

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

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

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

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

**Analú Vivian**

**QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER  
CERVICOUTERINO**

**Porto Alegre, RS**

**2017**

**Analú Vivian**

**QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER  
CERVICOUTERINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Rodolfo Souza da Silva.

**PORTO ALEGRE, RS**

**2017**

## SUMÁRIO

Atividade 1 do Portfólio – Introdução .....	04
Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico .....	06
Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde, Educação Em Saúde e Níveis de Prevenção.....	09
Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio .....	12
Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva .....	15
Referências Bibliográficas .....	17
Anexo 1 - Projeto de Intervenção.....	19

## **ATIVIDADE 1 DO PORTFOLIO: INTRODUÇÃO**

Meu nome é Analú Vivian, tenho 27 anos e no ano de 2016 até fevereiro de 2017 trabalhei na ESF Planalto, em Esteio – RS. Formei-me em dezembro de 2013 pela Universidade de Passo Fundo (UPF). De 2014 a 2016 fiz Residência em Clínica Médica na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e desde março de 2016 comecei a atuar em Esteio pelo PROVAB. Compõem a UBS em que trabalhei 4 equipes de estratégia de saúde da família, sendo que a minha área tinha em média 2700 habitantes, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde e eu de médica. Ainda, há dentistas que fazem 20 horas e atuam atendendo os pacientes das 4 áreas e duas pediatras que fazem 8 horas/semana cada uma nessa UBS. Somando-se à minha equipe, há mais 3 outras compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 4 a 5 agentes comunitários de saúde.

A população atendida por mim era basicamente idosos, na faixa etária de 60-65 anos principalmente. Tinha um turno de agenda para pré natal, sendo que geralmente eram 8 consultas/turno de pré natal e ainda fazia algumas consultas de puericulturas durante a semana, mas sem turno definido para esse tipo de atendimento. Na minha agenda, por turno, eram deixados horários de consulta para 3 idosos e o resto dos horários ficavam para o agendamento (em média eram dadas 25-30 fichas por semana, que seriam distribuídas ao longo da semana) e realizava de 3-4 acolhimentos por turno. Na grande maioria das vezes, faltavam fichas no agendamento que era realizado todas as segundas-feiras, mas esses pacientes que ficavam sem fichas eram acolhidos pela enfermeira e, dependendo da necessidade e urgência do caso, ela me passava eles como acolhimento em algum dia da semana de uma forma que quase ninguém ficava sem atendimento.

No território de abrangência da minha ESF havia creche, escola de ensino fundamental e médio e uma associação comunitária da Igreja. As doenças mais prevalentes eram DM2 e HAS e suas complicações. Os atendimentos de acolhimento eram principalmente de afecções respiratórias.

A UBS contava com uma sala de ambulatório onde os pacientes podiam ficar algumas horas em observação se houvesse necessidade e onde era realizada a administração de medicamentos disponíveis na UBS.

A maior demanda da UBS certamente se baseava no atendimento médico, visto que unindo as 4 equipes somava-se em média uma população de 12 mil pessoas, que usam o posto de saúde como atendimento majoritário, sendo que a maioria não tinha ou nunca teve convênio e os que tinham, a maioria acabou perdendo nos últimos anos, utilizando a atenção básica como seu principal acesso à saúde.

Escolhi fazer o meu projeto de intervenção sobre a prevenção do câncer cervicouterino (vide ANEXO 1), pois percebi que a população feminina da minha área não tinha um esclarecimento bom sobre o assunto, sobre a necessidade da prevenção e sobre o porquê de fazer coleta do exame citopatológico de colo uterino. Esclarecendo mais sobre o assunto, periodicidade do exame e dúvidas gerais através de dois encontros com grandes grupos de mulheres e mesmo nas consultas médicas, pude melhorar a adesão das mulheres em idade para coleta e que as mesmas tivessem mais conhecimento sobre o câncer cervicouterino e sua prevenção possível.

## **ATIVIDADE 2 DO PORTFOLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma das mais prevalentes afecções na área de abrangência da ESF Planalto, área 1, e motivo de muitas consultas e acompanhamentos. Tendo em vista sua alta prevalência, escolhi seguir a abordagem dos assuntos do caso 11 do Samuel, onde se discute sobre maus hábitos de vida e suas conseqüentes complicações, como DM2 e obesidade.

O caso se refere a um paciente masculino, 50 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, HAS e obesidade que usava irregularmente a medicação prescrita, que veio para consulta na UBS queixando de dificuldade de ereção sexual. Usava HCTZ 25mg/dia, Losartana 50mg 2x/dia, metformina 850 3x/dia e glibenclamida 5mg 1x/dia. Foi solicitado exames laboratoriais para ver controle glicêmico e o mesmo retornou com HbA1c de 9,6%. Não fazia dieta para diabetes e era sedentário. Através de uma consulta conjunta com nutricionista e com a explicação do benefício do uso correto da medicação, da necessidade do controle alimentar e da prática da atividade física, foi possível estabelecer uma relação de confiança, de modo que o paciente viu, nos profissionais de saúde, o apoio necessário para a mudança de sua atitude. Solicitamos que o paciente viesse acompanhado de sua familiar na próxima consulta, para que fosse transmitido a ela também as orientações sobre alimentação e cuidados de paciente diabético. O casal tem dois filhos que já são casados, um de 28 e outro de 25 anos e ainda não tem filhos. Os pais do caso índice, ambos já são falecidos de complicações cardiovasculares. A mãe tinha DM2 e HAS, falecida com 72 anos e o pai era obeso e tinha HAS, falecido com 70 anos. Após 8 meses de seguimento desse paciente, o mesmo já encontrava-se com melhor controle das comorbidades e com melhora importante na última hemoglobina glicada que trouxe: 7,3%, acompanhando com urologista para manejo de sua disfunção sexual, especialidade disponível no município de Esteio e principalmente consciente da importância da sua participação ativa para controle de suas doenças e seguimento das orientações fornecidas pela equipe de saúde.

Atualmente, o Diabetes Mellitus representa uma epidemia mundial, e permanece com números crescentes de incidência. A doença determina alta morbimortalidade, com importante perda na qualidade de vida, altos custos para os

doentes e para o sistema de saúde, além da carga adicional à sociedade, devido a diminuição da produtividade, aposentadoria e mortalidade precoces. O cuidado ao paciente com DM2 deve se estender a sua família, já que a mudança nos hábitos de vida acaba afetando e trazendo benefícios também aos seus familiares, muitos dos quais compartilham dos mesmos fatores de risco. Já que 50% dos pacientes são assintomáticos, a realização dos testes de rastreamento é um recurso indispensável na atenção básica, pois permite o diagnóstico de alterações na glicemia antes mesmo de se instalar a doença, possibilitando desta forma prevenir ou retardar o aparecimento do DM 2. As mudanças no estilo de vida com exercícios, controle da dieta e redução do peso tiveram efeito positivo sobre a evolução da doença, com redução de 58% da incidência da doença em 3 anos. Estas mudanças no estilo de vida devem ser contínuas, inclusive durante a fase em que a doença requer tratamento farmacológico. A alimentação deve ser avaliada quanto a qualidade e a quantidade, com orientações claras sobre os tipos de alimentos a serem evitados. A redução do peso é benéfica para pacientes com sobrepeso e obesidade – mesmo perdas discretas de peso, trazem benefícios consideráveis. A realização de exercícios é aliada a dieta adequada na mudança do estilo de vida. O início deve ser gradual, e o tipo de exercício deve ser adequado a cada paciente e suas limitações. Contudo, a realização de uma atividade física deve ser vista como um ganho de saúde pelo paciente, e não apenas como uma meta a ser atingida.

A primeira escolha da terapia medicamentosa é a metformina, pelo efeito na redução das complicações microvasculares, pela redução do peso, por não gerar hipoglicemia. Nos casos em que o controle não é atingido com a monoterapia, associa-se uma sulfoniluréia ou insulina NPH noturna. Na área da Equipe 1 da ESF Jardim Planalto, existem em torno de 150 pacientes diabéticos cadastrados até o momento. Observa-se uma resistência ao início da insulinoterapia em grande parte destes pacientes, mas uma importante disponibilidade em realizar uma mudança dos hábitos de vida. Entre estes casos, destaca-se uma paciente feminina, 56 anos, com diagnóstico de DM 2, HAS, Obesidade (IMC 34), tabagista, que, em sua primeira consulta, realizada em maio de 2016, trouxe exames laboratoriais que constatavam uma hemoglobina glicada 12%. Nesta mesma consulta foi orientada sobre as indicações e benefícios da insulinoterapia, porém a paciente negou-se a partir direto para o tratamento com insulina, desejando tentar primeiramente

tratamento via oral e mudança no seu estilo de vida. Foram agendadas consultas com pequeno intervalo de tempo para alertar sobre os riscos do controle inadequado da doença. Durante estas consultas, foram abordadas as metas do controle da doença e as mudanças do estilo de vida necessárias para se atingir os objetivos. O tratamento inicialmente foi composto apenas pela metformina + dieta adequada + realização de exercícios de forma regular. Em um segundo momento, foi necessário acrescentar glibenclamida à prescrição medicamentosa. Em setembro de 2016, a paciente trouxe resultado de hemoglobina glicada com 6,7%. Além do controle em números da doença, a paciente destacou a mudança em sua qualidade de vida. Refere não ter realizado uma dieta, mas sim uma reeducação alimentar. E definiu que o próximo passo a ser realizado é a cessação do tabagismo.

Através dos casos discutidos, foi possível identificar a importância em definir claramente para os pacientes os resultados esperados em relação aos tratamentos. Muitos pacientes apenas seguem as orientações, sem saber exatamente onde devem chegar. A definição clara dos objetivos parece aumentar a aderência ao tratamento. Assim como a explicação convincente de que o tratamento do DM 2 não é realizado apenas com medicamentos, e sim por um conjunto entre alimentação adequada, exercícios e terapia medicamentosa. A percepção do paciente como um participante ativo de sua condição de saúde, é outro fator imprescindível para o sucesso do tratamento. O paciente deve se notar como alguém possível de modificar sua doença em direção à saúde.

Enfim, durante uma consulta médica, o paciente não deve sair do consultório apenas com receitas prescritas e orientações práticas. Deve sair com o máximo de informações possíveis sobre sua condição de saúde, complicações, benefícios do tratamento e com o estímulo necessário para desempenhar seu papel em modificar este quadro.

### **ATIVIDADE 3 DO PORTFOLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Durante as consultas de puericultura realizadas na UBS Planalto, em Esteio, percebi que assim como Daiane no caso 17, filha de Kelly, muitas outras crianças acabam sofrendo prejuízos de seus acompanhamentos por descaso de seus pais que não os trazem rotineiramente para as consultas de puericultura. Daiane ainda teve a sorte de que sua avó Inês era cuidadosa e, pelo menos, levou a criança em consulta de acolhimento para receber as orientações e instruções de melhores cuidados, devendo conversar e cobrar da mãe, Kelly, o compromisso de acompanhar a sua filha nas consultas de puericultura, praticando assim a prevenção de possíveis agravos à saúde da criança.

Nas consultas de puericultura, costumo conversar bastante com os pais e familiares que acompanham as crianças, fazendo-os refletir sobre a necessidade das consultas periódicas e do acompanhamento da criança, tão essencial para que seu desenvolvimento aconteça de uma forma saudável e servindo como promoção e educação em saúde. É importante que além do médico, os demais integrantes da equipe da ESF estejam envolvidos nesse cuidado, reforçando sempre com os pais ou cuidadores das crianças a necessidade desse acompanhamento periódico nessa fase da vida. Além do exame clínico e do olhar do médico sobre as principais afecções desse período da vida, essencial que a equipe possa transmitir todas orientações aos responsáveis, desde alimentação correta até cuidados com higiene.

A avaliação periódica da saúde da criança permite o acompanhamento do progresso individual, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição e a obesidade, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. Esse monitoramento do crescimento também possibilita o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a orientação adequada da introdução da alimentação complementar, prevenindo problemas comuns durante o primeiro ano de vida. Cada atendimento realizado no serviço de saúde, independente da queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo.

Os programas estruturados para oferecer Atenção Básica à saúde da criança

têm como metas principais promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas classes profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde. Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. Desta forma asseguramos o pleno desenvolvimento do potencial genético da criança, que levará a um adulto mais saudável, capaz e feliz possível, bem como procuramos reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações.

Segundo Ricco (2005 citado por Del Ciampo, 2005) a puericultura é a área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso.

O profissional médico que pratica a Puericultura, por meio de revisões periódicas, deve desempenhar seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade. O puericultor, deve oferecer apoio constante à família, auxiliando na minimização dos efeitos sociais e emocionais das doenças sobre a criança e seus familiares.

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família.

Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua auto-estima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança.

Na UBS Planalto, procuramos sempre reforçar com os responsáveis das crianças os cuidados necessários aos lactentes através da periodicidade das consultas, realizando algumas salas de espera e oficinas sobre esses cuidados. Na Unidade, ainda contávamos com duas pediatras que atendiam duas vezes por semana, as quais também realizavam puericultura e com as quais também trocava informações acerca dessas orientações que deveriam sempre ser fornecidas aos cuidadores.

#### **ATIVIDADE 4 DO PORTFOLIO – VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A Atenção Básica constitui o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde e possui como objetivo o atendimento integral dos pacientes, abrangendo promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É orientada conforme os seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A Unidade de Saúde Jardim Planalto possui quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família. As visitas domiciliares são realizadas de acordo com a organização da agenda de cada equipe e conforme o turno estabelecido, e nem sempre há disponibilidade de carro para transporte. Junto ao médico, normalmente nas visitas domiciliares vai também o enfermeiro da área e o agente comunitário de saúde daquele paciente que está sendo visitado. Há também um turno para visita da enfermagem, eventualmente para realização de procedimentos de enfermagem.

As visitas domiciliares eram requisitadas pelos familiares que justificavam uma dificuldade do paciente de ir até a unidade básica de saúde ou, através do depoimento dos agentes comunitários de saúde que, através de suas visitas, conseguiam saber melhor da realidade de cada paciente e, assim, comunicar ao médico a necessidade de realizar as visitas. Pelo menos na minha UBS sempre funcionou muito bem essa tática, sendo que as visitas domiciliares realizadas sempre foram muito necessárias e de grande ajuda aos pacientes. Algumas eram para cadeirantes com dificuldade de acesso até a UBS, outras ainda para acamados. Algumas eram também para pacientes mais debilitados, com doença osteoarticular importante e conseqüente dificuldade de mobilização até o espaço físico da UBS. Ainda, se houvesse necessidade de alguma visita para um caso mais agudo, essa também seria realizada e se fosse constatada na visita a necessidade de encaminhamento ao hospital, também era feito o contato direto do médico com a emergência do hospital e solicitado transporte para o paciente.

A cidade em que trabalhei contava com o Programa do “Medicamento em casa”, onde os remédios de uso contínuo do paciente eram levados até sua casa por transporte público mensalmente após cadastro e comprovação de dificuldade de locomoção para retirada de medicamentos do paciente até a farmácia. Esse programa contribuiu muito com a rede de apoio ao cuidado domiciliar do paciente.

A Visita Domiciliar é um meio de inserção e de conhecimento da realidade vivida pela população da área adscrita, que contribui para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado dentro do SUS. Representa uma mudança na lógica da oferta e da demanda, pela qual a integração da atenção, a satisfação do usuário, bem como a democratização de conhecimentos relacionados ao processo saúde e doença convergem na construção de um atendimento mais humanizado.

As Equipes de Saúde da Família possuem a responsabilidade de atender a população conforme suas necessidades, ultrapassando, inclusive, barreiras de acesso causadas ou pela distância ou pela própria enfermidade do paciente. Desta forma, a Atenção Domiciliar é ferramenta essencial para atingir os objetivos pretendidos, e atende às diretrizes do SUS como universalidade – acesso a todos cidadãos, equidade – tratamento desigual visando a igualdade, e integralidade – prevenção, cura e reabilitação.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, a Visita Domiciliar é um instrumento de intervenção essencial utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica familiar. A Visita Domiciliar assume um papel fundamental no Programa de Saúde da Família, contribuindo para ampliar a visão dos profissionais envolvidos.

A inclusão de pacientes na Atenção Domiciliar pode ocorrer por diferentes vias: indicação pelos serviços que compõem a rede de atenção, demanda espontânea realizada por familiares e busca ativa dos profissionais de equipes de saúde da família. A manutenção ou a alta desta modalidade de atendimento são avaliadas periodicamente conforme evolução do quadro.

A realização de cuidados em saúde em ambiente domiciliar exige dos profissionais intervenções terapêuticas diferenciadas que se adaptem às diferentes famílias e de acordo com as necessidades de cada paciente. Durante as Visitas Domiciliares, a construção do vínculo e a busca por uma participação ativa do paciente e de seus familiares são essenciais para a eficácia do atendimento. A participação da família é essencial não apenas nos resultados do tratamento, mas também na qualidade de vida do paciente. A saúde individual e a saúde familiar são interdependentes. O adoecimento, bem como os conflitos tem efeito direto sobre o ciclo de vida familiar. A equipe deve conhecer a família e o espaço em que ela vive,

identificando limitações e potencialidades das pessoas envolvidas e dos recursos disponíveis, respeitando seus valores culturais, sociais e educacionais. O genograma e o ecomapa são instrumentos que facilitam o entendimento da dinâmica familiar, auxiliando na elaboração do projeto terapêutico.

A família deve ser incluída no plano de cuidado, pois também torna-se vulnerável pela condição de saúde do paciente e pelas mudanças na rotina. Cuidador é aquela pessoa que, no espaço doméstico, realiza ou ajuda o paciente a realizar suas atividades básicas diárias, preservando sua autonomia. Avaliações da sobrecarga do cuidador podem ser realizadas periodicamente identificando a necessidade de mudanças na dinâmica do cuidado. Organizar horários de descanso, atender a demanda de saúde física e mental do cuidador, treinamento para as atividades diárias e orientações sobre como proceder em casos de urgência e emergência podem auxiliar no cuidado e facilitar a dinâmica familiar.

## **ATIVIDADE 5 DO PORTFOLIO – REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Durante o Curso de Especialização de Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, vinculado à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, foram realizadas discussões de casos complexos que contribuíram para o aperfeiçoamento da prática profissional. Pudemos colocar em prática nos atendimentos do dia-a-dia na UBS os ensinamentos e as discussões realizadas no curso e, certamente, isso contribuiu com a melhoria na qualidade do atendimento prestado na atenção básica e no meu crescimento e engajamento como profissional médica. A troca de informações com os outros colegas nos fóruns também se mostrou de grande valia, pois assim conseguimos conhecer a realidade de outras Unidades Básicas de Saúde e as diferenças e peculiaridades de cada uma.

A visão ampliada dos pacientes, inseridos em seu ambiente, com toda complexidade das relações familiares e sociais, é primordial para que seja realizado um atendimento integral do paciente. O conhecimento da pessoa inclui família, trabalho, crenças e o ciclo de vida em que se encontra. Todos estes fatores influenciam na melhora ou no agravamento de doenças, e devem receber a devida atenção do profissional. Como exemplo do melhor conhecimento da abordagem do paciente como um todo e inserido no seu contexto familiar posso mencionar a elaboração de genogramas, treinados durante o curso de Especialização, que vem a auxiliar, portanto, a melhor compreensão do contexto familiar e contribui para a definição de intervenções mais efetivas.

A construção de uma relação de confiança entre médico e paciente é um alicerce para a melhor adesão dos pacientes aos tratamentos e para a busca de melhores resultados na melhora da saúde. Durante o curso treinamos não só a parte do raciocínio clínico, mas também a empatia, que auxilia na construção desta relação de confiança, já que facilita a compreensão do comportamento em determinadas circunstâncias e a forma como o indivíduo toma suas decisões. Somente é completo o médico que, além de desenvolver e pensar em um diagnóstico, fornece uma terapêutica de acordo com cada paciente, sempre pesando seu contexto familiar, sua cognição, sua parte financeira e emocional,

desempenhando dessa forma sua empatia, colocando-se literalmente no lugar do outro.

O fato de ser um curso à distância talvez tenha me deixado um pouco menos assídua do que seria se fosse no formato presencial, pois realmente aprecio mais a aula ao vivo, falada e discutida, com dúvidas tiradas em tempo real. Algumas vezes ficava frustrada, pois alguma dúvida não era prontamente atendida no moodle, porém entendo que o formato EAD seja a maneira mais prática de realizar um curso com essas dimensões.

Concluindo minha reflexão, tenho certeza que cresci como profissional e como pessoa ao final dessa pós-graduação, pois alguns assuntos vistos não haviam sido abordados e nem sequer vivenciados por mim na graduação, de forma que vieram a somar conhecimento e experiências desde os assuntos iniciais explicando o funcionamento do SUS e da Estratégia de Saúde da Família até o exercício clínico da medicina através dos casos complexos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

DEL CIAMPO, Luis Antonio et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2017.

Ricco RG, Almeida CAN, Del Ciampo LA. Puericultura: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé; 2005

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Puericultura ambulatorial. [Documento Científico]. Porto Alegre; [Fevereiro] 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; 11 – Série A Normas e Manuais Técnicos).

Crespin J. Puericultura. Ciência, arte e amor. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1992. 9.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Rosa F. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. *Pediatria* 1994; 16(4):158- 61. 10.

Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani, ER. Medicina Ambulatorial: Conduta de Atenção Primária Baseada em Evidências. 4ta ed. Artmed, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança; Nutrição Infantil, Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.(Cadernos da Atenção Básica, n 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.(Cadernos da Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1)

**ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Qualificação da saúde da mulher na prevenção do câncer cervicouterino

ANALÚ VIVIAN

AGOSTO DE 2016.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. OBJETIVO GERAL.....	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	24
4. MÉTODOS.....	29
5. CRONOGRAMA.....	31
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	32
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	33
8. REFERÊNCIAS.....	34
9. ANEXOS.....	35

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO. A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos.

Em 1998, foi instituído pelo MS, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com

estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. Depois de todas essas iniciativas, ainda que o SISCOLO tenha registrado cerca de 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil no ano de 2009 e, apesar dos avanços em nível da atenção primária e de todo SUS, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido.

Diante dos níveis crescentes de diagnóstico de câncer cervicouterino e de suas lesões precursoras através do exame citopatológico no Brasil, a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família Jardim Planalto, localizada em Esteio-RS, vem buscando soluções para aumentar a aderência de mulheres em idade para coleta de exame citopatológico como prevenção do câncer cervicouterino (25 a 64 anos). Através das reuniões de equipe e no livro de registro das informações de coleta do exame citopatológico, foi vista a necessidade de esclarecer melhor as informações acerca da coleta e do seu método de realização, explicações do porquê a prevenção ou a detecção precoce de uma lesão é tão importante, maneiras de facilitar o acesso da população em questão à atenção básica, entre outros pontos que precisam ser melhorados para que se aumente a taxa de adesão das mulheres à coleta do citopatológico no município de Esteio-RS e principalmente na área de atuação da ESF Planalto.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA et al, 2009; ARByN et al, 2009a).

## **OBJETIVOS**

### **OBEJTIVO GERAL**

Aumentar a aderência das mulheres em idade para rastreamento do câncer de cervicouterino ao exame citopatológico.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a população em idade para coleta de citopatológico em uma UBS de Esteio-RS;
- Formular atividades educativas que estimulem participação de mulheres em idade para rastreamento do câncer cervicouterino;
- Proporcionar encontros em dias flexíveis para atingir população que trabalha no horário em que a UBS estaria aberta normalmente;
- Revisar junto às enfermeiras a técnica de coleta de exame citopatológico.

## REVISÃO DE LITERATURA

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Ele é responsável por 265 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais freqüente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2015).

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados. Em 2013, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,51 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região.

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida. (INCA, 2015)

Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos. Contudo, apesar de estas estratégias serem utilizadas para a prevenção e o controle de doenças e agravos não transmissíveis, ainda é um desafio para os países em desenvolvimento a definição e implementação de estratégias efetivas (INCA, 2004).

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo [3]. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (INCA, 2015).

Abordagem ampla e políticas públicas que enfatizam o controle de comportamentos de risco são apontadas como preconizadas no enfrentamento do problema para o controle das doenças e agravos não transmissíveis. Os fatores de risco são identificados, têm sua magnitude quantificada e sua distribuição pela população é estabelecida, enfrentando o desafio de que as ações desenvolvidas e avaliadas tenham controle/custo efetivos (INCA, 2004).

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil, em 15 capitais e no Distrito Federal, nos anos 2000-2003. Nesta, constatou-se que a cobertura de exames citológicos no país mostrou níveis elevados, porém ainda não foi observada a queda na mortalidade por câncer de colo do útero. Verificou-se também que a cobertura do exame Papanicolaou apresentou menores proporções na faixa etária de 50 a 59 anos, o que supõe uma menor procura por serviços de saúde das mulheres acima da faixa etária reprodutiva. Outro destaque foi o nível de escolaridade da clientela poder estar relacionado ao menor acesso à informação sobre cuidados de saúde, fato que também pode repercutir diretamente na demanda pelos exames preventivos pesquisados, tendo em vista que grupos de mulheres de baixa escolaridade apresentaram menores índices de cobertura. O local de realização do exame Papanicolaou, se na Rede SUS ou Rede

não-SUS, apresentou resultados que relacionam a escolha do local utilizado para o exame ao contexto e diferenças socioeconômicas entre as capitais envolvidas no estudo. Ressalta-se na investigação que, para quase todas as estimativas apresentadas, não havia no Brasil dados recentes que poderiam ser padronizados, permitindo a comparação de resultados para as diferentes regiões do país, sugerindo que, apesar de as políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde apresentarem bons resultados, estes indicam a necessidade de ampliação e cobertura do SUS (INCA, 2004).

Foi reconhecendo o controle do câncer do colo do útero como um dos grandes desafios para a saúde pública, juntamente com uma carência de política nacional que permitisse a articulação de diferentes etapas de um programa de prevenção adequado e eqüitativo no território nacional, que possibilitasse impactos maiores sobre a incidência e mortalidade desse câncer no País, que em 1995 o Governo Brasileiro investiu em uma rede nacional de detecção precoce dessa doença. Para isso, foi criado o programa "Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero" cujo objetivo é, por intermédio da oferta de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação das mulheres, "reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira." (INCA, 2002a, p. 23). As ações deste programa visam "garantir o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa" (INCA, 2002a, p. 23).

Ao abordar a mulher para campanhas preventivas, nota-se que não há referências aos seus companheiros, ou seja, estes são praticamente excluídos do processo. Alguns autores (Fernandes e Narchi, 2002; Ferreira e Oliveira, 2006) expõem que a submissão das mulheres a seus maridos as afasta do procedimento preventivo, tendo em vista que muitos não permitem que realizem o exame. Assim, incluí-los no processo educativo poderia ser uma estratégia facilitadora, principalmente devido a "subalternidade histórica das mulheres em relação aos seus companheiros sexuais" (Fernandes e Narchi, 2002, p. 227). Essa abordagem também poderia contribuir para diminuir a culpabilização feminina por suas doenças ginecológicas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002b), para organizar a assistência na prevenção do câncer de colo do útero há que se prever facilidades na abordagem da mulher, que incluem: desenvolver métodos oportunistas de captura das mulheres que freqüentam os postos por outros motivos; expor cartazes que demonstram as técnicas utilizadas nos exames; fornecer informações para o momento da coleta; criar espaços de privacidade para a mulher durante o exame; identificar e treinar profissionais sensibilizados para convencer as mulheres que estão na sala de espera para realizarem o exame; incentivar adoção de hábitos saudáveis pela mulher, que envolvem alimentação e exercícios físicos.

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames, porém "cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado" (INCA, 2002a, p. 29). Entretanto, não basta apenas que a mulher conheça os métodos, é preciso que se envolva no processo, que suas práticas sejam incorporadas em seus cuidados cotidianos. Baseando-se em estudos realizados (Fernandes e Nachi, 2002; Paula e Madeira, 2003; Peloso e col., 2004; Ferreira e Oliveira, 2006), pode-se destacar que o fator primordial que leva as mulheres para a realização do exame não é a conscientização de que precisa ser realizado, tendo em vista que muitas mulheres apresentaram esse reconhecimento, mas, sim, "é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepujar a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção" (Peloso e col., 2004, p. 322). Assim, pode-se considerar que uma boa estratégia para que as ações preventivas envolvam mulheres ainda não alcançadas nas campanhas é tornar os programas de prevenção mais próximos das crenças e valores culturais destas mulheres. Cestari (2005) verificou que a não adesão aos programas de prevenção relaciona-se às crenças dos sujeitos a serem abordados, estando, portanto, o comportamento de prevenção baseado na cultura.

Desde que respeitados os valores e as crenças, os profissionais podem influenciar a mudança de comportamento quanto à prevenção. Para isso, os profissionais não devem agir fornecendo informações baseados apenas em seu conhecimento (Cestari, 2005). A fim de atingir objetivos que melhorem a qualidade

de vida, é importante que os profissionais implantem medidas e ações educativas que apresentem impacto eficiente, caso contrário, estarão apenas executando programas preestabelecidos, sem alcançar soluções integradoras. A educação em saúde não deve ser apenas uma transmissão de orientações que despreza o conhecimento de quem as recebe, ou pouco acredita na sua capacidade de aprender ou modificar-se (Fernandes e Narchi, 2002). Educação em saúde deve ser uma forma de exercer a cidadania, com "ações generalizadas que provoquem transformações nos indivíduos, para que estes passem a atuar como sujeitos dentro da sociedade, tendo a capacidade de atuar no controle das situações a que são submetidos" (Bydlowski e col., 2004, p. 19).

A menção aos fatores de risco, principalmente nos meios de comunicação, merece uma observação especial na abordagem preventiva para o câncer do colo do útero. Como muitos desses fatores envolvem comportamentos sexuais, é relevante que sejam cuidadosamente abordados. Cestari (2005) avalia que os meios de comunicação são considerados incentivadores para a prática de prevenção, principalmente a televisão, mas, por outro lado, ressalta a grande influência que a televisão apresenta, e, com isso, as informações que muitas vezes, no intuito de aumentar a audiência, são sensacionalistas e não educativas. Bydlowski e colaboradores (2004) destacam que condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para gerar, em diferentes grupos, situações de vida consideradas iníquas entre grupos populacionais, o que proporciona diferentes condições de vida que podem ser evitáveis; sendo estas situações julgadas injustas quando comparadas aos demais grupos sociais. Dessa forma, ressaltam que a livre escolha dos comportamentos de risco não deve ser considerada causa da iniquidade, pois se caracteriza quando o comportamento de risco ocorre por falta de opção ou há inadequação dos serviços de saúde. Os indivíduos que se encontram nessa situação, além de não terem oportunidade de escolha, ainda não apresentam controle sobre a situação vivenciada. Nesse caso, portanto, é importante atentar para que não ocorra uma "estratégia assistencial pautada no 'campanhismo' inseqüente, dirigido por táticas de *marketing* descomprometidas com a vida e com a saúde da população" (Reis e col., 2003, p. 100).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico observacional e intervencional, onde buscaremos estudar a população em idade para rastreio de câncer cervicouterino e buscar alternativas e ações que viabilizem e aumentem a aderência dessas pacientes em questão à coleta do exame de Papanicolau como rastreamento.

Utilizando o sistema de informação interno da Unidade Básica de Saúde do Jardim Planalto, em Esteio – RS, atrás de um caderno de registro de coletas de exames de citopatológicos, buscar-se-á os dados referentes ao número de coletas de acordo com a faixa etária das pacientes estudadas e priorizar-se-á as faixas etárias mais abstinentes do processo de coleta do exame.

Em um primeiro momento, esses registros serão revistos, contabilizados e repassados às equipes de Saúde de Família que fazem parte da UBS Jardim Planalto em uma reunião de equipe, para que todos os membros das equipes saibam do projeto, da metodologia e das possíveis intervenções benéficas.

Em um segundo momento, haverá uma explanação de uma das médicas e uma das enfermeiras da UBS, que compõe a microárea 1 - denominada Planalto - às mulheres em idade para coleta do exame citopatológico. Essa será realizada em ambiente de bastante participação da comunidade que é a Academia de Saúde, local onde há oferta de exercícios, palestras e outras atividades em prol da saúde e disponível no bairro onde está localizada a UBS. Essa explanação será sobre os fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo uterino, esclarecimento de dúvidas sobre as coletas e dias disponíveis para isso no posto de saúde, com vistas a tirar dúvidas banais das mulheres acerca do procedimento e atrás do maior conhecimento do assunto, aumentar a adesão das pacientes às coletas. Será ofertado inclusive dias de coleta aos sábados para que as pacientes que trabalham durante os dias da semana possam também ter seu exame coletado. Utilizar-se-á do “outubro Rosa”, mês que se dedica à saúde da mulher e unindo a prevenção ao câncer de mama, para que seja feito esse segundo momento e essa aproximação com as pacientes em idade para coleta.

Após isso e no decorrer do projeto de acordo com o cronograma, será avaliada a aderência das pacientes em questão, se houve aumento do número de coletas na faixa etária onde havia menos participação e se as medidas aplicadas foram válidas para aumentar a aderência delas ao exame do Papanicolau.

## CRONOGRAMA 2016

	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<b>Busca de informações /coleta de dados</b>	x						
<b>Apresentação do projeto às Equipes da UBS</b>	x	x					
<b>Busca ativa em consultas médicas com mulheres em idade para coleta de CP</b>		x	x	x	X		
<b>1ª Palestra sobre prevenção do câncer cervicouterino</b>				x			
<b>2ª Palestra</b>					X		
<b>Realização de mutirão de coleta de CP aos sábados</b>				x	X	x	
<b>Análise dos resultados</b>						x	x
<b>Retorno à comunidade sobre resultados atingidos</b>							X

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

- 1) Recursos humanos: basicamente composto pelos profissionais das quatro equipes de saúde da família que fazem parte da UBS Planalto: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde.
- 2) Recursos materiais: computadores, acesso à internet, folhas, cartazes, distribuição de folhetos, microfones, material necessário para coleta de citopatológico já existente na UBS.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que a aderência de mulheres em idade para coleta de exame citopatológico e rastreamento do câncer cervicouterino aumente e que sejam esclarecidas dúvidas quanto a sua coleta, resultados, prevenção, diagnóstico precoce e abordagem geral da doença.

Com isso, contribui-se para uma diminuição de casos de câncer cervicouterino em estágios mais avançados, onde a cura é a exceção e o tratamento torna-se difícil e debilitante para as mulheres acometidas.

Dessa forma, educando e dialogando com a população feminina, buscamos implementar e melhorar essa estratégia de prevenção tão ligada à atenção básica, de simples execução, mas que para ser bem sucedida precisa ser bem esclarecida e fomentada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo uterino** / Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama, nº 13, 2ª edição. Ministério da Saúde, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

**CRUZ, Luciana Maria Britto e LOUREIRO, Regina Pimentel**; **A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas**; Saude soc. vol.17 no.2 São Paulo Apr./June 2008. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012)>  
. Acesso em: 01/09/2016.

## ANEXOS



Foto 1 (Fonte: arquivo pessoal): 1ª Palestra sobre prevenção do câncer cervicouterino



Foto 2 (Fonte: arquivo pessoal): Grupo que participou da palestra de prevenção do câncer cervicouterino



Foto 3 (Fonte: arquivo pessoal): Público presente na palestra de prevenção do câncer cervicouterino