

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Amália Faria Gomes

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2011

AMÁLLIA FARIA GOMES

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PREVENÇÃO
E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.
Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2011

AMÁLLIA FARIA GOMES

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PREVENÇÃO
E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.
Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

Banca Examinadora:

Profª Daisy Maria Xavier de Abreu - Orientador

Profª Lenice de Castro Mendes Vilela

Aprovado em Belo Horizonte: 14 de maio de 2011

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
4.1 PATOLOGIAS MALIGNAS DO COLO UTERINO	9
4.2 EPIDEMIOLOGIA	11
4.3 PREVENÇÃO E RASTREAMENTO.....	12
4.3.1 EXAME DE PAPANICOLAOU	14
4.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	16
4.5 PARTICIPAÇÃO E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE.....	17
4.5.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A morbidade do câncer de colo de útero nas mulheres brasileiras é alta, apesar de ser possível a prevenção e diagnóstico precoce. Conforme destaca o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero representa

“o segundo tipo de câncer mais freqüente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente” (BRASIL, 2009, p. 34).

Essa problemática se torna inquietante quando se considera que a detecção precoce do câncer cérvico uterino pode ocorrer através de um exame tecnicamente simples e de baixo custo (SOARES, SILVA, 2010). O Ministério da Saúde recomenda o exame citopatológico como estratégia de rastreamento, prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. Esse rastreamento através do teste de Papanicolaou pode resultar em uma redução de 80% da mortalidade por esse câncer para mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos (BRASIL, 2009).

Para que esse panorama da saúde da mulher possa ser modificado é necessário realizar uma permanente interação com a mulher, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Dentro desse contexto é possível identificar fatores que vem dificultando a realização das ações educativas e prevenção, dentre estes destacam-se: o crescimento de mulheres no mercado de trabalho sendo, a grande maioria, chefes de famílias, com longas jornadas de trabalho, que impossibilita o comparecimento na

unidade para a realização do exame nos horários de funcionamento; a falta de conhecimento da técnica de realização do exame assim como sua importância; o desconhecimento da doença; ausência de coleta de dados sobre a realização do exame anual por todas as mulheres da área.

Características peculiares da Estratégia de Saúde da Família (ESF) parecem favorecer a integração entre a comunidade e equipes de saúde da família. Podemos destacar as ações educativas em saúde, por meio de trocas de experiências e informações, como uma das principais estratégias adotadas pela atenção básica no intuito de promover a prevenção e a melhoria das condições de saúde da população (CREVELIM; PEDUZZI, 2005). Neste sentido, evidencia-se a capacidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de estabelecer laços orgânicos no apoio às estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas pela população no contexto da atenção primária à saúde, tornando-os importantes no processo de mudança para um modelo assistencial que viabilize a equidade, a integralidade e a humanização (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

O câncer de colo de útero representa um sério problema a ser enfrentado nos diferentes níveis de atenção à saúde e o presente trabalho tem como objetivo destacar a importância da equipe de saúde da família, em especial dos ACS, nas ações educativas de prevenção e detecção precoce deste agravo. Iniciativas podem contribuir para evitar danos desnecessários à saúde da mulher e, com isso, promover seu bem estar e conforto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir, à luz da produção científica, a contribuição das ações educativas de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero no âmbito da atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar ações educativas direcionadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, em especial relacionadas às atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.
- Contextualizar a importância das ações educativas para o controle do câncer de colo de útero.
- Propor uma estratégia de discussão da equipe de saúde, em particular com os agentes de saúde sobre as alternativas de ações educativas que possam ser incorporadas nas agendas, para o controle do câncer de colo de útero.

3 METODOLOGIA

Para sistematizar os principais aspectos relacionados às ações educativas para prevenção do colo de útero, foi realizado um levantamento de publicações nacionais selecionadas a partir da principal questão de interesse do estudo.

Essa abordagem metodológica, de natureza narrativa, não pretendeu esgotar o universo de estudos que enfocam a questão da incidência de câncer de colo de útero no Brasil, mas sim explorar os principais aspectos relacionados ao tema, de modo a oferecer elementos que possam subsidiar a formulação de ações de saúde no âmbito da atenção básica.

A revisão bibliográfica sobre o tema foi abordada segundo os seguintes tópicos: patologias malignas do colo uterino, epidemiologia, prevenção e rastreamento, exame Papanicolaou, estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo do útero, participação e responsabilidades da equipe de saúde, o agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer de colo de útero .

4 REVISÃO DE LITERATURA

Para auxiliar na compreensão do tema, inicialmente são apresentados aspectos que envolvem o câncer do colo do útero, como a anatomia e histologia do órgão. Em seguida, são identificados e descritos as patologias malignas que mais acometem o colo do útero, e questões relacionadas aos fatores de risco, sinais e sintomas, prevenção e rastreamento, diagnóstico, exame de Papanicolaou e a estratégia da saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero, com particular atenção para as ações que envolvem os ACS.

4.1 PATOLOGIAS MALIGNAS DO COLO UTERINO

O câncer do colo de útero é um tumor maligno localizado nos tecidos que constituem a porção inferior do útero, com estrutura muscular revestida em seu canal por epitélio glandular e na portio vaginalis, por epitélio malpighiano. É caracterizado por uma malignidade loco - regional que sistêmica (SILVEIRA, 2008).

O câncer invasivo é o evento final de um processo lento e progressivo, que começa com neoplasias intra-epiteliais e posteriormente adquire capacidade de invadir o estroma, ao penetrar a membrana basal do colo, avançar para estruturas vizinhas e os paramétrios e disseminar-se através dos vasos linfáticos e sanguíneos para os linfonodos pélvicos e paraórticos e raramente para órgãos distantes (LOPES, 2006).

A Organização Mundial de Saúde classifica os carcinomas invasivos do colo do útero em três categorias: carcinoma de células escamosas que representa cerca de 90% dos casos; o adenocarcinoma com 6 a 9% dos casos. Outros tumores epiteliais como o carcinoma adenoescamoso, o tumor de células vítreas, o carcinoma de pequenas células, entre outros (LOPES, 2006).

O carcinoma de células escamosas tem sido descrito em pacientes de todas as faixas etárias entre os 17 aos 90 anos, entretanto a média etária está em torno dos 50 anos. O pico de incidência ocorre cerca de 10 a 20 anos mais tarde que o as neoplasias intra-epiteliais, o que pode significar que este é o período de evolução da doença. O adenocarcinoma representa um grupo heterogêneo de tumores, cuja variante mais freqüente é o tipo mucinoso, seguido pelo tipo endometrióide e pelo carcinoma de células claras (LOPES, 2006).

No carcinoma invasivo o sintoma mais comum é o sangramento vaginal. Este sangramento ocorre inicialmente durante ou após as relações sexuais e costuma ser

confundido com distúrbios da menstruação. Em estados mais avançados da doença, o sangramento aparece de forma espontânea e imotivada (LOPES, 2006).

Os tumores ulcerados e volumosos sofrem necrose e infecção secundária, o que acarreta corrimento vaginal copioso e fétido juntamente com sangramento (LOPES, 2006).

Ocasionalmente, poderá haver pressão no reto ou irritação da bexiga urinária em pacientes com doença avançada que usualmente também pode estar associada á dor em membros inferiores e linfedema nas pernas, uni ou bilateral. De maneira geral, dor do tipo pré-sacral ou presença de fístulas (vesico-urinárias ou reto-vaginais) é sinal de doença incurável. Nos casos com obstrução dos ureteres por invasão dos paramétrios, a dilatação de vias urinárias associadas ou não à insuficiência renal, costuma ser a regra. Nessa fase da doença, o toque retal é indispensável (LOPES, 2008).

A afecção maligna do colo uterino possui etapas bem definidas e permite sua interrupção a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos, através do rastreamento de lesões, seja na população sintomática, seja na assintomática, com identificação do estágio das mesmas (DAVIM; TORRES, 2005).

O diagnóstico do câncer de colo de útero em mulheres assintomáticas é determinado por histórico e exame físicos completos (LOPES, 2008). Inicialmente todas as mulheres com suspeita de câncer cervical devem ser submetidas a um exame físico geral, incluindo avaliação dos linfonodos supraclaviculares, axilares e inguinfemorais, para excluir doença metastática (BEREK, 2008).

No exame físico, a paciente com carcinoma invasivo avançado do colo costuma apresentar-se descorada e o odor fétido das secreções vaginais já denotam o diagnóstico. No exame especular, o tumor pode apresentar-se como massa exofítica, ulcerada ou polipóide. Em pacientes mais idosas, o tumor costuma originar-se no interior do canal cervical e crescer de forma endofítica, dilatando o colo uterino na forma de um barril. A extensão para a vagina é freqüente e pode ser detectada pelo exame especular e também pelo toque vaginal (LOPES, 2006). A palpação do colo uterino pelo toque vaginal denota sua característica dura e tumoral, por vezes friável e com sangramento fácil. O toque retal é imprescindível (LOPES, 2006).

Durante os exames clínicos, havendo lesão sugestiva de câncer, deve ser feita biópsia. A colposcopia poderá assinalar a gravidade do problema. Frente a um tumor macroscópico não é adequado colher material para exame citopatológico, pois este serve apenas para rastreamento, desnecessário, portanto em presença de uma lesão constituída (SILVEIRA, 2008).

4.2 EPIDEMIOLOGIA

O câncer de colo de útero constitui a terceira causa de morte em mulheres de países de terceiro mundo, entre eles o Brasil onde todas as camadas sociais e regiões geoeconômicas são acometidas revelando um sério problema de saúde pública, mesmo exibindo um dos mais elevados potenciais de prevenção e cura (DAVIM; TORRES, 2005). Em termos de distribuição regional, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte com 23 óbitos por 100.000 habitantes. Nas regiões Centro-Oeste, 20 óbitos por /100.000 habitantes e Nordeste, 18 óbitos por /100.000 habitantes 100.000), ocupa a segunda posição, nas regiões Sul 21 óbitos por 100.000 habitantes /100.000 e Sudeste 16 óbitos por 100.000 habitantes, a terceira posição (BRASIL, 2009).

As mais acentuadas taxas de incidência de câncer do colo uterino podem ser encontradas na América Latina e países do Caribe, partes da África e no Sul e Sudeste asiático, enquanto que na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste europeu essas taxas apresentam uma baixa incidência (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

A Tabela 1 demonstra como, para Minas Gerais, o câncer de colo de útero ocupa o segundo lugar e o terceiro lugar para a capital Belo Horizonte.

Estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100 mil e de números de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária – Minas Gerais e Belo Horizonte*				
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Mama Feminina	4.250	41,21	950	70,19
Colo do Útero	1.330	12,93	210	15,21
Cólon e Reto	1.210	11,70	300	22,27
Traqueia, Brônquio e Pulmão	850	8,26	140	10,20
Estômago	710	6,90	140	10,09
Leucemias	410	4,00	70	5,26
Cavidade Oral	310	2,93	50	3,61
Pele Melanoma	240	2,38	50	3,41
Esôfago	380	3,71	40	3,37
Outras Localizações	9.350	90,62	1.720	131,29
Subtotal	19.040	184,54	3.720	275,93
Pele não Melanoma	4.750	46,07	610	45,48
Todas as Neoplasias	23.790	230,59	4.330	321,30

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Conforme destaca Hermida (2007) estudos epidemiológicos delinearam o perfil das mulheres mais susceptíveis ao desenvolvimento de câncer de colo de útero, caracterizado por: baixo nível sócio-econômico, multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), tabagismo, uso de contraceptivo oral, carência de vitamina A e C, hereditariedade e imunodepressão.

Muitos desses fatores de risco estão relacionados à atividade sexual e a exposição a doenças sexualmente transmitidas. Outrora, a infecção pelo herpes-vírus era apontada como o fator responsável para a ocorrência do evento inicial no câncer cervical; entretanto, hoje, sabe-se que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é o agente causador do câncer cervical, sendo provável que o herpes-vírus e a *Chlamydia trachomatis* atuem como cofatores (DAVIM; TORRES, 2005).

O câncer de colo de útero caracteriza-se pela presença do vírus HPV em 99% dos casos, sendo a idade considerada um fator de risco. A faixa etária de maior incidência é de 35 a 49 anos de idade, com ênfase para aquelas mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolaou (DAVIM; TORRES, 2005).

4.3 PREVENÇÃO E RASTREAMENTO

Atualmente sabe-se que, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é um requisito necessário; entretanto, isoladamente, não é uma razão suficiente, pois para o desenvolvimento, manutenção e evolução das lesões intraepiteliais, torna-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com os outros fatores de risco (BRASIL, 2009).

Estudos que têm demonstrado que os fatores de risco que envolve a doença estão aumentados, tornando, necessário a elaboração e desenvolvimento da prevenção primária e secundária (DAVIM; TORRES, 2005). Recomendam-se medidas como a limitação da quantidade de parceiros sexuais e uso de anticoncepcionais do tipo barreira, como preservativos, para as mulheres de todas as idades com objetivo de reduzir o risco desse câncer. Modificações na dieta que podem reduzir o risco incluem aumento da ingestão de alimentos com alto teor de vitaminas A e C e de ácido fólico. Além disso, podem ser incluídas estratégias para impedir o hábito de fumar (LOPES, 2008).

As estratégias de prevenção secundária ao câncer de colo do útero consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, através de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos (PINHO; JUNIOR, 2003). Segundo Davim e Torres (2005), o teste Papanicolaou, como popularmente é conhecido o exame colpocitológico de prevenção do câncer de colo de útero, constitui um método simples e barato, que indica a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas.

Entretanto, observa-se avanços para a prevenção da doença, como o desenvolvimento de vacina contra a infecção pelo HPV. Assim:

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram para comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para as mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (BRASIL 2009).

Na perspectiva da prevenção e rastreamento da doença, conforme sugerem Vale et al. (2010), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero.

4.3.1 EXAME DE PAPANICOLAOU

Conhecido internacionalmente, o exame Papanicolaou, também denominado de colpocitologia e mais comumente referido como exame preventivo é tido como a ferramenta mais apropriada para o rastreamento do câncer de colo de útero, pois se trata de um método prático e barato que consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para a prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (DAVIM; TORRES, 2005).

O exame Papanicolaou exerce forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbimortalidade de suas portadoras. Segundo o Ministério da Saúde toda mulher dos 25 aos 59 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve-se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, sua indicação para a ser de periodicidade trianual. Estudos indicam que, após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia se reduz significativamente, sendo que tal redução se mantém nos cinco anos subseqüentes (DAVIM; TORRES, 2005).

O exame Papanicolaou é realizado da seguinte maneira:

(...) são colhidas células da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com a escova cervical, após a introdução do espécule e exposição do colo uterino. O material é colocado em uma lâmina transparente de vidro com uma parte fosca numerada e identificada com o nome da mulher. Logo após a coleta é feita a fixação do esfregaço com álcool a 95% ou polietilenoglicol ou propinilglicol. A lâmina é acondicionada em tubete e encaminhada para o laboratório, onde é corada e levada ao microscópio para identificação de células esfoliadas, atípicas, malignas ou pré-malignas (SOARES; SILVA, 2010, p.178).

O exame colpocitológico constitui uma técnica difundida há mais de 40 anos e mesmo sem ter sido objeto de avaliação por meio de estudos experimentais é considerado o mais efetivo e eficiente dentre os métodos de detecção a ser aplicado

coletivamente em programas de rastreamento do câncer cervico-uterino (PINHO; JUNIOR, 2003).

Autores como Oliveira, Pinto e Coimbra (2010) ressaltam que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a utilizar o exame Papanicolaou tido até hoje como suporte principal no controle do câncer de colo. Países como América do Norte, Finlândia, Dinamarca, Holanda, Noruega e Reino Unido utilizam o teste em programas de rastreamento. Alguns fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequado estão relacionados com o êxito desses programas.

O exame quando oferecido de acordo com o padrão de excelência, abrangência de 80% ou mais da população e tratamento adequado é capaz de reduzir o surgimento de 90% dos casos de câncer invasor (HERMIDA, 2007).

Os sistemas de informação do SUS são estabelecidos em bases de procedimentos e não na pessoa, como é o caso do SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero), que registra os exames citológicos com diagnósticos alterados realizados no Brasil. Essa forma de monitoramento controla diversas variáveis, porém não permite registrar a história do rastreamento dessas mulheres, nem tão pouco identificar quem está sem controle ou o fez há três anos ou mais (VALE et al., 2010).

A rede básica de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferece o exame de prevenção do câncer de colo de útero, na maioria das vezes, porém a oferta de exames na rede básica não é o bastante, tem-se também que mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem nos postos de saúde para a realização do exame e, inserir os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar (HERMIDA, 2007).

Por meio das ações de saúde pública faz-se possível a prevenção, quase que em sua totalidade, da incidência e mortalidade pelo câncer do colo de útero, desde que essas ações sejam planejadas e estejam em harmonia com o conhecimento científico atual, e a execução das mesmas seja corretamente gerenciada (VALE et al., 2010)

4.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou um importante movimento de transformação no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde do país. Por sua vez, o PSF significou um avanço para a incorporação de medidas de atenção primária na política de saúde brasileira (ESCOREL et al., 2007).

A ESF incorpora as diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade, estruturada e apoiada no Sistema Único de Saúde. Além desses, essa estratégia tem como princípios complementares: caráter substitutivo ao modelo tradicional de atenção primário, antes centrado prioritariamente na relação médico-paciente e no atendimento individual; integralidade e hierarquização; territorialização e cadastramento da população; equipe multiprofissional (MARTINES; CHAVES, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF tem como principal propósito a reorganização da prática da atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional levando a saúde mais próxima às famílias e, por conseguinte melhorando a qualidade de vida (MARTINES; CHAVES, 2007).

O modelo de atenção do PSF se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania (OLIVEIRA, 2006).

A equipe básica desse programa é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes de saúde e, dependendo do município, contam também com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação. Os dados de atendimento e produção dos profissionais, assim como aqueles coletados pelo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares devem alimentar o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). (Martines; Chaves, 2007).

Com relação ao perfil e delimitação do papel profissional do ACS, espera-se que apresente as seguintes habilidades e competências: tenha bom relacionamento com a comunidade local; saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional; tenha facilidade de comunicação; consiga se integrar a equipe interdisciplinar no processo Vigilância a Saúde; tenha capacidade de organizar-

se, planejar e priorizar ações, de modo a realizar a cobertura sistemática da área e acompanhar grupos de risco – individuais ou coletivos - notificando a equipe, mediante problemas identificados; além de integrar-se a realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade (MARTINES; CHAVES, 2007).

Trabalhar em equipe multiprofissional da atenção à saúde da mulher é uma abordagem apropriada no atendimento integral, no entanto um trabalho de equipe eficiente não é fácil de atingir, sendo o problema mais evidente o desafio da comunicação e da transferência das informações que são necessárias para a integralidade da atenção.

É desejável que as equipes da Estratégia de Saúde da Família atente para o desenvolvimento de ações voltadas a prevenção e ao controle do câncer de útero, como a valorização dos fatores de risco, do exame preventivo, dos sinais e sintomas, da necessidade da realização da busca ativa e dos encaminhamentos necessários e, além disso, assegure o acompanhamento, o seguimento das mulheres que apresentem alterações nos exames (FRANÇA, 2007). Para atender a esses aspectos da atenção à saúde, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Cabe a todos os profissionais de saúde garantir um atendimento integral a saúde da mulher em todas as faixas etárias e respeitá-la como cidadã. Desta forma, abre-se espaço na rede de saúde pública para que haja atendimento em todas as fases da vida da mulher, juntamente com as ações preventivas diminuindo gradativamente as doenças como câncer de colo uterino, ao agregar elementos educativos na abordagem realizada na atenção primária à saúde (FRANÇA, 2007).

4.5 PARTICIPAÇÃO E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE

Um dos principais eixos estruturantes da Estratégia da Saúde da Família se situa na composição da equipe de saúde. A equipe envolve profissionais de saúde de diferentes competências e níveis de conhecimento, em uma perspectiva de atuação em equipe multiprofissional. Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde exercem um papel estratégico na criação de vínculo com a comunidade e na identificação de situações de risco, visando uma atuação mais efetiva da atenção básica em saúde.

Na ESF, o trabalho da equipe de saúde se organiza para uma assistência integral, envolvendo ações de prevenção, promoção da saúde e medidas curativas voltada para a qualidade de vida da população. (MARTINES; CHAVES, 2007).

Nesse contexto, foi criada a função do Agente Comunitário de Saúde - ACS (Lei 10.507 de 10/07/02) que deve, sob supervisão do enfermeiro, realizar o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, visando identificar as necessidades de saúde das pessoas, para uma melhoria das condições de vida da comunidade (MARTINES; CHAVES, 2007).

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde reside, apresentando características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais consistente a relação entre trabalho e vida social (FERRAZ; AERTS, 2005).

Wai (2007) relata que esta interação do ACS com a comunidade, em seu duplo papel, como profissional da saúde, ou como morador da área, o torna notório em relação ao seu papel social na área, diferenciando-o, portanto da própria comunidade. Esta diferenciação exige deste profissional uma dedicação para construção do seu novo papel na sociedade, sem abandonar seus valores e culturas, que são também da comunidade a qual pertencem.

Os ACS possuem atribuições específicas estabelecidas na portaria n. 648, Anexo I que envolvem ações como o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e vigilância à saúde. Dentre as práticas citadas, estão as visitas domiciliares, práticas individuais e coletivas tanto nos domicílios como na comunidade. Há uma recomendação da exigência de que o ACS mantenha a equipe de saúde informada sobre as famílias, principalmente a respeito daquelas em situação de risco (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

A profunda mudança no conceito de cuidados de saúde no país foi favorecida por meio do significativo crescimento do número de agentes comunitários vinculados ao Programa de Saúde da Família (FERRAZ; AERTS, 2005).

4.5.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Nos programas de prevenção do câncer de colo uterino é importante que exista uma participação ativa e autônoma das mulheres perante a realização do teste Papanicolaou e de outras atividades inerentes à saúde para que seja obtido êxito no controle dessa doença. Nesta direção torna-se fundamental o compartilhamento das fontes de conhecimento e informação entre os profissionais de saúde e usuárias, para que as mulheres tenham realmente uma participação mais ativa nesse contexto. (PINHO; JUNIOR, 2003).

Os Agentes Comunitários de Saúde exercem suas atividades junto às mulheres, alertando-as da importância dos cuidados, realizando medidas profiláticas ou mesmo controle de uma doença que, no nosso contexto, apresenta alta taxa de incidência e mortalidade.

Os ACS por conviverem intimamente com a população desenvolvem vínculo, obtendo confiança para discutir as representações sociais, individuais e culturais sobre a sexualidade e a importância da prevenção contra o câncer uterino (OLIVEIRA; PANOBIANCO; PIMENTEL, 2010). Assim, os ACS devem apresentar uma capacidade de interação e troca com as usuárias, observando suas queixas e dúvidas de maneira que elas se sintam compreendidas e cuidadas e conseqüentemente encorajadas a controlar o medo e a vergonha.

Durante as visitas domiciliares, é essencial que o ACS converse com as mulheres sobre os assuntos pertinentes, sobre o exame preventivo, em especial, as mulheres que nunca submeteram ao mesmo. É de suma relevância informar a todas as mulheres a necessidade da realização do exame de forma regular e para aquelas de maior risco, explicar a importância de comparecer o mais breve possível na Unidade Básica de Saúde para agendar o exame (HERMIDA, 2007).

Outra ação importante referente à prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero é a realização da busca ativa. Esta estratégia visa identificar mulheres faltosas na coleta do exame, aquelas que nunca realizaram o Papanicolaou e outras que abandonaram o tratamento.

Além destas atividades, os ACS ainda orientam e encaminham as mulheres para consulta na Estratégia de Saúde da Família, especialmente àquelas com queixas de algum sinal e sintoma. Deve-se reconhecer que não se faz diagnóstico de um câncer apenas por sinais e sintomas, mas é importante que elas conheçam quais são

eles, a fim de possibilitar a identificação das modificações que acontecem em seu corpo e procurar por um serviço de saúde de maneira precoce, repercutindo diretamente no prognóstico da doença (OLIVEIRA; PANOBIANCO; PIMENTEL, 2010).

Por tudo isso, a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde é fortalecida por meio das atividades de educação em saúde exercidas pelo Agente Comunitário de Saúde, que utiliza como ferramenta a transmissão de informações e conhecimentos (SOARES; SILVA 2010).

Nesse contexto, a qualidade da assistência prestada à mulher é alcançada por meio de uma prática humanizada com capacidade de interação que, além do preparo técnico, age com a sensibilidade e intuição, onde a atuação do ACS tem um papel fundamental para uma assistência efetiva e eficaz (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura realizada indica que no Brasil a incidência e prevalência do câncer de colo uterino ainda é elevada e está diretamente relacionada ao grau de desenvolvimento do país.

Este panorama causa uma enorme preocupação à saúde pública, visto que a principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce de câncer no Brasil é através da realização periódica do exame Papanicolaou, considerado de fácil realização, prático e seguro quando executado por profissionais de saúde treinados e capacitados para tal.

Buscou-se através deste estudo descrever a participação do Agente Comunitário de Saúde na prevenção do câncer de colo de útero, enfocando as medidas educativas desenvolvidas por esses profissionais. Além disso, foram apresentados os principais aspectos da doença que devem ser considerados no planejamento de ações de prevenção no âmbito da atenção primária à saúde.

No campo de atuação das equipes de saúde da família, deve enfatizar as ações de promoção, prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, análise dos sistemas de informação da atenção básica e o sistema de informação de controle do câncer do colo de útero. É preciso ainda conhecer os hábitos de vida, aspectos culturais, religiosos e participar das atividades de educação permanente relativas à mulher e ao controle do câncer de colo de útero como medidas primordiais para que esse cenário seja modificado.

Diante do exposto, é possível citar ações como o cadastramento de todas as mulheres, contendo as seguintes informações: nome das mulheres, idade, o mês que foi realizado o exame, se é feito no ESF, plano de saúde ou ginecologista particular. Este cadastro é preenchido e atualizado pelos ACS na busca ativa nos horários do funcionamento da ESF, a fim de obter informações de todas as mulheres cadastradas em cada micro-área.

Sabe-se que a falta de conhecimento sobre a técnica de realização do exame preventivo e a adesão ao mesmo favorece o desinteresse da população feminina de risco. Apesar do conhecimento cada vez maior das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero, uma grande parte ainda desconhece sua importância e algumas estratégias devem ser adotadas pelas equipes de saúde para as informações essenciais contribuam para a modificação deste perfil epidemiológico. O enfoque dessas ações deve ser dado nas medidas de prevenção na realização de campanhas

educativas, como palestras e visitas, que demonstrem as características da doença e incentivem a realização do exame Papanicolaou, além de oferecer as mulheres, por meio de orientações, a chance de estar realizando periodicamente a prevenção e detecção precoce dessa neoplasia.

Outra estratégia para o acompanhamento das mulheres ocorre pelo sistema de informação de controle do câncer do colo de uterino. O registro da coleta em fichas nas Unidades Básicas de Saúde permite reduzir a perda de exames, garantindo a mulher o recebimento do resultado. Acresce a isso, o fato de que o sistema de informação possibilita a realização da busca ativa em situações de resultados alterados, localizando as mulheres e sensibilizando a população feminina na faixa etária prioritária deste tipo de câncer, bem como estabelecendo uma agenda com horários flexíveis e ou realização dos exames em mutirões à noite e nos finais de semana.

Outra ação refere-se à adequada informação repassada à mulher, no momento da coleta, quando os profissionais devem salientar a condição de regresso para o recebimento do resultado, além das orientações e quando necessário, do encaminhamento e recursos terapêuticos.

Destaca-se também a importância de garantir que os profissionais de saúde sejam capacitados e atualizados para o aprimoramento das ações realizadas.

Esse conjunto de medidas é primordial nas circunstâncias vivenciadas pelas equipes de saúde da família e se executadas poderão possibilitar a redução da morbidade e mortalidade desta neoplasia. A atuação dos ACS nesta estratégia tem um caráter muito importante constituindo uma peça fundamental no trabalho de prevenção do câncer de colo de útero e na assistência direta à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BEREK, J. S. **Tratado de Ginecologia**. Editora Guanabara Koogan, Ed. 14, 2008, 1223 p.

BORNNSTEIN, V.J; DAVID, H. M; ARAÚJO, J. W. **Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local**. Rev. Comunic., Saúde Educ. V. 14, n. 32, 2010, p. 93-101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil/ Instituto Nacional do Câncer**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

CREVELIM, M. A; PEDUZZI, M. **A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Revista Ciência & Saúde Coletiva. V. 10, n. 2, 2005.

CUNNINGHAM, F.G; MACDONALD, P. C; GANT, N F. **Williams Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DAVIM, R. M. B; TORRES, G. V. **Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame Papanicolaou**. Rev. Esc Enferm USP. V. 39, n. 3. 2005, p. 296-302.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer de colo de útero: sumário executivo**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, 21(2), 2007.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. V. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FRANÇA, F. M. S. G. **Atuação do enfermeiro no incentivo ao retorno das mulheres para buscar o resultado de colpocitologia oncótica.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente, Anhanguera. V. 10, n. 11, 2007

HERMIDA, P. M. V. **Caracterização dos exames de prevenção do câncer do colo de útero no Programa Saúde da Família.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente, Anhanguera. V.2, n2, 2007.

LOPES, A. **Oncologia.** São Paulo: Tecmed Editora, 2008. 739 p.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica.** São Paulo: Roca, 2006, V.3.

MARTINES, W. R. G; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.** V. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARTINS, L. F. L; THULER, L. C. S; VALENTE, J. G. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática de literatura.** Rev. Bras Ginecol Obstet. V. 27, n. 8, 2005, p. 485-92.

OLIVEIRA, E. M. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Rev. Saúde Pública. V. 40, n. 4, 2006, p. 727-33

OLIVEIRA, I. S. B; PANOBIANCO, M. S; PIMETEL, A. G. **Ações das Equipes de Saúde da Família na Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero.** Rev. Cienc Cuid Saúde. V. 9, n. 2, 2010, p. 220-227.

OLIVEIRA, M. M; PINTO, I. C; COIMBRA, V. C. C. **Potencialidades no Atendimento Integral: a prevenção do câncer de colo de útero na concepção de usuárias da Estratégia Saúde da Família.** Rev Latino-am Enfermagem. V. 15, n.3, maio-junho, 2007.

PINHO, A. A; JUNIOR, I. F. **Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou.** Revista brasileira de saúde materna infantil. Recife, 3 (1): 95-112, jan. - mar., 2003

PRIMO, C. C; BOM, M; SILVA, P. C. **Atuação do Enfermeiro no Atendimento a Mulher no Programa Saúde da Família.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro. V. 16, n. 1, 2008, p. 76-82.

SILVEIRA, G. G. **Ginecologia baseada em evidências.** Ed. Atheneu. 2008, 2 ed. 633 p.

SOARES, M. B. O; SILVA, S. R. **Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. V. 63, n. 2, 2010, p. 177-82.

VALE, D. B. A. P; MORAIS, S.S; PIMENTA, A. L; ZEFERINO, L.C. **Avaliação do rastreamento do câncer de colo de útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 383-390, fev, 2010.

WAI, M. F. P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento.** Programa de Pós-Graduação Escola Enferm, Ribeirão Preto, 2007.