente cerca de 536 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 147 Centros de Saúde (BELO HORIZONTE, 2011a).

A implantação do PSF trouxe muitos avanços para o Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, no entanto, ainda enfrenta muitos desafios, entre os quais, o aumento da demanda espontânea. Este aumento de demanda tem levado as ESF a

vivenciar, em muitos momentos, um conflito entre a priorização do atendimento de demanda espontânea em detrimento do acompanhamento e seguimento do usuário (MINAS GERAIS, 2009a).

2.1 O Município de Belo Horizonte

Belo Horizonte foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897 e planejada para ser a nova capital moderna de Minas Gerais. Foi projetada de forma a ser organizada em 3 setores:

- Área urbana: área limitada pela Avenida do Contorno, espaço reservado para cidadãos de primeira categoria (proprietários, políticos, empresários, cúpula da igreja).
- Área suburbana: destinada para a futura expansão da cidade, destinado para residência de homens comuns.
- Área rural: área reservada para ser o cinturão verde (CAMPOS, 1998).

Campos (1998) relata que a cidade foi se desenvolvendo e o seguinte cenário começou a ser traçado: o governo priorizou a área central e permitiu inicialmente a expansão da área suburbana e posteriormente a área rural, através da comercialização de lotes e interesse de mercado. A industrialização também abriu espaço para a metropolização. Devido a falta de política agrária que fixasse o homem do campo no interior do Estado, associado à industrialização, provocou um intenso movimento migratório para a cidade. Como observado, não houve para Belo Horizonte uma política de habitação e ocupação do solo. Este processo de formação desigual da cidade produziu reflexos também no setor saúde, com enfermidades determinadas pela falta de condições de vida, doenças da miséria e patologias relacionadas ao processo de industrialização.

O Município de Belo Horizonte possui hoje uma população aproximada de 2 milhões e 300 mil habitantes. Deste número, 500 mil famílias estão cadastradas no Censo BH Social[2], abrangendo 1,91 milhões de pessoas, o que corresponde 80% da

[2]Censo BH Social: O cadastramento realizado pelas equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) e, de maneira geral pelo Município de BH é o Censo BH Social.

população de BH (BELO HORIZONTE, 2011b). Existem 390 mil famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família, totalizando 76% de cobertura da população (BELO HORIZONTE, 2011a).

Como forma de reorganização dos serviços de saúde em base territorial, desde 1983, Belo Horizonte está dividida em 9 Distritos Sanitários (Venda Nova, Norte, Pampulha, Nordeste, Centro-Sul, Leste, Oeste, Barreiro, Noroeste). Cada distrito corresponde às Administrações Regionais da Prefeitura de Belo Horizonte e tem um espaço geográfico populacional e administrativo de sua abrangência definido (BELO HORIZONTE, 2011c). Os distritos geralmente são constituídos por: Centros de Saúde, Unidades de Referência Secundária, Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Unidade de Urgência/Emergência (UPA - Unidades de Pronto-Atendimento). Como referência hospitalar os distritos contam com uma unidade hospitalar pública, o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) e a rede contratada (BELO HORIZONTE, 2011d). Os Distritos constituem um poder intermediário entre o nível local e o central da SMS, e todos formam o Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

2.2 Um pouco da história da organização da saúde pública no Município de Belo Horizonte

Segundo Velloso e Matos (1998), em 1948 quando foi criado o Departamento de Assistência à Saúde, o governo municipal assumiu funções mínimas previstas de saúde, sua ação era apenas complementar e dirigida a grupos muito delimitados. Ao hospital municipal ficava a responsabilidade da prestação da assistência médico-hospitalar e odontológica aos usuários de comprovada pobreza, aos seus funcionários e familiares e aos associados de outras instituições conveniadas. De acordo com os autores, com o decorrer do tempo a situação saúde de BH foi se tornando cada vez mais fragilizada, mesmo que algumas ações e serviços ainda fossem executados. Este cenário de desassistência, no final da década de 70 e início da de 80, levou a população a se organizar e a pressionar por soluções na área da saúde, principalmente quanto ao acesso às consultas médicas para o usuário excluído da atenção previdenciária. Uma das estratégias iniciadas foi a

parceria entre Estado e/ou Igreja com associações de bairro, em que este último, previa posto de saúde e manutenção de profissional médico local, mesmo que ainda precariamente.

Em 1983 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, o que contribuiu para a aproximação com a prestação dos serviços de saúde. A assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984, possibilitou a incorporação de maior contingente de recursos humanos e serviços. A ampliação destes recursos exigiu então a estruturação de um quadro gerencial profissionalizado e, em 1986, ocorreu a primeira seleção para coordenadores para a UBS e coordenadores técnicos de nível central que acompanharia estes grupos de gerentes das UBS. A criação destas gerências permitiu uma maior aproximação com as unidades, além de ter impulsionado intensas produções, como documentos, relatórios e projetos, na busca de alternativas para a atenção à saúde da população e na organização dos serviços (VELLOSO E MATOS, 1998).

Campos et al. (1998) descrevem que Belo Horizonte iniciou o processo de distritalização na área da saúde desde 1989, a qual foi desenvolvida por trabalhadores da Saúde que também participaram do movimento da Reforma Sanitária. De acordo com o autor, em 1993 foi tomada a decisão de se manter a distritalização estendendo-a para serviços conveniados e contratados. Este processo levou a descentralização dos serviços e a concepção de território como foco de atuação. É nele que passaram a ser levantados e priorizados os problemas de saúde e realizado o planejamento local. Ainda de acordo com o autor, as unidades básicas constituem a primeira instância de atendimento e a última instância da descentralização, é ela a referência da população, do território e da área de abrangência.

A municipalização de Belo Horizonte foi iniciada em 1991 pela rede ambulatorial básica e em 1992 pela rede especializada (SANTOS, 1998). De acordo com Velloso e Matos (1998) o inicio da municipalização chegou simultaneamente ao processo de descentralização. A estratégia para a concretização do SUS foi a municipalização, que é compreendida como a valorização e a transferência para o município do poder de gestão dos serviços de saúde centrados nos órgãos estaduais e federais sediados em seu território. Santos (1998) descreve que quanto ao recurso financeiro, a efetivação da Gestão semi-plena, prevista pela Norma Operacional

Básica (NOB)/93, abriu a possibilidade de transferência de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais de saúde. A gestão semi-plena permitiu aos municípios que tivessem maior acúmulo em relação à organização, no período anterior, que pudessem progredir da condição de mero prestador de serviços do governo federal para a condição de gestor do seu Sistema Municipal de Saúde.

2.3 A Unidade Básica de Saúde Jardim Guanabara

O Centro de Saúde Jardim Guanabara (CSJG) está localizado na Regional Norte no município de Belo Horizonte. Em maio de 2006, o novo Centro de Saúde (CS) Jardim Guanabara (antigo Floramar II) foi transferido do Bairro Floramar para a sua atual sede no Bairro Jardim Guanabara.

O horário de funcionamento da unidade básica é de 07h00min às 19h00min de segunda à sexta-feira. A unidade possui 4 ESF, identificadas pelos números: 01 (equipe azul), 02 (equipe amarela), 03 (equipe verde) e 04 (equipe vermelha). A UBS abrange uma área aproximada de 4.771 famílias com 16.000 usuários. De acordo com o índice de vulnerabilidade à saúde é classificada com o risco médio, elevado e muito elevado.

O corpo de funcionários da unidade é composto por 1 gerente; 4 enfermeiras da ESF; 4 médicos generalistas da ESF; 3 pediatras; 1 ginecologista; 1 clínico, 3 cirurgiões dentistas; 4 Auxiliares em Saúde Bucal (ASB); 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB); 12 auxiliares de enfermagem (8 da ESF e 5 de apoio); 17 ACS; 2 prestadores de serviços gerais; 3 auxiliares administrativos; 1 estagiário administrativo, 11 agentes sanitários; 2 porteiros; 1 guarda municipal, 4 Posso Ajudar. As equipes de PSF contam também com apoio da Equipe de Saúde Mental (ESM) composta por psiquiatra e psicólogos e do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, farmacêutico e educador físico.

A unidade recebe ainda acadêmicos de nutrição e de odontologia da UFMG, acadêmicos de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica (PUC) - Minas Betim, estagiários de técnico de enfermagem da Cruz Vermelha e residentes em

Medicina de Saúde da Família do Hospital Odilon Behrens. O acompanhamento dos residentes é realizado por 1 preceptor que é o médico integrante da equipe da ESF Verde.

A área física é composta por 09 consultórios; salas de observação, odontologia, espera, recepção, farmácia, coleta, vacina, curativo, expurgo, esterilização, almoxarifado, administrativo, gerência, além das salas do ACS e de reunião. Possui também cozinha, banheiros de funcionários e usuários e área destinada à equipe de zoonose. A unidade possui dois pavimentos concentrando as ações assistenciais na parte superior e as ações administrativas na parte inferior.

Os serviços de referência e contra-referência da UBS são:

- UPA Norte (Unidade de Pronto-Atendimento);
- Maternidade Sofia Feldman;
- Assistência à saúde mental do CERSAM Pampulha;
- Hospitais: João XXIII, Risoleta Neves, Odilon Bherens;
- URS (Unidade de Referência Secundária) - Centro-Sul, Baleia, Sagrada Família, Campos Sales, Saudade e Padre Eustáquio;
- CEM (Centro de Especialidades Médicas) Norte - Unifenas;
- Conveniados: Laboratório Oswaldo Cruz, Raio-X Martins Godoy e raio-X Sofia Feldman.

O Centro de Saúde Jardim Guanabara possui em seu território uma rede social diversificada, composta por:

- Instituições religiosas católicas, Evangélicas e Espíritas;
- Escola Bolívar de Freitas (ensino fundamental e médio);
- Escolas infantis particulares;
- Escola Sérgio de Freitas (escola para crianças especiais);
- Creches Cirandinha e Nosso Lar;
- UMEI (Unidade Municipal de Ensino Infantil);
- Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus para portadores de paralisia cerebral;
- Bares, comércios de alimentos, comércios em geral, pequenas indústrias;

- Deposito de gás; ferro velho; 2 praças; 6 linhas de ônibus
- Área de lazer: Rua Rubens Guelli (local preferencial de caminhadas) e campo de futebol desativado;
- Associação de Moradores de Bairros do Jardim Guanabara;
- Centro Cultural;
- Curso Pré-vestibular comunitário (GREMAR);
- Galpão de reciclagem da ASMARE;
- Ações da LBV com atividade física e lúdica para crianças;
- Grupo de Trabalhos Manuais Cantinho de Santo Inácio, realizado no salão da Igreja;
- Grupo de Alcoólicos Anônimos realizado no salão da Igreja;
- Celebração da Vida da Pastoral da Criança realizado no salão da Igreja.

O Centro de Saúde oferece também diversas atividades de promoção à saúde, entre as quais: o Lian Gong e o Grupo de qualidade de vida (Grupo Alegria de Viver). O CS localiza-se no centro da área de abrangência da Equipe Verde (ESF 3) e não há barreira geográfica que dificulte o acesso da população ao CS. A equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 4 ACS's. Possui em sua área adscrita aproximadamente 3.541 usuários e está vinculada a um total de 996 famílias. A equipe abrange uma área de elevado e médio risco e está dividida em 4 microáreas (MA): MA 11 (elevado risco), MA 12 (médio risco), MA 13 (médio risco) e MA 19 (elevado risco).

O processo de trabalho da equipe é norteado pelo conhecimento do território o qual pertence. Este território é definido como:

> [...] um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca esta acabado mas, ao contrário, em constante reconstrução (Mendes, 1996, p.248).

Podemos destacar que o conhecimento sobre o território de atuação da equipe e sua clientela é imprescindível na organização do processo de trabalho e priorização de nossas atividades. Pois, o conhecimento do território conduz a teorização de problemas e estes consequentemente instigam as intervenções e priorizações de condutas.

3 OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral

- Elaborar um plano de ação para o acompanhamento mais criterioso das ações relativas à prevenção do câncer cervico-uterino para a Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Jardim Guanabara da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

3.2- Objetivos específicos

- Verificar se a ESF 3 atinge as metas (ano base 2009) e coberturas do exame preventivo propostas pelo Ministério da Saúde no ano de 2007 a 2009.
- Analisar a periodicidade da realização dos exames preventivos pela ESF 3 no período de 3 anos (2007 à 2009).
- Analisar a incidência de alterações citopatológicas nos exames realizados pela ESF 3 no ano de 2007 à 2009, especificamente no ano de 2009.
- Construir um plano de ação junto com a equipe de saúde, para o acompanhamento mais criterioso das ações relativas à prevenção do câncer cervico-uterino.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se da elaboração de um Plano de Ação para o acompanhamento mais criterioso das ações relativas à prevenção do câncer cervico-uterino**,** tendo como referência o Modulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, que utiliza o enfoque do planejamento estratégico situacional.

Neste sentido, na análise da situação de saúde, relativa à prevenção do câncer cérvico uterino da área de abrangência da Equipe Verde do Centro de Saúde Jardim Guanabara foram utilizados dados disponíveis no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSPBH). Destes, foram destacados o número de exames colpocitopatológicos realizados nas usuárias pela Equipe Verde, entre outros, no sentido de contribuir para a construção de um Plano para aumentar a qualidade das ações já desenvolvidas pela Equipe de Saúde.

É importante ressaltar que o Sistema de Informações do Câncer do Colo do útero (SISCOLO) permite acompanhar o desenvolvimento das ações de controle do câncer do colo do útero, ou seja, avaliar por meio de indicadores se a população alvo está sendo atingida, ao fornecer indiretamente dados para avaliar a captação, mulheres novas e de mulheres atingidas e cobertura do programa de rastreamento. Por meio do SISCOLO é possível avaliar os serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e a partir deste diagnóstico, planejar as ações de controle, organizar a rede de assistência para diagnóstico e tratamento, avaliar necessidade de capacitações e acompanhar mulheres com exames alterados (BRASIL, 2010b).

Segundo Teixeira (2000) o enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Matus como uma teoria de planejamento que buscava auxiliar as práticas cotidianas em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Neste sentido, o autor relata que

o planejamento estratégico situacional tem como características intrínsecas o planejamento e a programação local. O planejamento implica à concepção de “situação” como um conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados sob a ótica dos atores envolvidos. Para o autor um dos instrumentos de análise dos problemas é o fluxograma situacional, que permite a sistematização das informações disponíveis a respeito dos problemas identificados.

Outro aspecto a ser considerado no enfoque estratégico situacional, de acordo com Teixeira (2000), é relativo aos caminhos a serem percorridos no processo de planejamento e programação local. Desse modo, podemos identificar quatro momentos:

1- **Momento explicativo**: contempla a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde.

2- **Momento normativo**: abrange a definição da situação desejada, apontando para os objetivos e resultados que se pretendem alcançar, partindo da realidade local.

3- **Momento estratégico**: consiste na definição das estratégias de ação e a análise de viabilidade das ações propostas.

4- **Momento tático operacional**: corresponde à programação detalhada das ações, identificando as atividades, tarefas, responsáveis e prazo para o alcance dos objetivos acordados e, bem como, na elaboração de dispositivos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados.

4.2 Indicadores utilizados para a análise dos dados

É importante ressaltar que para planejar é preciso conhecer o território em as equipes de Programa da Saúde da Família estão inseridas e reconhecê-lo como um espaço vasto e dinâmico de interação. Assim, neste estudo foram utilizados os parâmetros para o dimensionamento da rede de atenção à mulher, de acordo com os dados fornecidos pelas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2009b), que são os seguintes:

- **Indicador:** quantitativo de mulheres que realizam coleta de Papanicolaou a cada 3 anos.
    - Parâmetro: 33% das mulheres da faixa etária de 25 a 59 anos devem realizar coleta de Papanicolaou.
- **Indicador:** quantitativo de mulheres com exame Papanicolaou com alteração ou suspeita.
    - Parâmetro: 1,5% das mulheres podem ter o exame Papanicolaou com alteração ou suspeita no ano.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2006b) apresenta a Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), que é um instrumento para as equipes locais de atenção básica, com o objetivo de apontar ações esperadas e parâmetros de trabalho para as ações de prevenção do câncer, com os seguintes parâmetros:

- Coleta de material para colpocitologia oncótica – cco (mulheres que nunca realizaram cco): estima-se que 10% da população coberta (mulheres entre 25 e 59 anos) ao ano nunca fizeram prevenção. Como a cobertura da prevenção do câncer de colo do útero é de 80%, tem-se 8% das mulheres de 25 a 59 anos.
- Coleta de material para colpocitologia oncótica (mulheres que já realizaram cco): estima-se que 40% da população coberta ao ano precisam fazer prevenção porque fizeram o ultimo, há 3 anos ou mais. Como a cobertura da prevenção do câncer de colo do útero é de 80%, tem-se 32% das mulheres de 25 a 59 anos.
- Consulta médica para tratamento cervico-colpite: prevalência de 30% das coletas. Como 40% das mulheres de 25 a 69 anos realiza coleta, calcula-se que 12% das mulheres necessita de tratamento.
- Encaminhamento para colposcopia: estima-se 2,5% das coletas. Como 40% das mulheres de 25 a 59 anos realizam coleta, tem-se 10% das mulheres encaminhadas para colposcopia.

Para fins de cálculos utilizamos:

- Cobertura da prevenção do câncer de colo do útero: 80% (BRASIL, 2006b).
- Meta: 33% das mulheres da faixa etária de 25 a 59 anos devem realizar coleta de Papanicolaou ao ano (MINAS GERAIS, 2009b).
- Exame Papanicolaou com alteração ou suspeita no ano: 1,5% das mulheres (MINAS GERAIS, 2009b).

É importante enfatizar que a meta de 33% ao ano, das coletas de Papanicolaou, nos mostra a porcentagem esperada para aquele ano. Contudo, não significa que estamos atingindo a cobertura, pois uma mesma mulher pode estar realizando o exame todos os anos e até em períodos menores (o que contribui para o aumento da porcentagem) e outras em que não estão realizando. Desta forma, podemos estar atingindo as metas, mas não a cobertura das mulheres alvos para o exame preventivo. Para avaliarmos se todas as mulheres estão sendo submetidas ao exame preventivo e se estamos atingindo a cobertura de 80% da população feminina alvo, é preciso avaliar em um período de 3 anos e de forma individualizada se as mulheres realizaram no mínimo 1 exame preventivo, conforme padronizado pelo Ministério da Saúde.

Após análise dos dados, estes foram apresentados à Equipe Verde do Centro de Saúde Jardim Guanabara para apreciação e elaboração de estratégias, tais como fluxograma de atendimento à mulher, planilha de acompanhamento das mulheres de 25 a 59 anos, impresso para agendamento de exame preventivo, ficha de acompanhamento de mulheres com alterações citopalógicas e grupo operativo. Foram realizadas 2 reuniões e o produto das discussões foi anotado em livro de Ata de Reunião de Equipe.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Evolução histórica das políticas de atenção à saúde da mulher

De acordo com a o Art. 3 da Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2011a) “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Em documento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), é descrito que as situações de saúde das mulheres relacionam-se a inúmeros fatores variáveis, tais como, a raça, etnia, hereditariedade, predisposição do gênero, situação de pobreza e, constantemente, com os compromissos do trabalho doméstico. Apesar das mulheres alcançarem maior expectativa de vida em relação aos homens, elas adoecem com maior frequência, sendo que a vulnerabilidade a certas doenças está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Repensar sobre os conceitos de saúde da mulher é de fundamental importância, pois eles refletem na elaboração de programas e na assistência proporcionada às mulheres. Conceitualmente, temos na literatura a saúde da mulher sob diferentes enfoques, uns com abordagens restritas, envolvendo aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, ou seja, com atribuições reprodutivas e de saúde materna. Em outros, trazem conceitos mais abrangentes com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (BRASIL, 2004).

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, no entanto, limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas elaborados sobre a saúde materno-infantil “traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL, 2004).

Entre as finalidades destes programas encontramos a preconização das ações voltadas para grupos de riscos em situação de maior vulnerabilidade, no caso, as crianças e as gestantes (BRASIL, 2004).

Desta forma, no contexto vivido pelo movimento feminista no país, por volta da década de 80, estes programas foram fortemente criticados, sendo então, reivindicadas ações que proporcionassem a melhoria das condições de saúde da mulher nas diversas fases dos ciclos de vida, ultrapassando o momento apenas da gestação e parto. Além de contemplar as peculiaridades dos diversificados grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando como princípios e diretrizes as propostas que posteriormente seriam norteadoras do SUS, tais como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção. O mesmo programa incluía também as ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Entre os programas de saúde que estão inseridos do PAISM, destacamos o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Este programa foi lançado em 1997 pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA) e tem como objetivo reduzir a mortalidade do câncer de colo do útero e mama. Deste modo, oferece serviços de prevenção, detecção precoce do câncer e tratamento e reabilitação em todo território nacional (BRASIL, 2010a).

Como um dos princípios para a Política de Atenção Integral à Mulher (BRASIL, 2004), tem-se a qualidade e a humanização, para tanto, é preciso garantir:

- “Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;

- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Captação precoce e busca ativa das usuárias;
- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias" (BRASIL, 2004).

Segundo Lopes (2006), a proposta do PAISM ainda mantém-se atual, embora precise ser ampliada e efetivamente cumprida as suas leis e políticas em todo país. A autora relata que, tal fato é evidenciado pela gravidez na adolescência, a feminilização da

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), violência doméstica, falta de acesso aos métodos contraceptivos, baixa cobertura de exames preventivos de câncer cérvico-uterino, elevados índices de cesáreas e morte materna. A autora ressalta ainda, que o modelo proposto de Saúde da Família vem a contribuir para a atenção a saúde da mulher, pois atua no contexto de vida da comunidade, favorecendo a criação de vínculo e incentivo a participação e controle social.

5.2 A importância epidemiológica do câncer de colo do útero

Avaliando os índices de incidência e mortalidade do câncer no Brasil, especificamente o câncer de colo do útero, percebemos que tais índices apresentam-se elevados e, desta forma, justifica-se implementar e buscar estratégias que visem a diminuição dos índices de morbimortalidade do câncer. Segundo os dados do INCA (BRASIL, 2009), sobre a incidência estimada do câncer no Brasil para o ano de 2010, temos os seguintes resultados:

- O número de casos novos de câncer de colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 foi de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de colo do útero (sem considerar os tumores de pele não melanoma) é o mais incidente na região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) esse tipo de câncer ocupa a segunda posição mais frequente, e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição (BRASIL, 2009).
- O câncer de colo do útero no Brasil, após o câncer de mama, ocupa a segunda posição estimada entre cânceres acometidos em mulheres. Sequencialmente, temos a estimativa para o ano de 2010, em ordem de maior incidência após o câncer de colo do útero: cólon e reto, traquéia, brônquios e pulmão, estômago, leucemia, cavidade oral, pele melanoma e esôfago (BRASIL, 2009).
- No estado de Minas Gerais, a estimativa do número de casos novos para o ano de 2010 foi de 1.330 e o risco estimado foi de 13/100.000, sendo que na capital mineira foi de 210 casos novos com o risco de 15/100.000. Considerando ainda a

ordem de incidência dos cânceres em mulheres, o câncer de colo do útero (sem considerar os tumores de pele não melanoma) ocupa em Minas Gerais a segunda posição e, em Belo Horizonte, atinge a terceira posição, sendo os cânceres de maior incidência o de mama, seguidos pelo cólon e reto (BRASIL, 2009).

De acordo com relatos do Ministério da Saúde (2009), o câncer de colo do útero no mundo é o segundo tipo mais comum de câncer em mulheres e apresenta aproximadamente 500 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito aproximado de 230 mil mulheres/ano. Em países menos desenvolvidos a incidência do câncer de colo do útero é cerca de duas vezes maior, se comparada à dos mais desenvolvidos. A incidência do câncer de colo do útero mostra-se mais expressivo na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco eleva-se rapidamente até atingir seu ápice em torno da faixa etária de 45 a 49 anos. Nos países em desenvolvimento a sobrevida média estimada em 5 anos é menor (41%) em relação dos países desenvolvidos (51% a 66%), além de encontrarem os casos em estádios relativamente avançados.

5.3 O câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero é uma doença progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que progridem lentamente, num período que varia de 10 a 20 anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil. Nessa fase, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2006a).

Segundo De Palo (1996) o colo uterino faz parte da porção inferior do útero e está localizado dentro do canal vaginal. O colo do útero apresenta uma coloração rosa-pálido uniforme e uma superfície lisa e úmida. Possui uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples). A parte externa, que permanece em contato com a vagina, recebe o nome de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado). A área do colo uterino que corresponde a junção do tecido escamoso (ectocérvice) com o

tecido colunar (endocervice) é chamada junção escamocolunar (JEC). Na infância e na fase pós-menopausa, geralmente, a JEC localiza-se dentro do canal cervical. Na idade fértil, a JEC localiza-se no nível do orifício externo ou para fora desse, a exposição do epitélio colunar ao meio vaginal ácido que surge na menarca, na dependência das modificações endócrinas pueberais, destrói o muco que protege as células colunares. De acordo com o autor, a exposição destas células induz um processo fisiológico de metaplasia que substitui o epitélio colunar. O desenvolvimento do processo de metaplasia sofre aceleração também por estímulos exógenos (coito, inflamação) ou endógenos (gravidez, terapia com estrógeno e progesterona). Assim, pelo fato das células metaplásicas serem mais suscetíveis à transformação maligna, a maior parte dos cânceres do colo tem origem nesta zona de transformação (DE PALO, 1996).

O colo do útero é revestido por diversificadas camadas de células epiteliais pavimentosas, estruturadas de forma bastante ordenada. Quando a desordenação acontece nas camadas mais basais do epitélio estratificado, presenciamos uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I – Baixo Grau). Caso a desordenação avance 2/3 proximais da membrana identificamos uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II (NIC II – Alto Grau). Na Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III (NIC III – Alto Grau) o desarranjo é observado em todas as camadas, sem causar a ruptura da membrana basal. No momento que as alterações celulares apresentam-se mais intensas e com elevado grau de desarranjo, de forma que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, estamos diante do carcinoma invasor. Para atingir a etapa do câncer invasor, a lesão não tem, necessariamente, que alcançar todas essas fases (BRASIL, 2006a).

De acordo com D'Ottaviano et al. (2004) apud Lopes (2006), a NIC 1 é a lesão mais frequentemente diagnosticada, especialmente entre as mulheres que realizam o exame citológico a cada ano, sendo predominante na faixa etária abaixo de 30 anos. O diagnóstico para NIC 3, lesão precursora mais próxima do câncer invasor, aumenta nas mulheres acima de 30 anos. Deste modo, o rastreamento do câncer do colo uterino é tão mais eficiente quanto mais NIC 3 forem diagnosticadas. Neste sentido Lopes (2006) destaca que pelo fato de NIC 3 ter baixa frequência diagnóstica nas mulheres muito jovens, tem impacto muito pequeno na redução da mortalidade causada pelo câncer de

colo do útero. Sendo o NIC 1 mais frequente nestas mulheres jovens e considerando que este tipo de lesão na maioria das vezes regride espontaneamente, tratar precocemente e agressivamente essas lesões pode significar maior iatrogenia e desperdício de recursos.

O Ministério da Saúde (2006a) relata estudos demonstrando que, na ausência de tratamento, a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento do carcinoma *in situ* ocorre em média de 4 anos e 8 meses enquanto para NIC II esse tempo é de 3 anos e 1 mês e, para NIC III, de 1 ano. Avalia-se que uma alta porcentagem de lesões de baixo grau retrocederá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau, se não forem submetidas ao tratamento, progrediram em um período médio de 10 anos para o câncer invasor. Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, segundo o autor, estima que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* progredirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% irão evoluir em um período de 10 a 12 anos, caso não seja proporcionado o tratamento adequado.

O Ministério da Saúde (2006a) informa que segundo a Organização Mundial de Saúde, estudos quantitativos têm revelado que nas mulheres entre 35 a 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, o mesmo poderá ser realizado a cada três anos, com a idêntica eficácia da realização anual. Ou seja, após um resultado negativo, a probabilidade de diminuição do percentual no risco cumulativo de progredir para o câncer, é considerado a mesma, quando o exame é feito a cada ano (redução de 93% do risco) ou quando ele é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco).

5.4 O exame citológico do colo uterino

De acordo com De May (1996) apud Lopes (2006), o estudo efetivo da citologia ocorreu posteriormente à histologia, pois a idéia preponderante entre os ginecologistas era de que, sendo o colo uterino facilmente acessível à biópsia, dava-se preferência ao estudo histológico, já que a citologia ainda carecia de credibilidade diagnóstica. Entretanto, segundo Lopes (2006) a citologia foi se tornando um instrumento de prevenção de câncer do colo uterino em potencial, devido à melhor compreensão sobre o conceito de

lesões epiteliais precursora do carcinoma cervical invasor, somando-se ao aperfeiçoamento das técnicas de coleta, tornando-as mais rápidas e fáceis.

Segundo Babés (1928) apud Lopes (2006), Aureli Babés, foi o primeiro pesquisador que sugeriu a coleta direta de material do colo uterino para o diagnóstico de câncer, em 1928.

Lopes (2006) descreve que George Nicholas Papanicolaou publicou em 1941, um trabalho sobre: *O valor diagnóstico dos esfregaços vaginais no carcinoma do útero*. Neste trabalho apresenta a possibilidade de fazer diagnóstico de carcinoma do colo uterino através de células atípicas presentes nos esfregaços e destaca a necessidade de aplicar este método simples e de baixo custo a um grande número de mulheres. O Papanicolaou método que levou o nome deste pesquisador, é ainda hoje largamente utilizado.

O exame citopatológico, de acordo com o Ministério da Saúde (2006a), deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Justifica-se a periodicidade desse exame devido a observação da história natural do câncer de colo do útero, crescimento lento e silencioso, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno. O câncer de colo do útero é uma doença que apresenta uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras ocorra por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero.

Para se obter o esfregaço do material do colo do útero em uma lâmina, procede-se a coleta de uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice, incluindo a junção escamo-colunar, por meio de uma espátula de madeira. É importante que o profissional realize uma coleta adequada (amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas) de modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. Para garantir a qualidade do resultado do exame citopatológico o profissional deverá orientar a mulher previamente sobre: a não utilização de duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais,

evitar relações sexuais, anticoncepcionais locais, e espermicidas durante 48 horas antes da coleta e aguardar o 5° dia após o término da menstruação (BRASIL, 2006a).

A Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas adota basicamente o Sistema de Bethesda. Tal nomeclatura foi elaborada com a finalidade de orientar a atenção à saúde das mulheres e subsidiar tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados, de forma a nortear condutas adequadas em relação ao controle do câncer de colo do útero e facilitar a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras (BRASIL, 2006c). De acordo com o autor as lâminas de citologias do colo de útero passam pela avaliação pré-analítica anteriores à sua entrada no laboratório de citopatologia para análise microscópica. As amostras consideradas rejeitadas deverão ser identificadas e devolvidas para a UBS. O motivo da rejeição da amostra deverá ser apontado e poderá está relacionado com:

- Ausência ou erro de identificação da lâmina;
- Identificação da lâmina não coincidente com a do formulário;
- Lâmina danificada ou ausente;
- Causas alheias ao laboratório.

Segue então o processamento das lâminas citopalógicas. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2006c), o laudo do exame citopatológico apresenta, atualmente, as seguintes informações:

- Adequabilidade da amostra: satisfatória ou insatisfatória. A mostra é considerada insatisfatória quando o material acelular ou hipocelular é < 10% do esfregaço, leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de: sangue; piócitos; artefatos de dessecamento; contaminantes externos; intensa superposição celular.
- Epitélios representados na amostra: Escamoso, glandular e metaplásico;
- Microbiologia: Lactobacillus sp; Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus); Outros bacilos; Cocos; candida sp; Trichomonas vaginalis;

Sugestivo de Chlamydia sp; Actinomyces sp; Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes;

- Diagnóstico descritivo:
    - Dentro dos limites da normalidade no material examinado;
    - Alterações celulares benignas: Inflamação, reparação, radiação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação, outros (especificar).
    - Atipias celulares.
        - Células atípicas de significado indeterminado: Escamosas; Glandulares; de origem indefinida → Possivelmente não-neoplásicas; não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.
        - Em células escamosas: Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I); Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III); Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; Carcinoma epidermóide invasor.
        - Em células glandulares: Adenocarcinoma in situ; Adenocarcinoma invasor: Cervical, Endometrial, Sem outras especificações.
    - Outras neoplasias malignas
    - Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual) (BRASIL, 2006c).

5.5 A importância do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)

O sistema de informações do câncer do colo do útero – SISCOLO foi implantado no país em 1999, sendo um dos principais instrumentos na consolidação do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. É um sistema

informatizado destinado à administração das informações produzidas pelas unidades de saúde e para o seu desenvolvimento contou-se com a participação do Departamento de Informática do SUS – DATASUS em parceria com o INCA (BRASIL, 2005).

A Portaria 287/2006, art. 2º, define a formação de dois módulos operacionais para Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero:

I. "Módulo Laboratório: registrará os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade. É o módulo responsável por gerar o Boletim de Produção Ambulatorial em meio magnético.

II. Módulo Coordenação: registrará as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados. A alimentação dos dados é feita pela exportação dos dados do módulo laboratório para a coordenação. O acompanhamento e supervisão da informação a ser gerada são de responsabilidades da coordenação estadual de saúde, ou municipal, onde o sistema de informação estiver implantado" (BRASIL, 2011b).

De acordo como Ministério da Saúde (2010b), o fluxo da informação gerada pelo SISCOLO ocorre da seguinte maneira: no atendimento à mulher, na unidade de saúde, os dados são coletados através do preenchimento dos formulários de requisição do exame de citopatológico de colo do útero. Na realização do exame citopatológico, a requisição e a lâmina coletada são encaminhadas ao laboratório para análise e laudo. É no laboratório que as informações são inseridas no SISCOLO, sendo então, de fundamental importância que os dados coletados na unidade de saúde sejam completos, corretos e legíveis para o bom entendimento do profissional de saúde que irá laudar o exame, bem como pelo técnico responsável por digitar as informações nos sistemas. O laudo impresso com o resultado do exame retorna então à unidade de saúde solicitante para ser entregue à mulher com orientações sobre as condutas recomendadas (BRASIL, 2010b).

Cabe ressaltar ainda, que nas unidades de saúde, o impresso de papel de requisição do exame de citopatológico de colo do útero, está sendo cada vez mais substituído pelo impresso eletrônico (Anexo A). Esta mudança é em função do processo de

informatização dos prontuários na rede SUS, gerando maior praticidade e menor erro na identificação dos dados. Com os dados fornecidos pelo SISCOLO é possível:

- "Acompanhar o desenvolvimento das ações de controle do câncer do colo do útero, ou seja, avaliar por meio de indicadores se a população alvo está sendo atingida;
- Qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas;
- Qual a qualidade da coleta desses exames, adequabilidade;
- Qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas;
- Fornecer indiretamente dados para avaliar a captação, mulheres novas, mulheres atingidas e cobertura do programa de rastreamento" (BELO HORIZONTE, 2009, p. 11).

O SISCOLO permite, portanto, avaliar os serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero, planejar as ações de controle, organizar a rede de assistência para diagnóstico e tratamento, avaliar necessidade de capacitações e acompanhar mulheres com exames alterados (BRASIL, 2010b).

5.6 Estratégias de prevenção, promoção e controle do câncer do colo do útero

Para atuar em ações que promovam o controle do câncer do colo do útero é necessário conhecer os fatores desencadeantes de tal patologia. Entre os fatores de risco associado ao desenvolvimento do câncer destaca-se: a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), como sendo o principal fator de risco. Entre os co-fatores que agem influenciando a manutenção do HPV e o desenvolvimento do câncer de colo uterino, encontramos:

- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;

- Higiene íntima inadequada; (BRASIL, 2006a).
- História de Doença Sexualmente Transmissível (DST);
- Alimentação pobre em vitamina C, beta-caroteno e folato (BRASIL, 2002)

Existem várias evidências que indicam a infecção pelo vírus HPV como um fator de risco primário para o câncer do colo de útero. Os argumentos se baseiam no fato de que 85 a 100% das NIC 2 e NIC 3 e virtualmente todos os casos de carcinoma invasor estarem associados ao HPV (KOUTSKY *et al*., 1992 *apud* LOPES , 2006). Praticamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV (os mais comuns são o HPV16 e o HPV18) atualmente reconhecidos como oncogênicos pela International Agency for Research on Cancer (IARC) (BRASIL, 2009). Todavia, o HPV não é suficiente para o desenvolvimento de câncer de colo de útero, já que a grande maioria das infecções regride espontaneamente, sem manifestações clínicas (SELLORS *et al*., 2002 *apud* LOPES, 2006). Para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, é preciso não somente da permanência do HPV, mais de sua associação com os outros fatores de risco (BRASIL, 2009).

As mulheres que iniciaram a atividade sexual precocemente estão mais susceptíveis ao risco para o câncer do colo de útero e desenvolvem as lesões precursoras e o carcinoma invasor também mais precoce (LA VECCHIA *et al*., 1986 *apud* LOPES, 2006). O padrão do comportamento sexual, tanto da mulher como a do parceiro, pode influenciar como um co-fator de risco ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, ou seja, quanto maior a multiplicidade de parceiros, maior o risco da mulher em adquirir infecção ou re-infecção pelo HPV. Este risco se manifesta de forma mais evidente em mulheres, jovens ou idosas, que tenham trocado recentemente de parceiro. Entretanto, quando a mulher adquire a infecção por HPV, não importa se teve um único ou muitos parceiros, pois o risco passará a ser determinado pelas características do HPV e por outros co-fatores relacionados com a persistência da infecção (LA VECCHIA *et al*., 1986 *apud* LOPES, 2006). As mulheres portadoras de DST's, tais como *Chamydia tracomatis*, herpes simples tipo 2 e HIV (principalmente em casos de imunodepressão severa), também estão associadas a uma maior prevalência e persistência da infecção por HPV, bem como, na ocorrência das lesões precursoras (LOPES, 2006).

Segundo Castellsagué *et al*. (2002) *apud* Lopes (2006), outro co-fator, como a circuncisão masculina, pode atuar na transmissão da infecção do HPV, à medida que homens circuncidados adquirem menos HPV e o transmitem menos, como também suas parceiras apresentam menor risco para desenvolver o câncer de colo de útero.

Lopes (2006) relata que em ralação ao uso de contraceptivos orais não se sabe ao certo se todos eles representam maior risco para câncer do colo uterino. No entanto, mulheres com teste positivo para HPV e que usaram contraceptivo oral por cinco anos ou mais, apresentam risco três vezes maior em desenvolver o câncer quando comparadas às não usuárias.

Estudos recentes demonstram que mulheres fumantes, com teste positivo para o HPV, apresentam um risco em desenvolver o câncer adicional, de duas a cinco vezes maior, em relação às mulheres não fumantes Castellsagué et al. (2003 *apud* LOPES, 2006). Este risco ocorre devido ao tabagismo poder alterar a resposta imune, favorecendo a persistência do HPV e apresentando menor probabilidade da mulher de eliminar o vírus (LOPES, 2006).

O fornecimento amplo das vacinas contra o HPV ainda está em discussão. Segundo o Ministério da Saúde (2009), estas vacinas, no momento, não estão inseridas ao Programa Nacional de Imunizações e podem compor-se, futuramente, em um potencial instrumento de controle do câncer do colo do útero. São registradas as seguintes vacinas no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18 é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos. Esta vacina foi produzida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais, tais como o HPV 6 e 11, e do câncer do colo do útero como o HPV 16 e 18. A vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, relacionado ao câncer do colo do útero, é recomendada para as mulheres de 10 a 19 anos. (BRASIL, 2009).

O câncer também está associado à mudança do estilo de vida enfrentado pelas mulheres do mundo moderno, aliado ao aumento considerável de mulheres chefe de famílias, jornada extensa de trabalho, além dos afazeres domésticos, usufruindo, desta forma, de pouca atividade de lazer.

O Ministério da Saúde (2006a) recomenda ações de promoção da saúde voltada para o incentivo à mulher a adotar bons hábitos saudáveis de vida, tais como: atividade física regular, evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas, parar de fumar e fazer uso de alimentação saudável. Uma alimentação saudável com ingestão de frutas, legumes, verduras, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados pode reduzir em pelo menos 40% as chances de câncer. Segundo Tortolero-Luna; Franco (2004) *apud* Lopes (2006) dos estudos relacionados aos diversos componentes nutricionais, parece que há uma associação inversa entre os níveis séricos de beta-caroteno, licopeno, alfa-caroteno e tocoferol (vitamina E) com lesões pré-invasores e invasores do colo uterino.

Além da promoção, os serviços de saúde necessitam investir mais em estratégias de prevenção, para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero, por meio da realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido como: preventivo do colo do útero, exame de Papanicolaou ou citologia oncótica. De acordo com o Ministério da Saúde (2006a), a efetividade da identificação precoce aliada ao tratamento em suas fases iniciais, tem resultado em uma diminuição das taxas de incidência de câncer invasor que pode atingir a 90%. O autor cita também, que de acordo com a OMS, quando o rastreamento exibe uma cobertura satisfatória (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, altera significamente as taxas de incidência e mortalidade do câncer de colo do útero. O Ministério da Saúde (2006a) relata que, apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se apresentado no decorrer dos anos praticamente sem modificações. O autor aponta que, parte da manutenção das taxas pode estar associada ao aumento e a melhoria diagnóstica. Dentre as causas do diagnóstico tardio podem estar relacionados:

- “A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde;
- A baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte;

- A capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega as unidades de saúde;
- A dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpasse todos os níveis de atenção – atenção básica, média complexidade e alta complexidade – e de atendimento – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos" (BRASIL, 2006a p. 58).

O Ministério da Saúde (2006a) informa também, que no Brasil observa-se que a maior parte do exame preventivo do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos, podendo estar associado à procura do serviço de saúde para cuidados referentes à natalidade. Uma preocupação são as mulheres na faixa etária de maior risco que não estão sendo atingidas para ações preventivas. É preciso, então, identificar as mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram o exame preventivo, para busca ativas. Como estratégias o Ministério da Saúde (2006a) aponta o envolvimento das lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação, entre outros.

Para o acompanhamento das mulheres da faixa etária recomendada (25 até 59 anos) é importante que a realização do exame seja periódica, permitindo reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. Os critérios relevantes que devem ser levados em consideração para o acompanhamento das mulheres são: os fatores de risco, a frequência de realização dos exames e os resultados dos exames anteriores (BRASIL, 2006a).

5.7 Atribuições dos diferentes níveis de atenção na prevenção e controle do câncer de colo de útero

As atribuições dos diferentes níveis de Atenção são descritas a seguir, conforme o Protocolo de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2009):

5.7.1 Atribuições do Centro de Saúde

- Exame clínico ginecológico anual;
- Coleta de material para citologia oncótica;
- Teste de Schiller, com diferenciação de áreas iodo positiva (Schiller negativo) e áreas iodo negativas (Schiller positivo);
- Tratamento de leucorréias e vulvo-vaginites;
- Tratamento químico de lesões condilomatosas (verrucosas) vulvares com uso de Àcido Triocloracético - ATA 50 a 80% (BELO HORIZONTE, 2009).

5.7.2 Atribuições do nível secundário

Entende-se por Unidade Secundária a Unidade de Referência para o tratamento e acompanhamento das condutas preconizadas de alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico:

- Colposcopia;
- Biópsia dirigida;
- Cauterizações;
- Cirurgia de alta frequência (CAF) em algumas unidades secundárias;
- Deverá ser oferecido teste de HIV para todas as mulheres com diagnóstico de Lesão de Alto Grau (BELO HORIZONTE, 2009).

5.7.3 Atribuições do nível terciário

É o nível de atenção à saúde onde são realizados os procedimentos de alta complexidade em Oncologia:

- Cirurgia de alta frequência;
- Amputação cirúrgica de colo;
- Cirurgias maiores (histerectomias);

- Radioterapia e/ou quimioterapia (BELO HORIZONTE, 2009).

5.8 Atribuições dos profissionais do programa da saúde da família

Os profissionais inseridos no Programa da Saúde da Família assumem um importante papel nas ações da saúde da mulher. Para que cada integrante da equipe multiprofissional possa atuar com segurança, efetividade e responsabilidade nas ações do controle do câncer de colo do útero é preciso que sejam definidas as atribuições de cada profissional neste processo. De acordo com o Protocolo de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2009, temos:

5.8.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde

a) "Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero;
b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero, de acordo com o Protocolo da PBH: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
e) Acolher as usuárias de forma humanizada;
f) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
g) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;

h) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);

i) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;

j) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;

k) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas" (BELO HORIZONTE, 2009, p.18).

5.8.2 Atribuições do Enfermeiro de Saúde da Família

De acordo com o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p.16), compete ao enfermeiro:

a) "Realizar exame especular, coleta de material para exame ciotpatológico do colo uterino e teste de Schiller, seguindo as recomendações contidas no protocolo da PBH (o enfermeiro treinado realizará coletas regularmente, quando esta ação contribuir para uma maior abrangência da prevenção), como uma etapa da consulta de enfermagem à mulher;

b) Encaminhar para avaliação médica, na sua unidade de saúde, as mulheres com alterações identificadas ao exame especular (lesões vulvares, lesões cervicais, pólipos, condilomas, grande ectopias e outras), resultado da citologia positiva e Schiller positivo;

c) Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina e das mulheres com exames alterados ou que tenham indicação para tratamento/seguimento de patologias do colo uterino;

d) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;

e) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem e dos ACS nas ações relacionadas ao protocolo da PBH;

f) Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas no protocolo da PBH;

g) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;

h) Planejar, coordenar, executar e avaliar ações educativas relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer de colo uterino, direcionadas às mulheres, utilizando a modalidade de grupos operativos de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências" (BELO HORIZONTE, 2009).

5.8.3 Atribuições do Médico de Saúde da Família

Ainda de acordo com o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p. 16), compete ao medico:

a) "Realizar o exame clínico-ginecológico em todas as mulheres nas quais esteja indicado;

b) Rastrear o câncer do colo uterino em todas as mulheres nas quais esteja indicado. Realizar a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, seguindo as recomendações de rastreamento do INCA;

c) Monitorar os resultados dos exames citopalógicos colhidos pela ESF;

d) Orientar a Equipe para realização de busca ativa das mulheres com exames alterados;

e) Organizar os processos de trabalho para realização de busca ativa das mulheres em sua área de abrangência que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina;

f) Incrementar ações que resultem no aumento da cobertura do rastreamento/prevenção do câncer de colo uterino na área de abrangência de sua ESF;

g) Encaminhar as mulheres para a Atenção Secundária, quando indicado, e monitorar seu atendimento/rastreamento. Atenção especial para os casos de câncer do colo;

h) Tratar as DSTs e infecções do trato genital inferior;

i) Discutir os casos que gerem dúvidas com o ginecologista de sua Unidade;

j) Orientar o enfermeiro na correta realização da coleta de material para exame citopatológico do colo uterino" (BELO HORIZONTE, 2009).

5.8.4 Atribuições do Auxiliar de Enfermagem

Segundo o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p.17), compete ao Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

a) "Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, sob supervisão do enfermeiro;

b) Orientar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamento e outros procedimentos;

c) Participar de capacitação e educação permanente promovidas pelo enfermeiro e/ou demais membros da equipe;

d) Participar de reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados;

e) Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição;

f) Realizar atenção integral às mulheres;

g) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;

h) Manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero" (BELO HORIZONTE, 2009).

5.8.5 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

O Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p.17), estabelece para o agente comunitário de saúde:

a) "Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área;

b) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;

c) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero, de acordo com o planejamento da equipe;

d) Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua micro área para detecção precoce dos cânceres do colo do útero;

e) Realizar busca ativa das mulheres com exames alterados, ou que necessitem de tratamento/seguimento de patologias do colo uterino;

f) Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico" (BELO HORIZONTE, 2009).

5.8.6 Atribuições do Ginecologista de Apoio

Para o Ginecologista de apoio, o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2009, p. 17) define que compete a ele:

a) “Realizar o exame clínico-ginecológico em todas as mulheres nas quais esteja indicado;

b) Rastrear o câncer do colo uterino em todas as mulheres nas quais esteja indicado. Realizar a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, seguindo as recomendações de rastreamento do INCA;

c) Monitorar os resultados dos exames citopalógicos colhidos que esteja alterados, na sua Unidade;

d) Orientar a ESF para realização de busca ativa das mulheres com exames alterados;

e) Organizar os processos de trabalho junto às ESF de sua Unidade, para realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando sues exames preventivos de rotina;

f) Incrementar ações que resultem no aumento da cobertura do rastreamento/prevenção do câncer de colo uterino na área de abrangência de sua Unidade, junto com as ESF;

g) Encaminhar as mulheres para a Atenção Secundária, quando indicado, e monitorar seu atendimento/rastreamento. Atenção especial para os casos de câncer colo;

h) Tratar as DSTs e infecções do trato genital inferior;

i) Orientar médicos e enfermeiros nos casos de sua Unidade que gerem dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamento e encaminhamento;

j) Orientar os médicos de família e enfermeiros na correta realização da coleta de material para exame citopatológico do colo uterino” (BELO HORIZONTE, 2009).

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Contextualizando as ações da Equipe Verde na prevenção do câncer de colo do útero (momento explicativo)

Dentre as ações realizadas para a prevenção do câncer cérvico-uterino, desenvolvidas pela Equipe Verde (ESF 3) do Centro de Saúde Jardim Guanabara, são ofertas de consultas de enfermagem e, principalmente médicas, incluindo também, abordagem sobre a prevenção do câncer nas consultas de pré-natal.

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, o exame citopatológico deve ser realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos de idade e ser estendido até os 69 anos, e para toda a mulher que tem ou já teve atividade sexual (BELO HORIZONTE, 2009). No entanto, percebemos que no momento, não existe um controle de buscas ativas criterioso na realização da prevenção do câncer cérvico-uterino das mulheres da área de abrangência da equipe, entre 25 a 59 anos. Neste sentido, a equipe iniciou o trabalho de listagem das mulheres para tais controles, mas ainda este se encontra em fase de planejamento. Apesar da captação das mulheres por meio das visitas mensais dos ACS's e do "acolhimento" (Organização da Demanda Espontânea - ODE), a demanda é praticamente espontânea.

A ODE é uma forma de organizar o atendimento das equipes, estabelecendo horários definidos, para que a população saiba qual o período mais adequado em procurar a equipe. A equipe acolhe desta forma, uma demanda que na maioria das vezes não é aguda. O "acolhimento" da equipe é realizado 3 vezes na semana, denominamos este momento, portanto, de Organização de Demanda Espontânea (ODE), já que o "acolhimento" é realizado em todo o período de atendimento da unidade.

Quanto às ações de grupos, a equipe já realizou em períodos anteriores grupos de "Prevenção do Colo Uterino e Mamas", através de uma "conversa" e esclarecimento de dúvidas sobre a saúde da mulher. No entanto, como o grupo também foi destinado para a entrega dos resultados dos citopatológicos, as mulheres beneficiadas acabavam sendo as que já estavam inseridas no controle do câncer.

Os exames de citologia são sempre ofertados para as mulheres e não há limitação ou cota para o mesmo. A unidade possui um livro para registro de todas as prevenções realizadas, sendo que, através deste, podemos levantar todos os exames feitos pela equipe e as alterações citopatológicas identificadas. Todos os resultados das prevenções são transcritos para o caderno de prevenção, seja pelo auxiliar de enfermagem ou enfermeiro responsável, este último, separa, confere os resultados e entrega-os para os demais enfermeiros de cada equipe.

Os resultados das prevenções que não apresentaram alterações são colocados em pasta própria e sequencialmente são arquivadas pelos auxiliares de enfermagem no prontuário da usuária. O resultado de prevenção, sem alteração, é entregue à mulher por meio: da Organização de Demanda Espontânea, pelo médico ou pelo enfermeiro (após avaliação médica do exame), de uma consulta agendada com o profissional que solicitou o exame ou quando a usuária retornou, por outros motivos, em consulta médica ou de enfermagem. Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher da Prefeitura de Belo Horizonte (2009), o médico deverá avaliar todos os resultados e as usuárias sem alterações clínicas e com resultado de citologia negativo, não necessitam de retorno, estes resultados poderão ser entregues em grupo pelo profissional qualificado para esta atividade.

Os enfermeiros ao identificarem as alterações nos exames das mulheres comunicam ao médico da equipe, e agendam imediatamente consulta para o mesmo, para a realização dos encaminhamentos necessários. O agendamento realizado é entregue na casa da usuária por meio do ACS. Os resultados alterados também são comunicados pelo laboratório distrital para a equipe, o que reforça a busca ativa para o tratamento devido.

Os dados dos exames citopatológicos são monitorados pelo Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), que é um instrumento de informação do Ministério da Saúde responsável pela coleta e análise de dados sobre os procedimentos de citopalogia, histopalogia e controle de qualidade do exame preventivo. Esse sistema de informação é alimentado por meio das informações fornecidas pelo preenchimento da requisição do exame citopalógico realizado pelo profissional de saúde no momento em que coleta o material (BELO HORIZONTE, 2009).

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher da Prefeitura de Belo Horizonte (2009), os encaminhamentos são procedidos da seguinte forma:

- Processo infeccioso: avaliação é médica. DST (tais como *Trichomonas vaginalis, Chlamydia SP)*: tratar. *Cândida sp* ou *Gardnerella*: associar a dados clínicos para a indicação de tratamento ou não.

- Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e atipias de significado indeterminado em células glandulares (ASGUS): devem ser submetidas ao tratamento de infecções associadas (se houver) e a nova coleta citológica após 4 meses. Presença de ASCUS em que não se pode excluir a lesão de alto grau na amostra: encaminhar para a propedêutica do colo, sem necessidade de repetir o exame.

- Encaminhados para a propedêutica do colo:

  - Citologia positiva para Atipias com mais coilócitos mais Papiloma Vírus Humano (HPV); Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I) – lesão de baixo grau; lesão de alto grau (Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II - NIC II; Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III - NIC III; Ca “in situ”); Câncer de Colo.

  - Persistência de ASCUS/AGUS em exame citológico repetido após 4 meses do 1° exame.

  - Schiller positivo e grandes ectopias com mucorréia é indicação de colposcopia e cauterização.

O teste de Schiller consiste na aplicação de uma solução iodada no colo uterino.e caso a área se apresente corada é denominado área iodo positiva e Schiller negativo. Isto ocorre porque iodo tem afinidade com o glicogênio presente no epitélio do colo sadio, corando o mesmo. Caso a área não se apresente corada é denominada área iodo negativo e Schiller positivo. Este último resultado é sinal de alerta, pois quando o iodo não cora o colo uterino pode significar a ausência de glicogênio resultante de epitélio colunar, displásicos ou cancerosos.

Caso o resultado da amostra se apresente como satisfatória, porém, limitada por ausência de células endocervicais, o exame é repetido em 1 ano. O Ministério da Saúde (2006c), informa que a presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamo-colunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade do exame, pelo fato de as mesmas se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo uterino.

No momento da consulta médica é avaliado o resultado da prevenção associado aos dados do exame físico ginecológico do prontuário da mulher. As mulheres com os resultados de exames alterados, seja citologia positiva, teste de Schiller positivo ou lesão cervical, é seguido o fluxo para a propedêutica do colo de acordo com o padronizado pela SMS.

A usuária é então encaminhada para a realização da colposcopia:

- Se identificado lesão ectocervical: é realizada a biopsia dirigida (se NIC I é feito cauterização e retorno em 6 meses e se NIC II ou NIC III é feito Cirurgia de Alta Frequência (CAF) ou a frio e retorno em 6 meses, 1 ano, 2 anos.
- Caso no exame de colposcopia a Junção Escamo-Celular (JEC) não seja visualizada ou colposcopia negativa: é repetida a citologia com escova no CS (se normal ou NIC I retorno em 6 meses onde foi realizado a colposcopia, se NIC II ou NIC III é feito biopsia ou curetagem) (BELO HORIZONTE, 2009).

A Equipe de Saúde da Família procura orientar a mulher quanto ao retorno para o próximo exame de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2006a): dependendo do resultado, se 2 prevenções consecutivas anuais sem alterações, o retorno é em 3 anos. Contudo, a equipe leva em consideração cada caso em sua peculiaridade. De acordo com o protocolo da Prefeitura de Belo Horizonte (2009), as mulheres com DST devem realizar o exame com maior frequência (anual), no entanto, as usuárias com condilomas em genitália externa, com exceção das imunossuprimidas, não necessitam de coletas mais frequentes do que as recomendadas. As mulheres submetidas a histerectomia total é recomendado a coleta de esfregaço de cúpula vaginal e na histerectomia subtotal é feita de acordo com a rotina habitual. Nas

mulheres virgens não deve ser realizada a coleta na rotina, com exceção na ocorrência de condilomatose na genitália externa, em que se deve avaliar a necessidade. Nas mulheres grávidas recomenda-se que seja coletada preferencialmente até o 7° mês.

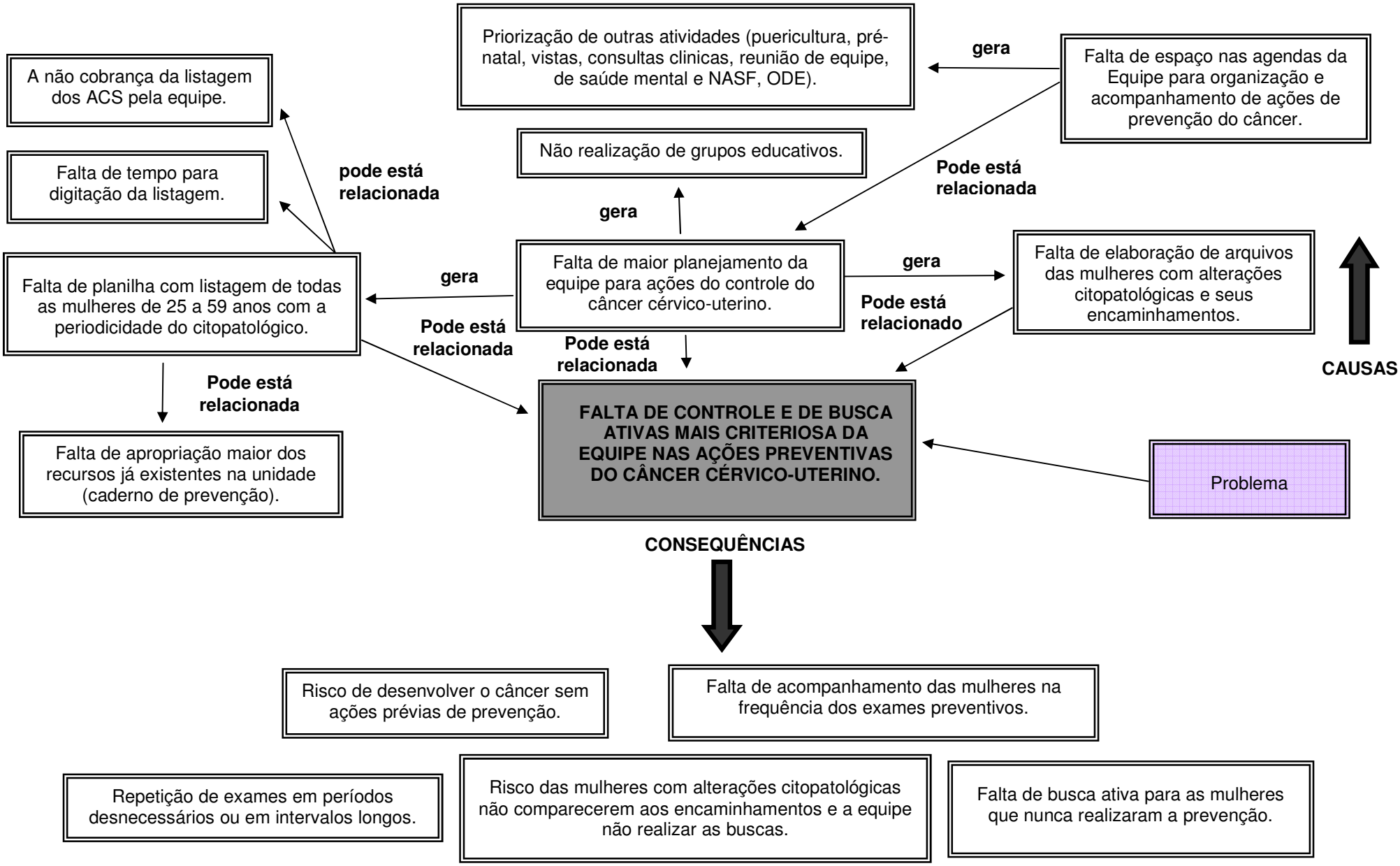
Por mais que a equipe procure seguir as orientações recomendadas pelo MS quanto à frequência do exame preventivo, o que percebemos é que as mulheres acabam agendando nova coleta de exame citopatológico anualmente, ou muitas vezes, com atrasos maiores de 3 anos. O CS tem um instrumento importante que é o caderno de prevenção, no entanto, ele é pouco utilizado para fins de acompanhar os retornos periódicos da usuária nas consultas de saúde da mulher.

Precisamos, desta forma, conscientizar a equipe da importância da consulta deste instrumento já existente na unidade e, utilizar-se deste, para desenvolver a planilha de acompanhamento com a listagem das mulheres da equipe de 25 a 59 anos e suas respectivas frequências aos exames preventivos, resultados e encaminhamentos.

É importante reativar também, o grupo de “Prevenção do Colo Uterino e Mamas” com um enfoque mais abrangente, visando captar todas as mulheres de 25 a 59 anos, contribuindo, assim, para uma melhor cobertura das ações preventivas relacionadas à saúde da mulher.

O esquema explicativo da Figura 1 aponta sobre as principais causas do problema identificado pela Equipe de Saúde Verde do Centro de Saúde Jardim Guanabara (momento explicativo do planejamento estratégico situacional). Nele podemos verificar que existe a falta de controle mais criterioso nas ações preventivas do câncer de colo do útero. A partir desse diagnóstico das questões apontadas pela equipe, foi elaborado um Plano de Ação para realizar a intervenção, cujo principal objetivo é que a Equipe de Saúde possa desenvolver atividades para o maior controle e organização das atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino para a população de sua área de abrangência.

ELABORAÇÃO DE ESQUEMA EXPLICATIVO SOBRE O PROBLEMA SELECIONADO:

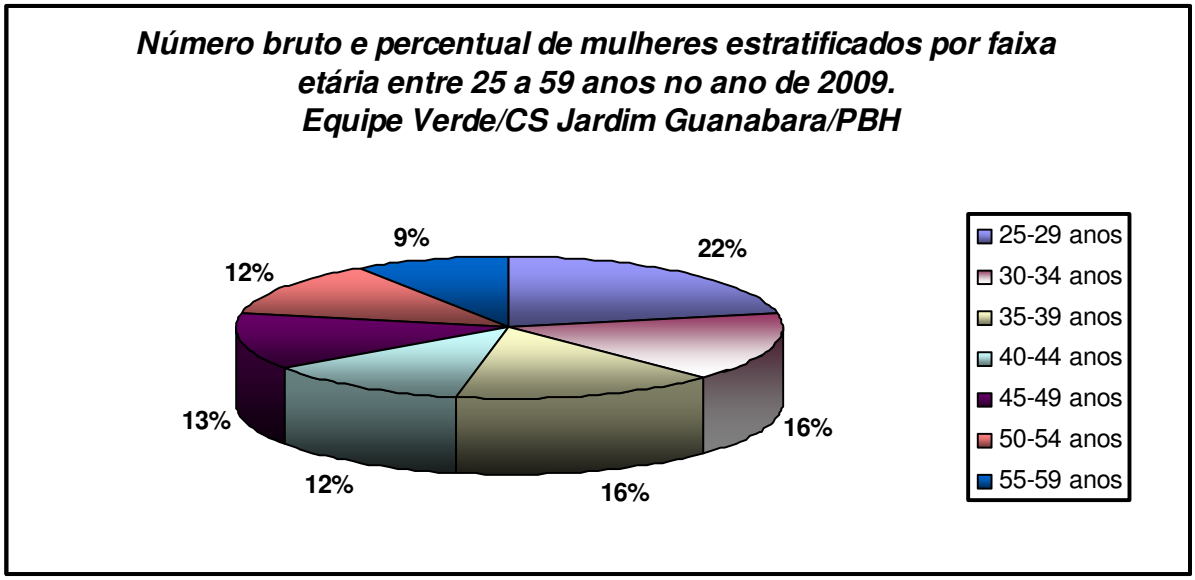


6. 2 Análise da cobertura da prevenção do Câncer do Colo do Útero pela Equipe Verde do CS Jardim Guanabara

A partir dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação da SMSPBH, aliados ao levantamento do número de atendimentos para a coleta do exame colpocitopatológico realizados nas usuárias, foi possível analisar a cobertura da prevenção de câncer cérvico-uterino realizado pela Equipe Verde do Centro de Saúde Jardim Guanabara.

A Equipe Verde assiste a uma população feminina de aproximadamente de 1.904 mulheres e abrange 921 mulheres de 25 a 59 anos, sendo esta a população alvo para a realização do exame preventivo. A população feminina em estudo é predominantemente de adulto jovem. Na faixa etária de 25 a 29 anos temos 22% das mulheres, já na faixa etária de 55-59 anos temos 9% das mulheres, como pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1



Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Analisando a situação das mulheres que realizam pelo menos 1 exame preventivo no intervalo de 3 anos, percebemos que das 921 mulheres de 25 a 59 anos, apenas 418

(45%) realizaram a prevenção e 503 (55%) mulheres não o realizaram, como pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1- Número absoluto e frequência de mulheres, por faixa etária, que realizaram pelo menos 1 Exame Preventivo (PV) no período de 2007 a 2009. Equipe Verde/Centro de Saúde Jardim Guanabara/PBH.

Faixa etária	*Realizou PV*	*%*	*Não realizou PV*	*%*	*Total de mulheres*
25-29	*91*	*21,7*	*108*	*21,4*	*199*
30-34	*69*	*16,5*	*77*	*15,0*	*146*
35-39	*66*	*15,7*	*78*	*15,5*	*144*
40-44	*44*	*10,5*	*67*	*13,3*	*111*
45-49	*64*	*15,3*	*58*	*11,5*	*122*
50-54	*49*	*11,7*	*65*	*12,9*	*114*
55-59	*35*	*8,3*	*50*	*9,9*	*85*
Total	*418*	*100*	*503*	*100*	*921*

Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Quando analisamos na tabela 1 a faixa etária que realiza em maior número o exame preventivo, verifica-se que as mulheres de 25-29 anos (21,7%) são as que mais realizaram o exame.

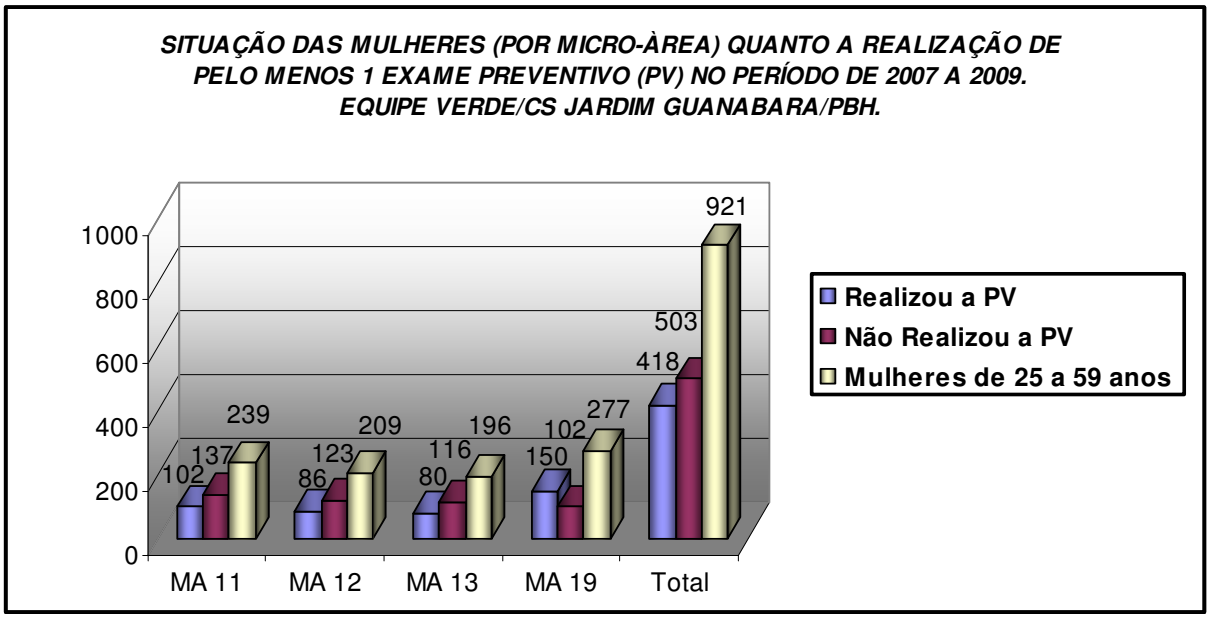
Tabela 2- Número absoluto e frequência de mulheres, proporcionalmente por faixa etária, que realizaram pelo menos 1 Exame Preventivo (PV) no período de 2007 a 2009. Equipe Verde/Centro de Saúde Jardim Guanabara/PBH.

Faixa etária	25-29	%	30-34	%	35-39	%	40-44	%	45-49	%	50-54	%	55-59	%	Total
Realizou PV	91	46	69	47	66	46	44	40	64	52	49	43	35	41	418
Não realizou PV	108	54	77	53	78	54	67	60	58	48	65	57	50	59	503
Total de mulheres	199	100	146	100	144	100	111	100	122	100	114	100	85	100	921

Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Apesar da faixa etária de 25 a 29 anos realizar em maior número o exame preventivo (tabela 1), visto que é um grupo predominante, quando avaliamos as mulheres proporcionalmente por faixa etária, podemos observar na tabela 2 que a faixa etária de 45-49 anos (52%) é a que mais comparece para a realização do exame. Já na faixa etária de 25 a 29 anos, 46% das mulheres comparecem para a realização do exame preventivo. Este fato nos sugere que a procura dos serviços de saúde pode está associado não somente aos cuidados relativos à natalidade, mas também, aos cuidados do climatério.

Gráfico 2



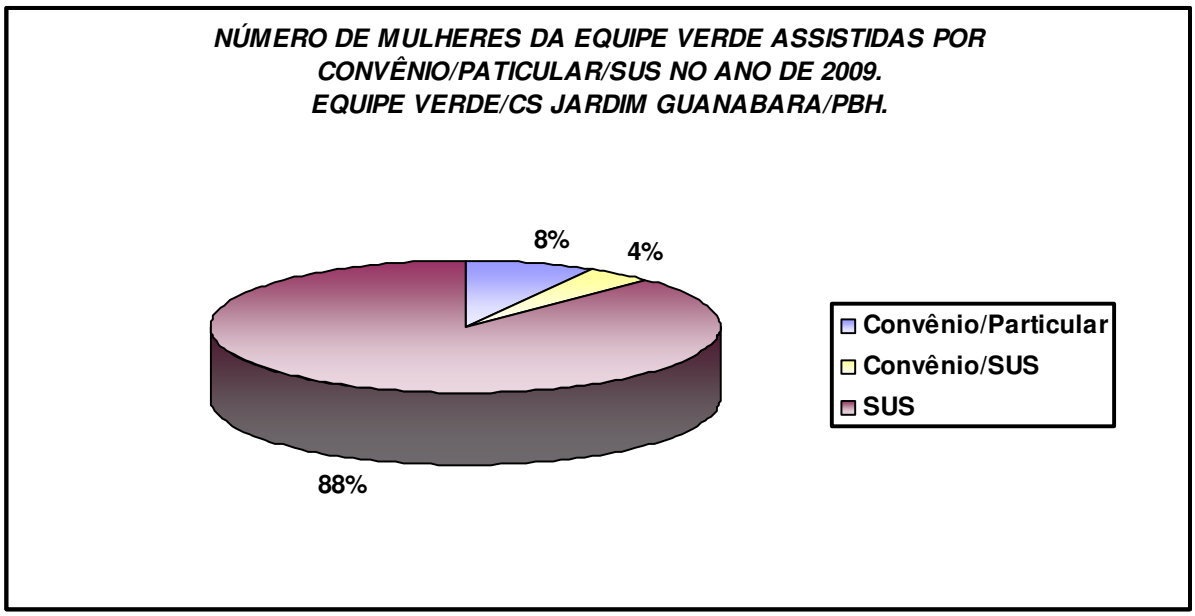
Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

A respeito da situação das mulheres, por micro-área que realizam pelo menos 1 exame preventivo no intervalo de 3 anos, podemos inferir que a micro-área 19 (elevado risco) é a que mais realizou o exame preventivo e superou o número de mulheres que realizaram o exame em relação as que não realizaram, como pode ser notado no Gráfico 2.

É importante ressaltar que o estudo contempla a realização do exame preventivo realizado pelo Centro de Saúde e, desta forma, a porcentagem das mulheres que não

realizaram o exame preventivo poderia ser menor, já que 8% das mulheres possuem convênio e 4% possuem convênio e também são usuárias do SUS. No entanto, não podemos deixar de destacar a importância do SUS para a população feminina da Equipe Verde, já que a grande parte da população, 88%, depende do SUS e necessita deste para a realização do exame preventivo, como pode ser verificado no Gráfico 3.

Gráfico 3

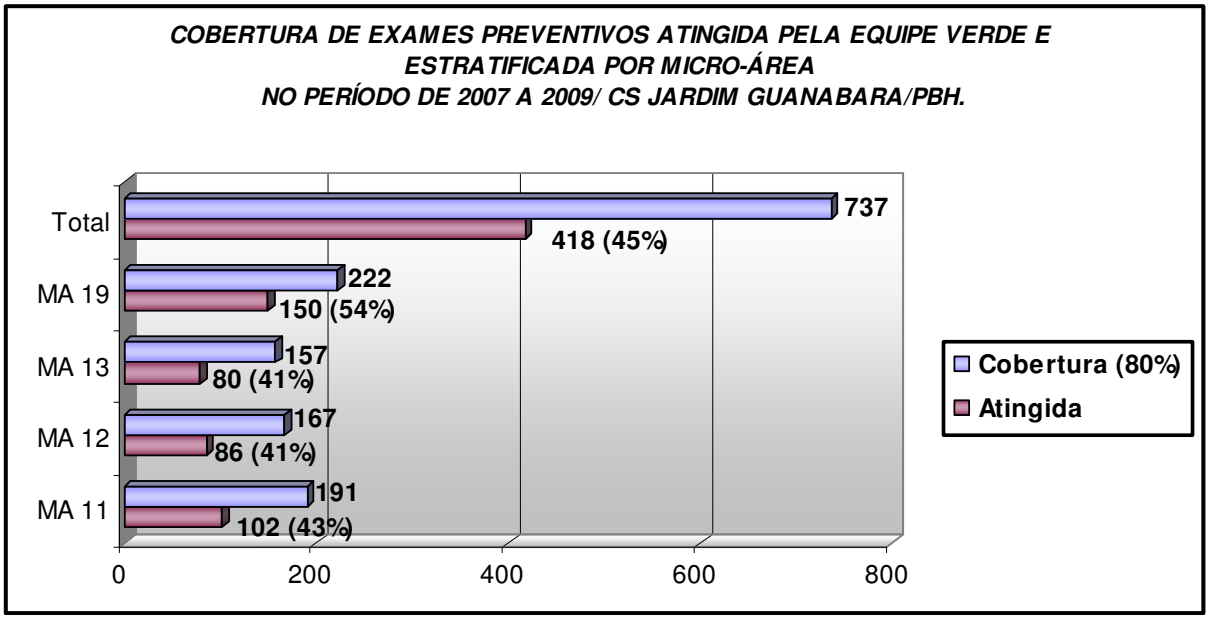


Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b), a cobertura da prevenção do câncer de colo do útero estimada para as mulheres de 25 a 59 anos deverá ser de 80%, ou seja, no período avaliado de 2007 a 2009, 80% das mulheres deverão realizar no mínimo 1 exame preventivo. No caso, da Equipe Verde, para atingir tal cobertura, das 921 mulheres de 25 a 59 anos, 737 mulheres (80% de cobertura) deverão realizar o exame preventivo.

Os resultados apontam que a Equipe no ano de 2007 a 2009 realizou a prevenção de 418 mulheres, correspondendo a 45% de cobertura. Como observado, a equipe não conseguiu atingir a cobertura proposta e para tanto, necessitaria ter realizado o exame preventivo em mais 319 mulheres neste período, como pode ser verificado no Gráfico 4.

Gráfico 4



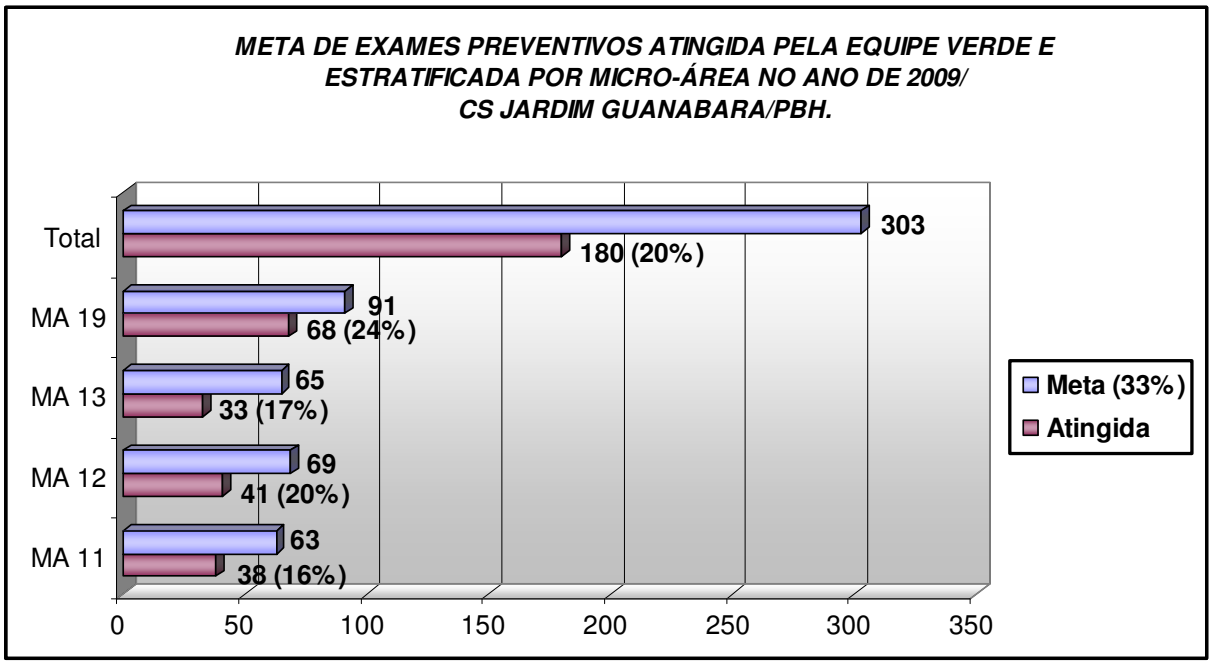
Nota: a cobertura atingida é relativa à cobertura parâmetro de 80%.

Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Segundo os dados fornecidos pelas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2009b) a meta estimada para a realização da coleta anual do citopatológico é de 33% das mulheres da faixa etária de 25 a 59 anos. Para que a Equipe Verde atinja a meta é preciso realizar o exame anual em 303 mulheres (33% das mulheres) do total de 921 mulheres.

O estudo mostrou que a Equipe Verde realizou 180 exames nas mulheres da área de abrangência de 25 a 59 anos, no ano de 2009, como pode ser verificado no Gráfico 5, apresentado a seguir.

Gráfico 5



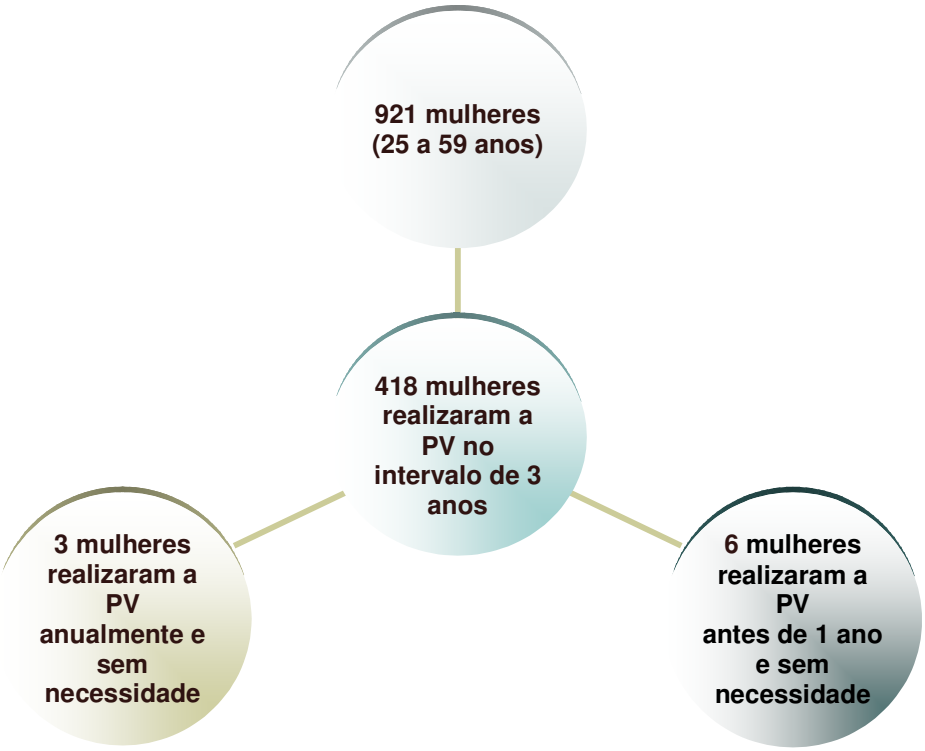
Nota: a meta atingida é relativa à meta parâmetro de 33%.

Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Ao ter correspondido a 20% de meta atingida, portanto, isto significa que a equipe não conseguiu atingir a meta estimada e que serão necessários estudos mais aprofundados para clarear o que realmente está ocorrendo, ou seja, os motivos que tem levado a equipe a atingir esta baixa cobertura.

O estudo nos revelou também, que das 418 mulheres que realizaram o exame preventivo no período de 3 anos, 6 mulheres realizaram a prevenção em intervalo inferior a 1 ano e outras 3 realizaram o exame anualmente e sem indicação para tal necessidade, como pode ser identificado no Diagrama 1, apresentado a seguir.

DIAGRAMA 1- Periodicidade da realização do exame preventivo nas mulheres de 25 a 59 anos pertencente à equipe verde no período de 3 anos (2007 à 2009).



Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

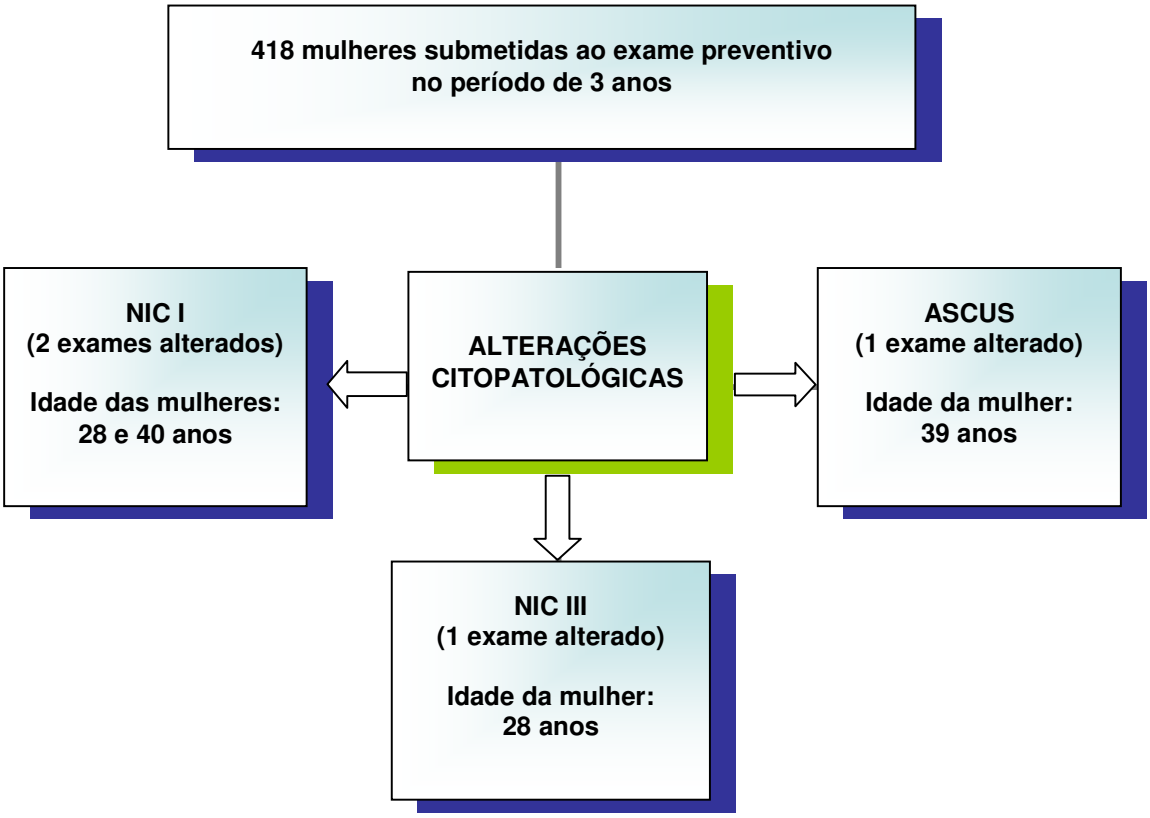
Esta análise contraria a percepção da Equipe, pois esta acreditava que grande parte das mulheres realizava o exame em períodos desnecessários e isto tem ocorrido com um número insignificante de mulheres, de acordo com a análise dos dados. Desse modo, uma preocupação maior recai sobre a Equipe, a de que grande parte das mulheres (55%) não estão realizando o exame preventivo ou estão sendo submetidas ao mesmo, em períodos superiores há 3 anos (tabela 1).

De acordo com os dados fornecidos pelas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2009b), espera-se que 1,5% das mulheres tenham realizado o exame Papanicolaou com alteração ou suspeita no ano. Desta forma, das 180 coletas realizadas pela Equipe Verde no ano de 2009, espera-se

3 alterações citopatológicas. O estudo nos mostra que foi identificado neste ano 1 alteração citopatológica, sendo diagnosticada por NIC I.

No diagrama 2, observa-se que foram identificadas as seguintes alterações citopatológicas nos exames realizados no período de 2007 a 2009:

DIAGRAMA 2- Alterações citopatológicas identificadas nos exames das mulheres de 25 a 59 anos da equipe verde no periodo de 2007 a 2009.



Fonte: sistema de Informação da SMSPBH.

Podemos observar que as alterações citopalógicas diagnosticadas no período de 2007 a 2009 foram: 2 alterações correspondente a NIC I, 1 alteração por ASCUS e outra por NIC III, sendo que as mulheres acometidas eram menores de 40 anos. Podemos destacar, que a alteração citopatológica identificada por NIC III é relativa a uma mulher

menor de 30 anos e segundo D'Ottaviano *et al*. (2004) apud Lopes (2006), as alterações citopalógicas aumentam nas mulheres maiores de 30 anos. Este fato nos alerta para uma maior atenção quanto à identificação de alterações citopatológicas, especialmente por NIC III, pois está ocorrendo com certa precocidade. Neste sentido, observamos que as mulheres muito jovens, menores de 25 anos, estão iniciando a atividade sexual precocemente e esta é uma preocupação, já que dessa forma, estão mais susceptíveis ao risco para o câncer do colo de útero e a desenvolver as lesões precursoras e o carcinoma invasor mais precocemente. Desta forma, podemos repensar sobre uma nova população alvo como meta, com maior antecipação para a realização do exame preventivo, ao invés de iniciamos a partir dos 25 anos.

Dentre outras alterações citopatológicas identificadas nos exames realizados nestes últimos 3 anos, encontramos: 6 mulheres acometidas por *Trichomonas vaginalis* e 8 mulheres por *Cândida sp.* Nesta direção, é importante enfatizar que as alterações citopatológicas analisadas neste estudo são resultantes das coletas dos esfregaços citopatológicos, e não contemplam, neste momento, as alterações identificadas no exame físico da mulher (incluindo o teste de Schiller). Para tanto, ainda existe um percentual maior de mulheres com alterações no colo do útero e que foram encaminhadas para a propedêutica do colo, mesmo com o exame preventivo sem alterações, mas com o exame físico alterado.

Quanto à adequabilidade das amostras, referentes à qualidade do esfregaço e a boa leitura nas amostras, das 180 coletas de exames preventivos realizados no ano de 2009, 100% das amostras mostraram-se satisfatórias. Quando analisado o resultado sobre os epitélios (escamoso, glandular e metaplásico) representados nas amostras citopalógicas, observamos que das 180 coletas no ano de 2009, apresentamos:

- 161 coletas adequadas com presença de células metaplásicas ou glandulares

- 19 coletas limitadas por apenas células escamosas.

Desta forma, podemos observar que 89% das amostras estão sendo coletadas com procedimento técnico satisfatório, o que afasta grande parte dos erros decorrentes da leitura de lâminas impróprias ou que dificultam a análise laboratorial.

Verificamos também, que serão necessários mais estudos para aprofundarmos a análise desta problemática para subsidiar novas tomadas de decisão pela Equipe de Saúde Verde.

6.3 Plano de Ação - momento tático operacional

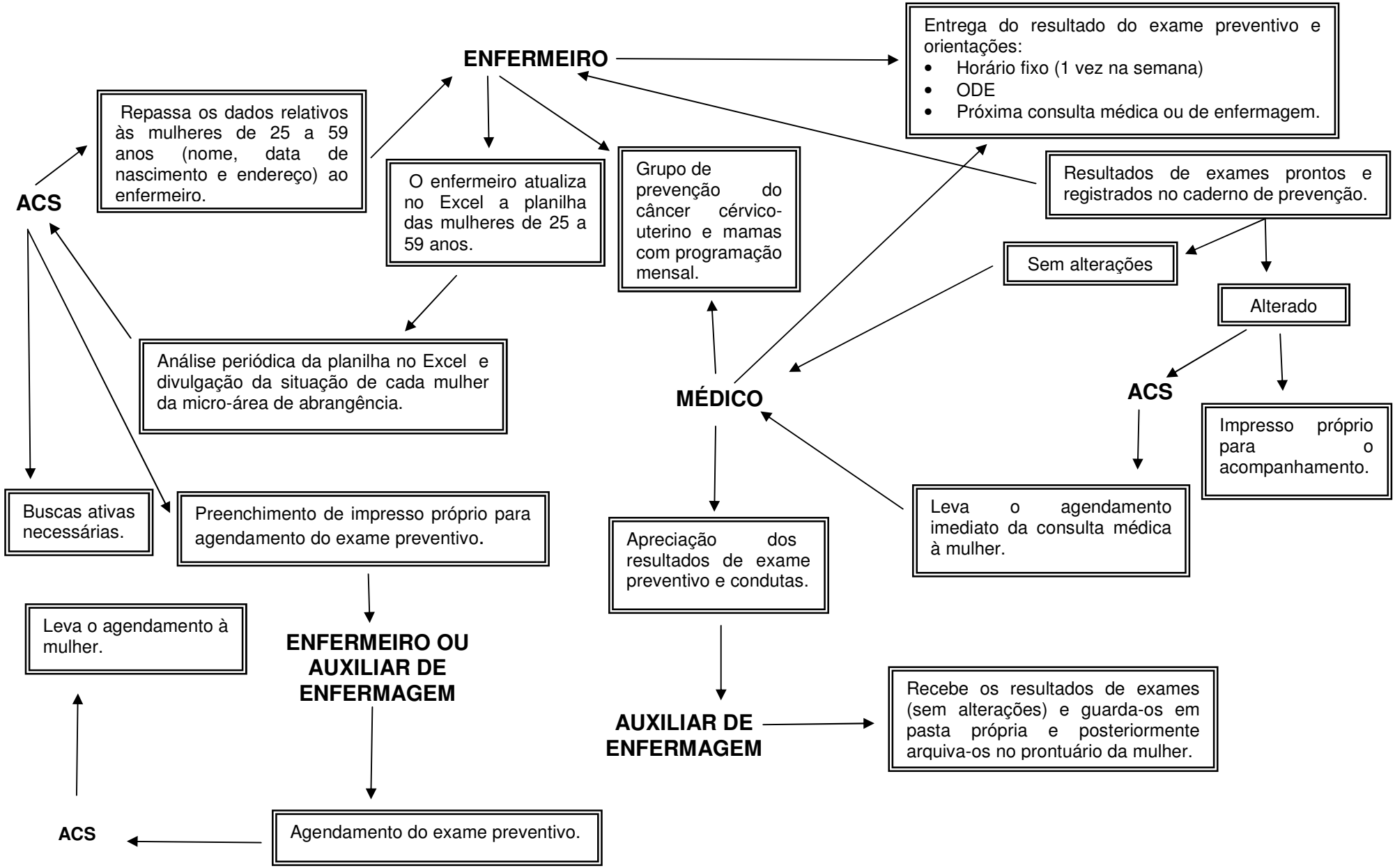
Após discussão dos resultados deste estudo em reunião com a ESF Verde, ficou acordado um fluxo do atendimento à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino (Figura 2), da seguinte maneira:

- O ACS repassará os dados relativos às mulheres de 25 a 59 anos (nome, data de nascimento e endereço) ao enfermeiro.
- O enfermeiro atualizará no Excel a planilha das mulheres de 25 a 59 anos. Ao receber o resultado do exame preventivo ou consultar o resultado no livro de exames preventivos, preenche na planilha a data da realização do exame e seu respectivo resultado. Sequencialmente o enfermeiro repassa para o médico os resultados para apreciação e condutas. Se o exame apresentar alterações é comunicado imediatamente ao ACS para que este leve o agendamento da consulta médica para a mulher. Às mulheres com exame alterado será feito um impresso próprio para o acompanhamento (Apêndice B), e o mesmo será arquivado na pasta dos resultados de exame preventivo.
- Após avaliação médica dos exames, o médico entregará os resultados para o auxiliar de enfermagem.
- O auxiliar de enfermagem guarda os resultados de exames (sem alterações) na pasta dos resultados do exame preventivo e posteriormente arquiva-os no prontuário da usuária.
- O enfermeiro realizará periodicamente análise da planilha no Excel e informará ao ACS sobre a situação de cada mulher da micro-área de abrangência, para realizar as buscas ativas necessárias. O enfermeiro entregará um impresso para o ACS contendo o nome, data de nascimento, prontuário, data da última menstruação e

anotação de disponibilidade de horários da mulher (Apêndice C). O ACS fará a captação das mulheres que necessitam de realizar o exame, por meio do preenchimento deste impresso e o entregará para o enfermeiro. O enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem agendarão os exames preventivos das mulheres e o entregarão para o ACS, para que o mesmo possa levá-lo à mulher em seu domicílio.

- Para a entrega dos resultados de exame preventivos, será agendando um período fixo, 1 vez por semana. Este momento será destinado também, para dúvidas ou informações sobre o exame preventivo. Caso a mulher não possa comparecer neste dia, o resultado será entregue na Organização de Demanda Espontânea ou em uma próxima consulta médica ou de enfermagem. O exame será entregue preferencialmente pelo enfermeiro e na ausência deste, pelo médico da equipe.
- A equipe ofertará grupo de prevenção do câncer cérvico-uterino e com abordagem também no câncer de mama. O grupo terá programação mensal com participação da equipe, tendo o médico ou o enfermeiro na coordenação do mesmo (Apêndice D).

Figura 2 - Fluxo do atendimento à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino:



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos mostra que ao permitir às mulheres a livre demanda pela busca do serviço de saúde sem critérios, a ESF acaba sujeita às baixas metas e coberturas de prevenção do câncer do colo uterino. Como visto, são poucas as mulheres que estão realizando o exame preventivo como preconizado pelo Ministério da Saúde. E o mais preocupante é que estas mulheres estão realizando o exame em períodos superiores a 3 anos, ou ainda, não estão sendo submetidas ao mesmo. Outro destaque, é que a apesar da faixa etária de 25 a 29 anos, por ser predominante, é a que mais realiza o exame preventivo, quando se avalia proporcionalmente por faixa etária, as mulheres de 45 a 49 anos são as que mais comparecem para a realização do exame.

Quanto às alterações citopatológicas, o estudo nos aponta para o aumento da incidência de tais alterações, especialmente por NIC III, em mulheres jovens menores de 30 anos. Tal fato nos alerta para uma reflexão sobre uma nova população alvo como meta para a realização do exame preventivo, priorizando também a faixa etária menor de 25 anos.

Para que a Equipe de Saúde da Família possa atuar no cuidado da saúde da mulher, e especificamente em ações preventivas do câncer cérvico-uterino, é preciso primeiramente conhecer quem são as mulheres de nossa área adscrita, a faixa etária, sua demanda pelo serviço e quais cuidados de saúde o mesmo tem proporcionado a estas mulheres. Como segundo passo, a ESF deverá desempenhar para o maior controle das ações preventivas do câncer cérvico-uterino, a priorização de tais atividades em sua agenda de trabalho e, para tanto, deverá se organizar através do planejamento para dar maior visibilidade e compromisso às suas ações.

É importante enfatizar que atingir as metas e coberturas é um trabalho importante, que envolve todo o engajamento da equipe e reflete na qualidade do serviço prestado. Contudo, é preciso juntamente com estes indicadores atingidos, oferecer e orientar também ás mulheres sobre: os bons hábitos de vida; informá-las sobre os fatores de

risco do câncer de colo de útero, para que possam preveni-lo; e desmitificar o medo do câncer, pois adiar o tratamento é afastar as chances de cura.

Entre as ações que a equipe se propõe para aumentar a vigilância nas ações do câncer de colo do útero, destaca-se o aperfeiçoamento do fluxo de atendimento à mulher, planilha de acompanhamento das mulheres de 25 a 59 anos, impressos para o agendamento de exame preventivo, ficha de acompanhamento de mulheres com alterações citopalógicas e grupos operativos. É importante salientar que todas estas ações desempenhadas pela equipe, precisam ser submetidas a um processo contínuo de avaliação e análise.

REFERÊNCIAS

1. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Coordenação de Política Social. **Cadastro de Política Social**: Manual de instrução de preenchimento. SMSA-BH, Agosto/2001.

2. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade à saúde 2003.** SMSA-BH, Julho/2003.a

3. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede Municipal.** 2003.b

4. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher**. 2004.

5. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. SMSA-BH, Maio/2006.

6. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher:** Prevenção e controle do câncer de colo de útero. Março/2009.

7. _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata de Reunião da Equipe Verde do Centro de Saúde Jardim Guanabara.** Belo Horizonte: SUS PBH, 2010. (mimeo).

8. _____.**Portal da Prefeitura de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://fr.pbh.gov.br/?q=pt-br/content/sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia-aten%C3%A7%C3%A3o-e-carinho-de-casa-em-casa>. Acesso em: 06/01/2011.a

9. _____.**Portal da Prefeitura de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15386&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em: 06/01/2011.b

10. _____.**Portal da Prefeitura de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=historia&tax=14487&lang=pt_BR&pg=5780&taxp=0&>. Acesso em: 26/02/2011.c

11. _____.**Portal da Prefeitura de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=25692&chPlc=25692&termos=distritos>. Acesso em: 26/02/2011.d

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF. 1998.a

13. _____.Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. 1998.b

14. _____.Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero.** Manual Técnico. Brasília, 2002.

15. _____.Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

16. _____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Manual do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero** – SISCOLO. Versão 4. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

17. _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.a

18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograd:** Programação de gestão por resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.b

19. _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.c

20. _____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010:** Incidência de Câncer no Brasil**.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

21. _____.Ministério da Saúde. **Rede Câncer** – O Portal da rede de Atenção Oncológica. Disponível em: <http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home>. Acesso em: 28/06/2010.a

22. _____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Sistemas de Informação do Controle do Câncer de Mama e do Câncer do Colo do Útero SISMAMA e SISCOLO** : Manual Gerencial . Junho/2010.b

23. _____.Lei N° 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 28/06/11.a

24. _____.Portaria 287, de 24/04/2006. Disponível em < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/261f8f804f0649bbaca4bdf58f4ba399/portaria_SAS287_06.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 29/06/11.b

25. CAMPOS, C. R. A produção da cidadania: Construindo o SUS em Belo Horizonte. SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: O desenvolvimento do controle e avaliação. VELLOSO, B. G.; MATOS, S. G. A complexa construção do SUS-Belo Horizonte: Os desafios que ele propôs. *In*: CAMPOS, C.R. (org). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

26. CARDOSO, Francisco Carlos; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 80p

27. COELHO, S.; Porto, Y. F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/Coopemed, 2009. 68 p.

28. CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia científica:** participação em eventos e elaboração de textos científicos. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 96p.

29. DE PALO, G. **Colposcopia e Patologia do Trato Genital inferior**. Rio de Janeiro: Medsi 2 ed, 1996. 491 p.

30. GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995. Cap. 3 e 4.

31. LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, 2006.

32. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NESCON). **Guia do profissional em formação**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/Coopmed, 2008. 54p.

33. MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 280 p.

34. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Publica de Minas Gerais. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**: Módulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde para a prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. 520p.: P (manual do docente).

35. _____. Escola de Saúde Publica de Minas Gerais. **Oficina de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horiozonte**: Oficina I Análise da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009 (Guia de Tutor/Facilitador).a

36. _____.Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: Oficina II –

Redes de Atenção à Saúde e Regulamentação Assistencial. Belo Horizonte: ESPMG, 2009 (Guia de Tutor/Facilitador).b

37. TEIXEIRA, C.F. **Planejamento Municipal de Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

ANEXOS

ANEXO A- IMPRESSO ELETRÔNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

Requisição de Exame Citopatológico

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE : Unidade de Saúde: C.S. JARDIM GUANABARA CNES: 23787

INFORMAÇÕES PESSOAIS : Paciente : Prontuário :P -

Mãe : Identidade : CPF:

Data de Nascimento : Idade : Cor : 2) Escolaridade :

Endereço : 30000000 -

DADOS DA ANAMNESE	EXAME CLÍNICO
Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?	**Inspeção do Colo:**
Usa DIU?	
Está Grávida?	
Usa Pílula Anticoncepcional?	**Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis:**
Usa Hormônio/Remédio para Tratar a menopausa?	**Número do Frasco: xxxxxx**
Já Fez Tratamento por Radioterapia?	
Data da última menstruação/regra:	**Data da Coleta:**
Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?	**Coletor:**
Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?	

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

Nome do Laboratório: _____ *Recebido em:* _____ *Número do Exame:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA - AMOSTRA REJEITADA POR:

☐ Ausência ou erro na identificação da Lâmina, Frasco ou Formulário
☐ Lâmina Danificada ou Ausente
☐ Causas alheias ao laboratório: _____
☐ Outras causas (especificar): _____

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL ☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:

☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% de esfregaço
☐ *Piócitos em mais de 75% do esfregaço*
☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
☐ Outros (especificar): _____
☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
☐ *Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço*
☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA ☐ Escamoso ☐ Glandular ☐ Metaplásico

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

☐ Dentro dos limites da normalidade, no material examinado

Alterações celulares benignas reativas ou reparativas

☐ Inflamação
☐ Reparação
☐ Radiação
☐ Metaplasia escamosa imatura
☐ Atrofia com inflamação
☐ Outros (especificar): _____

MICROBIOLOGIA

☐ *Lactobacillus sp*
☐ Cocos
☐ Sugestivo de Chlamydia sp
☐ Actinomyces sp
☐ *Candida sp*
☐ Trichomonas vaginalis
☐ *Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes*
☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivas de Gardnerella/Mobiluncus)
☐ Outros Bacilos
☐ Outros (especificar): _____
☐ *Flora não classificável*

CÉLULAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas	☐ Possivelmente não neoplásicas	☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
Glandulares	☐ Possivelmente não neoplásicas	☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
De origem indefinida	☐ *Possivelmente não neoplásicas*	☐ *Não se pode afastar lesão de alto grau*

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (Compreendendo efeito citopatológico pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
☐ *Lesão intra-epitelial de alto grau (Compreendendo efeito citopatológico pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I e II)*
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

☐ Adenocarcioma "IN SITU"

Adenocarcioma invasor:
☐ Cervical
☐ Endometrial
☐ Sem outras especificações

☐ Outras neoplasias malignas: _____
☐ Presença de células endometriais (Na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual)

Observações Gerais:

Data de Liberação Responsável pelo Resultado CNPJ (CPF)

APÊNDICE

APÊNDICE A – PLANILHA DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO DAS MULHERES ENTRE 25 A 59 ANOS

Nome	MA	DN	Idade	Endereço	PV 2007	PV 2008	PV 2009	Resultado*	Observação**

MA: Micro-Àrea, **DN**: data de nascimento, **PV:** prevenção

***Resultado:** 1: sem alterações/ 2: satisfatória, porém, limitada por ausência de células endocervicais/ 3: pseudohifas e cândida P/ 4: presença de células endometrias / 5: clamídia / 6: trichomonas/ 7: atipias com mais coilócitos mais HPV/ 8: ASCUS/ 9: ASGUS/ 10: NIC I/ 11: NIC II/ 12: NIC III.

***Observação (situação da usuária)** A: não iniciou atividade sexual/ B: restrição quanto a deambulação ou deficiência (físicas ou mentais) que dificultem a realização do exame/ C: convênio/particular

APÊNDICE B – IMPRESSO DESTINADO AO AGENDAMENTO DE EXAME PREVENTIVO DO COLO DE ÚTERO

- CENTRO DE SAÚDE JARDIM GUANABARA -

IMPRESSO DESTINADO AO AGENDAMENTO DE EXAME PREVENTIVO

ACS: _____

NOME	DN	PE	DUM	HORÁRIOS	AGENDAMENTO

APÊNDICE C – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE MULHERES COM ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS

FICHA DE MULHER COM ALTERAÇÕES CITOPATOLÓGICAS

EQUIPE: _____ **MA:** _____
NOME: _____
PRONTUÁRIO: _____ **DN:** ___/___/___
ENDEREÇO: _____**TELEFONE:** _____

HISTÓRICO:_____
_____
_____
_____

DATA DA CONSULTA OU DO EXAME ___/___/___ **PROFISSIONAL:**_____

ALTERAÇÕES:
_____
_____
_____
_____
_____

ENCAMINHAMENTOS:_____
_____
_____
_____
_____
_____

SITUAÇÃO ATUAL:_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE D – PROPOSTA DE GRUPO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E MAMAS

Para a formação do grupo :

- **Grupo:** Prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mamas
- **Público alvo**: mulheres de 25 a 59 anos.
- **Objetivos gerais:**
  - Ampliar os conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia da mulher.
  - Esclarecer sobre o que é o câncer de mama e útero, os fatores de risco e tratamentos.
  - Orientar sobre o preparo e finalidades do exame de mama e cérvico-uterino.
  - Conscientizar sobre a importância do acompanhamento pelo profissional de saúde para a prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino.
  - Orientar e estimular o auto-exame das mamas.
  - Valorizar o auto cuidado e hábitos de vida saudáveis.
  - Esclarecer dúvidas sobre a saúde da mulher.
  - Entregar os resultados de exames citopalógicos e realizar agendamentos de consulta ginecológica se necessário.
- **Coordenadores:** médico e enfermeiro
- **Local:** Centro de Saúde Jardim Guanabara.
- **Número de participantes convidadas por encontro:** 25 participantes
- **Duração do encontro**: 1 hora e 30 minutos.
- **Profissionais envolvidos**: Enfermeiro, médico, auxiliares de enfermagem, ACS's, residentes e acadêmicos.

Para o desenvolvimento do encontro:

- **Abertura:**
  - Apresentação do objetivo do encontro.
  - Dinâmica de apresentação.

- **Desenvolvimento:**
  - Abordagem sucinta da "Anatomia e Fisiologia da Mulher" através de figuras ilustrativas e modelos (como a mama amiga e a pelve uterina).
  - Jogo de perguntas e respostas:
    - ➢ Dividir o grupo em duas equipes.
    - ➢ Temas abordados: Câncer de mama e útero, fatores de risco, preparo e finalidades do exame de mama e cérvico-uterino, importância do acompanhamento da mulher pelo

profissional de saúde, auto-exame das mamas, auto cuidado e hábitos de vida saudáveis, mudanças ocorridas no corpo da mulher, DST, planejamento familiar.

- Objetivo: entreter a usuária através de seu conhecimento sobre o tema apresentado, contribuindo para o seu aprimoramento.

- **Encerramento:**

- Mensagem sobre a valorização da mulher.
- Distribuição de cartilha sobre câncer de mama e colo uterino.
- Entrega de resultados de exames citopalógicos e agendamentos de consultas ginecológicas se necessário.

- **Materiais necessários:**

Listagem das mulheres convidadas, figuras e modelo ilustrativo de mama e útero, material de coleta de exame citológico, jogo de perguntas e respostas, mensagem, resultados de exame e agendas.