

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 ressignificação 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

Viviane Costa Matos

**DIABETES MELLITUS E SUAS REPERCUSSÕES SISTÊMICAS: A SUA
INFLUÊNCIA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS E AMPUTAÇÕES**

Benevides –PA

2017

Viviane Costa Matos

**DIABETES MELLITUS E SUAS REPERCUSSÕES SISTÊMICAS: A SUA
INFLUÊNCIA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS E AMPUTAÇÕES**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção final da nota no Curso de Especialização em Saúde da Família apresentando a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Orientadora: Prof(a) IVONE ANDREATTA
MENEGOLA

Benevides-PA

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	15
4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	18
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
6 REFERÊNCIAS	24
ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO (PI).....	27

LISTA DE FIGURAS

1 Genograma familiar.....	14
----------------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

Sou Viviane Costa Matos, 37 anos, paraense, aprovada no vestibular de medicina pelo sistema de cotas (ensino médio cursado em escolas públicas), graduada em medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA) no ano de 2015 (agosto/2015). Iniciei a vida profissional como médica do PROVAB, atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF) Novo Brasil, a qual funciona dentro do posto de saúde Terceira Travessa, no município de Benevides-PA; atuo também como médica em urgência e emergência de pediatria na rede privada.

A UBS fica em município próximo a Belém do Pará (faz parte da grande Belém), localizada na rua Jarbas Passarinho s/n, cuja área de abrangência assiste aos bairros Novo Brasil e Cajueiro. O território adscrito a UBS corresponde a três microáreas denominadas 1, 2 e 3. A equipe é formada por médica, enfermeira, técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde. A população, em geral, é carente, vive com baixa renda e apresenta baixo nível educacional, com saneamento básico precário, a maioria da população trabalha em empresas do município. Utiliza-se a igreja católica da comunidade Novo Brasil como local de atendimento, toda terça-feira. São cadastradas no total de 1229 pessoas, sendo 636 pessoas com mais de 15 anos de idade, 352 mulheres de 10 a 59 anos, 18 gestantes, 39 crianças menores de 2 anos, 43 pacientes hipertensos e 20 pacientes diabéticos. As doenças mais atendidas são: hipertensão, diabetes, lombalgia, resfriado comum, parasitoses em geral. A maior prevalência é para consultas médicas de puericultura, doenças crônicas, pré-natal das grávidas; seguida de consultas de enfermagem.

O projeto de intervenção é uma proposta de identificar mulheres de 25 a 50 anos que nunca tenham realizado o preventivo do câncer de colo de útero ou o fazia de forma irregular, orientá-las para o risco potencial de câncer de colo de útero atendidas e inscritas na estratégia saúde da família Novo Brasil em Benevides- PA. O câncer de colo de útero é o terceiro mais comum em mulheres e ocupa o sétimo lugar entre todos os cânceres. Mais de 85% dos casos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento, onde respondem por, cerca de, 13% de todos os

cânceres na população feminina. Este trabalho tem como objetivos específicos identificar essas mulheres, orientá-las sobre a importância do exame, tratar as lesões precursoras e diminuir os casos de câncer de colo de útero. A metodologia utilizada é um estudo clínico intervencional e de coorte.

O câncer de colo de útero tem uma alta incidência em países em desenvolvimento. E sabendo dessa realidade, no município de Benevides não é diferente. Por isso, a importância de levar essas mulheres para a Unidade Básica de Saúde a fim de realizar o PCCU e descobrir possíveis alterações citológicas nas fases iniciais, aonde a chance de cura é elevadíssima. Fazer com que essas mulheres se conscientizem da importância regular desse exame para diminuir a morbimortalidade relacionada a câncer de colo uterino.

Os pacientes precisam reconhecer seu papel central no seu autocuidado, reconhecer que a prevenção ainda é a melhor opção, já que o câncer de colo de útero é assintomático na grande maioria das vezes em suas fases iniciais.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente B. S. S, 54 anos, casado, sedentário, diabético do tipo II com diagnóstico há 7 anos vem a consulta médica no dia 27/10/2016, sendo feita a triagem, obtendo-se os seguintes dados:

Peso: 80 kg, altura de 1,61m, IMC: 30,8 (obesidade grau I)

PA: 125x80 mmHg

Temperatura: 38.0°C.

Glicemia capilar: 338mg/dl

Vem a consulta de urgência com queixa de lesão em perna direita há 1 mês e que não cicatriza e iniciou quadro de febre há 7 dias. Relata ter feito uso de ciprofloxacino 500 mg de 12 em 12 horas por 7 dias, em atendimento ambulatorial com outro médico, sem melhora. Solicitado hemograma, proteína C reativa e hemoglobina glicada. Foi prescrito cefalexina 500 mg de 6 em 6 horas por 7 dias associado à metronidazol 500mg de 12 em 12 horas por 7 dias (medicações disponíveis pelo SUS nos postos de saúde) + mupirocina pomada de 8 em 8 horas por 10 dias, após antissepsia local.

O paciente apresenta baixo nível de escolaridade, terceiro filho entre quatro filhos (figura 1), sendo uma irmã agente comunitária de saúde do posto na qual estou inserida. Resistente ao tratamento medicamentoso com insulina e mudanças no estilo de vida, com padrão alimentar rico em carboidratos (doces, massas), etilista social e tabagista com baixa carga tabágica. Adota medidas caseiras, como chás e faz medicação oral de forma irregular (metformina 500mg, três vezes ao dia e glibenclamida 5 mg, uma vez ao dia. Tratamento considerado errado para esses níveis glicêmicos.

No dia 31/10/2016, o paciente retorna com o resultado dos exames solicitados, tendo como dados da triagem:

PA₁: 110x 80 mmHg; PA₂: 110 x 75mmHg

Peso: 79.800 kg

Altura: 1,61 m

Temperatura: 37.3°C

Retorna com hemograma evidenciando leucocitose de 18450, neutrofilia de 80% e 3 % de bastões, PCR de 6,5 e hemoglobina glicada de 9,5. Relata que o quadro febril cessou e que a lesão apresenta melhora do aspecto.

Ao exame físico:

Circunferência abdominal: 101 cm

Ausculta cardíaca: BCNF, RCR em 2 T, sem sopros. FC: 85 bpm

Ausculta pulmonar: mv + sem RA.

Pele: lesões crostosas em perna direita com sinais flogísticos.

Exame dos pés: intertrigo micótico, unhas bem cortadas e sem espessamento, pele ressecada, ausência de deformidades, pulsos pedioso e tibial posterior presentes e normais e teste do monofilamento azul (10g) com perda de sensibilidade em hálux direito.

Cavidade oral: sem problemas odontológicos ou patologias bucais.

Dado orientações quanto à importância do controle glicêmico adequado para reduzir o risco de complicações principalmente microvasculares, orientações alimentares, conforme o quadro 1 e realização de atividade física regular, 5 vezes por semana. Foi emitido laudo médico referindo a necessidade de iniciar insulino terapia com NPH. Orientações quanto a calçados e inspeção rotineira dos pés. Emitido guia de referência para oftalmologista para realizar fundoscopia. Encaminho o paciente para atendimento com nutricionista. Solicitado exames de laboratório que incluem glicemia de jejum, exame de urina tipo I, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina.

Paciente retorna ao ambulatório para consulta no dia 07/11/2016 com lesão cicatrizada e com resultado dos exames laboratoriais solicitados na última consulta.

Triagem:

Peso: 79 kg; altura: 1,61 m; IMC: 30,47

PA: 130 X 85 mmHg

Temperatura: 36.8°C

Exames: glicemia de jejum: 291 mg/dl

colesterol total: 258, HDL: 60: LDL: 147

Triglicerídeos: 255

Urina tipo 1: glicosúria ++

Creatinina 0.9; clearance de creatinina: 104

Sabe-se que o tratamento do diabetes mellitus (DM) tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são à base do tratamento do diabetes e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar HbA1c < 7. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Metas mais flexíveis (HbA1C < 8%) vêm sendo estabelecidas para certos grupos de pacientes.

O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose

fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são em geral acompanhados pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013).

Os antidiabéticos orais constituem-se a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 não responsivos a medidas não farmacológicas isoladas, uma vez que promovem, com controle estrito, redução na incidência de complicações, tem boa aceitação pelos pacientes, simplicidade de prescrição e levam o menor aumento de peso em comparação à insulina (GUSSO; LOPES, 2012). No entanto, casos com hiperglicemia severa no diagnóstico (>300 mg/dl) podem se beneficiar de insulina desde o início.

É recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013) [Grau de Recomendação B]. Em pessoas com bom controle pré-prandial, porém com HbA1c elevada, a monitorização da glicemia capilar duas horas após as refeições pode ser útil. Em pessoas com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Se o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com uma sulfonilureia por três a seis meses, deve ser considerada uma terceira medicação. A insulina também é considerada quando os níveis de glicose plasmática estiverem maiores de 300 mg/dL, na primeira avaliação ou no momento do diagnóstico, principalmente se acompanhado de perda de peso, cetonúria e cetonemia (GUSSO; LOPES, 2012).

As classes de medicamentos que podem ser utilizadas nesta etapa são insulinas de ação intermediária ou longa. Como todas as classes têm eficácia semelhante (redução média de 1% na HbA1c), recomenda-se o uso de insulina intermediária devido à longa experiência com seu uso e ao menor custo.

As insulinas disponíveis no SUS são as de ação rápida (regular) e as de ação intermediária (Neutral Protamine Hagedorn – NPH). A insulina regular está indicada em casos de emergência, como a cetoacidose, gravidez e trabalho de parto, em

combinação com insulinas de ação média ou prolongada, ou em tratamento tipo bolus antes das refeições. A insulina NPH ou de ação intermediária é utilizada em tratamento de manutenção para o controle glicêmico basal.

A introdução da insulina NPH em dose única, antes de deitar, associada à antidiabéticos orais costuma ser bem recebida pelos usuários, tem o benefício de requerer menores doses de insulina e reduz o risco de hipoglicemia. A dose inicial costuma ser de 10U de insulina NPH, ou 0,2U/kg para as pessoas obesas, podendo ser reajustada em 2U a 4U, conforme média de três glicemias capilares de jejum consecutivas, até atingir meta glicêmica (GUSSO; LOPES, 2012).

No dia 14/11/2016 retorna ao consultório para pegar o kit com glicosímetro, insulina NPH, seringas e agulhas. Foi feita a demonstração de aplicação da insulina no subcutâneo pela enfermeira e como utilizar o glicosímetro. O tratamento medicamentoso ficou com antidiabéticos orais (metformina de 500 mg após café e almoço e insulina NPH, 10 UI às 22h). solicitado controle glicêmico (CG) semanal e agendo retorno para 10 dias.

No dia 24/11/2016 vem à consulta trazer o CG:

15/11: 202 mg/dL

16/11: 197 mg/dL

17/11: 176 mg/dL

18/11: 168mg/dL

19/11: 158mg/dl

20/11: 199 mg/dL

21/11: 174 mg/dl

Paciente refere dificuldade de seguir dieta aos finais de semana e seguir cardápio da nutricionista. Relata ter melhorado alimentação e fazer atividade física regularmente (5x por semana). Apresentando na triagem:

Peso: 77 kg; IMC: 29,7

PA: 120x 80 mmHg.

Como os níveis glicêmicos ainda não foram atingidos, aumentei a dose da NPH para 12 UI a noite. Relato a importância de manter o que se está atingindo como meta. Retorno mensal para o paciente.

Hoje paciente encontra-se com níveis glicêmicos controlados, realizando atividades físicas e adotando uma alimentação saudável (quadro 1).

Quadro 1 – Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM

1. Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os diet, zero ou light. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção = 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).
4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras = 3 colheres de sopa; e de legumes = 2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.
5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção = 1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola diet ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.

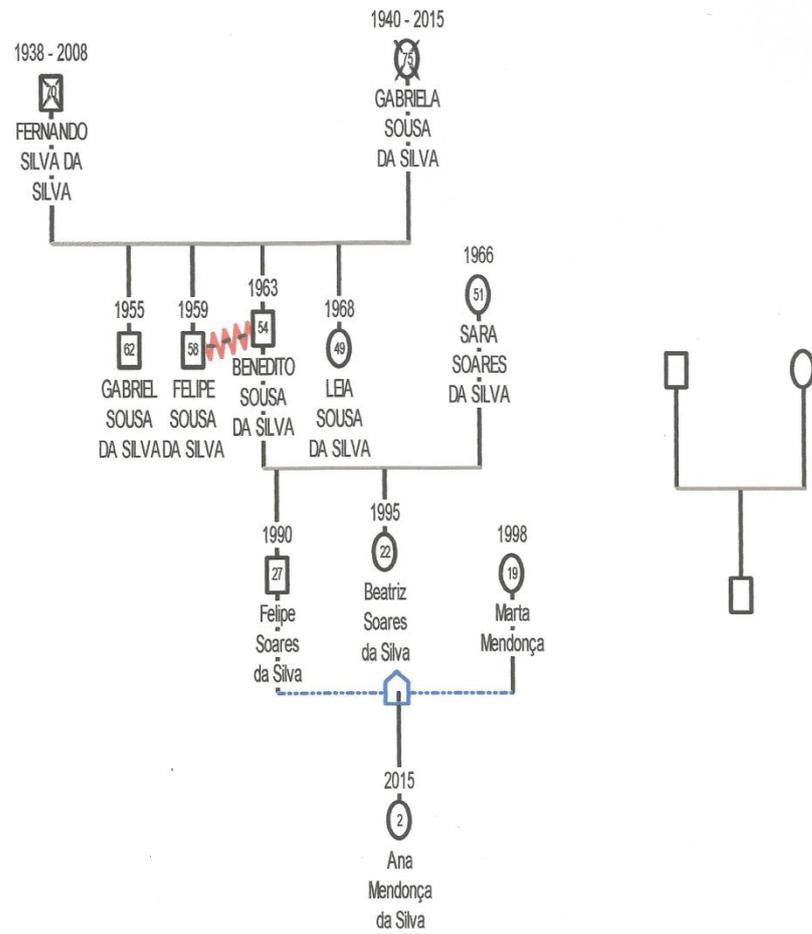
7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).

8. Consuma peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.

9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.

10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício!

Figura 1: genograma familiar



○ – sexo feminino; □ – sexo masculino; × - falecido; ♀ – casamento com descendente; ~~AAA~~ - relação de distância com violência; - morando juntos.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) é definido como uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica, mais comum em adultos. Com isso, altas concentrações plasmáticas de glicose podem levar ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos, o que compromete a saúde geral do paciente caso não controle a doença (R Epidemiol, 2016). O diabetes Mellitus do tipo 1 (DM1), também de grande importância é uma das doenças crônicas mais frequentes na infância, repercutindo na qualidade de vida desses pacientes, sua incidência aumenta em todo o mundo e no Brasil os pacientes são diagnosticados em idade cada vez mais precoce, o que preocupa a comunidade médica (IDF, 2013; MANUICHI, 2012).

Na atenção básica, o DM acaba por ser uma das doenças que mais impactam a vida da população, a problemática maior está relacionado às doenças secundárias. Nesse contexto, percebe-se que os quadros depressivos acabam por configurar uma pauta de grande interesse na comunidade científica, em especial quando associada ao DM. A depressão é definida como uma doença psiquiátrica altamente prevalente, que acomete 3 a 5% da população mundial. Trata-se de um transtorno caracterizado pela presença de humor deprimido ou acentuada diminuição do interesse ou do prazer em quase todas as atividades do dia a dia associadas aos seguintes sintomas: humor deprimido, diminuição do interesse em atividades prazerosas, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpabilidade excessiva, dificuldade de concentração, indecisão, pensamento recorrente de morte, conforme critérios da Associação Americana de Psiquiatria DSM V (SOARES e CAPONI, 2011; CAPONI, 2014).

O DM de um modo geral é uma doença crônica também associada a elevado estresse emocional, o que contribui para o surgimento concomitante de quadros depressivos. Cerca de 20% dos portadores de diabetes tipo 2 (DM2) tem depressão maior. Se comparado à população geral (4-6%), a prevalência da depressão é maior

em pacientes portadores de diabetes, chega às cifras bem elevadas (9-14%) demonstrando a importância clínica da associação dessas doenças (FERREIRA, 2009; LINHARES, 2015).

Apesar de a maioria dos portadores de DM serem adultos, diversos estudos salientam o impacto psicossocial de uma doença crônica na infância e adolescência, levando em consideração o aumento do número de diagnósticos de DM1 em crianças, assim como, associação com outras doenças, tornando uma problemática de grande importância, assim como a DM2. Os resultados de alguns estudos indicam que o DM1 pode afetar o funcionamento familiar e global do paciente, modificando o seu dia a dia e restringindo atividades habituais que fazem parte das diferentes etapas do desenvolvimento; interferir com a socialização, fazendo com que o indivíduo se retraia ou tenha problemas com a autoimagem o que acaba por baixar a autoestima; repercutindo com a qualidade do desempenho escolar e com o relacionamento com colegas, além de aumentar a vulnerabilidade para diversos transtornos mentais (WYSOCKI, 2009; WHITTEMORE, 2012; PINQUART, 2011). Esses problemas implicam possíveis alterações no ajustamento futuro dessas crianças e adolescentes e devem ser considerados durante o tratamento. Embora alguns estudos não tenham identificado diferenças entre jovens com DM1 e a população geral, como o que foi referido nos pacientes com DM2, principalmente quando se trata de crianças mais novas, o estresse associado ao diagnóstico e ao manejo de uma doença crônica pode aumentar a vulnerabilidade para quadros depressivos ou outros transtornos psicológicos, tanto para o doente, como para seus cuidadores, podendo afetar o prognóstico do doente (WYSOCKI, 2009; WHITTEMORE, 2012; PINQUART, 2011; ECKSHAIN, 2010; SCHAAIK, 2013).

Sendo assim, ao relacionarmos os portadores de doenças crônicas, em especial o diabético com a depressão é frequente a prevalência da associação entre ambas, denotando a importância da prevenção e acompanhamento de tais enfermidades. Caso contrário, há um agravamento, no caso dos pacientes já com as comorbidades, tanto na evolução do quadro psiquiátrico como no da doença clínica, gerando aumento significativo na morbimortalidade e perda na qualidade de vida. Além do que a presença de depressão em indivíduos portadores de diabetes está muito associada a menor aderência à dieta e atividade física, maior índice de

tabagismo, índices elevados de hemoglobina glicosilada (HbA1c) e aumento da morbidade e mortalidade, decorrentes da menor aderência ao tratamento dietético e medicamentoso (ECKAAIYK, 2013).

Na atenção primária à prevalência de pacientes cuja situação socioeconômica em conjunto com o baixo nível de instrução corrobora para a não prática do autocuidado, levando ao surgimento de doenças que poderiam ser evitadas. Os pacientes com comorbidades tendem a sofrer muito com as mudanças impostas pelas doenças crônicas, refletindo negativamente na qualidade de vida desses indivíduos e de seus familiares (CARVALHO et AL, 2012). Alguns estudos também têm feito relação da qualidade de vida com a depressão, que são fatores de piora dos quadros, assim como a adesão ao tratamento medicamentoso é muito influenciado pela maneira como o paciente se relaciona com as doenças que o afeta (DIAS et AL, 2011).

Ainda no contexto da atenção básica, o agravamento de doenças, secundária a doenças crônicas como o DM, em conjunto com os quadros depressivos são de extrema delicadeza, pois pacientes com a associação dessas doenças tendem a ficar mais isolados e, quando com outras patologias decorrentes da doença de base, a exemplo do pé diabético, expressam com mais exuberância o desinteresse social. Dessa maneira, a adesão à terapêutica e as visitas constantes ao serviço de saúde são de extrema importância quando se reporta às doenças crônicas, pois estas têm um grande impacto na população e suas complicações, além de onerar os serviços de saúde, impedem que os doentes consigam seguir com um bom prognóstico. Diante disso, a adesão, que é entendida como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, acaba por ser o pilar de resolução das problemáticas das doenças como o DM e colaborar com o não surgimento de quadros de depressão (DIAS et al, 2011).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na ESF Novo Brasil, a qual funciona dentro do posto de saúde Terceira Travessa, no município de Benevides, no Estado do Pará, Brasil, a visita domiciliar é realizada uma vez na semana ou em casos excepcionais a depender da necessidade local. Atuam em conjunto um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS), trabalhando em prol da comunidade no intuito de rastrear e resolver os principais problemas que possam surgir na área, assim como procurar identificar famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade, segundo a escala de risco de Coelho.

Fazer a busca das necessidades da comunidade através das visitas tem um papel primordial no que tange o atendimento dos pacientes, principalmente os com doenças crônicas ou “sequelados”. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe consigo a possibilidade da assistência domiciliar, o que constitui uma atividade básica e importantíssima a ser realizada em Atenção Primária à Saúde (APS), respondendo às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas de deslocarem-se aos serviços de saúde. A equipe multiprofissional é sem dúvida nenhuma estratégica na resolução e acompanhamento dos pacientes impossibilitados de locomoção, seja de acordo com sua função específica de cada membro, seja como constituintes de uma equipe, uma vez que, por estar inseridos no contexto familiar e em contato íntimo com a comunidade a equipe pode atuar de forma plena, contribuindo para um olhar crítico, uma avaliação e um planejamento individualizado para cada caso.

A equipe é responsável por atender a maioria das visitas, sendo a maioria dos pacientes crônicos, ou mesmo idosos com sequelas de acidente vascular encefálico, amputado de pé diabético, dentre muitos outros casos. São atendidos também pacientes acamados por acidentes, doentes renais crônicos, pacientes com insuficiência cardíaca, neuropatias periféricas entre varias outras morbididades. Outro ponto importante, que ganha destaque é a saúde mental, a qual também é assistida e tem merecida importância durante as visitas domiciliares, pois como se sabe é escasso o número de profissionais especialistas na área para atender de forma adequada todos os pacientes. No entanto a equipe da visita domiciliar tenta da

melhor forma possível resolver as problemáticas dos assistidos, fazendo o tratamento e acompanhamento quando possível ou o referenciando nos casos mais complexos, porém respeitando o princípio da longitudinalidade.

Mediante a diversidade de problemáticas atendidas foi escolhido um caso bem recorrente na atenção primária, o pé diabético. Recentemente em uma visita, a equipe identificou uma família em que um paciente diabético de longa data, mais de 15 anos, encontra-se acamado devido à amputação do pé esquerdo depois de uma infecção e evolução para pé diabético, depois de diagnosticado foi referenciado para o serviço da equipe de cirurgia vascular a qual fez o procedimento. A sua esposa já é paciente da unidade, faz acompanhamento para hipertensão. Uma senhora de 48 anos, parda, dona de casa, natural e procedente de Abaetetuba-Pará, que tem um marido de 53 anos que trabalhava como eletricista. O casal possui três filhos, um homem e duas mulheres. O caso começou da seguinte forma: Durante a consulta na ESF a senhora relatou que seu marido tinha uma ferida que não sarava há mais de um mês e ainda não tinha mostrado para o médico. Percebendo de que se tratava de uma situação complicada, resolveu-se selecionar a família para fazer a visita e conversar com o marido e demais membros da família, falamos com a esposa e ela aceitou sem problemas a visita e ainda agradeceu a atenção dada ao seu caso. No horário pré-determinado pela senhora, os profissionais foram ao encontro do marido em casa junto com os filhos. Com o consentimento da família adentrou-se na residência, ao conversarmos com seu esposo foi feita uma anamnese e um exame físico, no qual foi detectada uma lesão ulcerativa na planta do pé esquerdo com aspecto de comprometimento vascular (BRASIL, 2013), na ocasião foi feita a solicitação o referenciamento para a equipe de cirurgia vascular, a qual optou pela amputação do membro, em decorrência do nível elevado de necrose tecidual. A contra referência foi feita, a partir de então a família passou a receber os atendimentos na sua casa. Ou seja, uma situação que poderia ter um desfecho diferente se a equipe não tivesse feito o acompanhamento domiciliar.

Nota-se que o caso se tratava de um problema que necessitava realmente de uma abordagem ampla da rede de atendimento, sobre a possibilidade de levar o paciente ao Centro de Atenção Especializado para um atendimento com toda a equipe especializada, incluindo psiquiatra, psicólogos e cirurgiões. A família aceitou

e ficaram satisfeitos com a visita, pois viram que aparentemente o caso estava se resolvendo. Mas, em se tratando de um paciente com um nível socioeconômico reduzido, com baixa escolaridade, torna-se complicado ele entender, de fato, que o autocuidado faz a diferença no decorrer de doenças crônicas, as quais trazem consigo patologias secundárias que podem gerar um problema grave. Portanto, o controle do diabetes precisa ser mantido dia a dia, pois caso contrário, esse descontrole pode trazer várias consequências orgânicas, sociais e emocionais para a vida familiar, assim como para própria vida profissional do indivíduo, além de acarretar sérias complicações e problemas em decorrência das doenças secundárias ao diabetes como neuropatia, nefropatia, cardiopatia, retinopatia dentre varias outras doenças macro e microvasculares (BRASIL, 2013).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização em Medicina da Família e Comunidade foi importante na minha carreira como médica atuante na Atenção Primária, através de suas vídeo-aulas, cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, artigos e outros dispositivos importantes para o dia a dia do médico nos postos de saúde.

Muita coisa mudou na ESF Novo Brasil depois das aulas da Especialização em Saúde da Família, o portfólio, os casos complexos, são ferramentas enriquecedoras para o dia a dia do médico na APS.

Muitas palestras passaram a ser ministradas pelo grupo (ACS, médica, enfermeira, técnica de enfermagem, NASF) sobre temas diversos, como: vacinação, testes de triagem neonatal, nutrição na infância, saúde bucal, aleitamento materno, câncer de mamas e autoexame de mamas, hipertensão, diabetes e muito outros temas que fazem parte da rotina em postos de saúde, diminuindo a incidência de patologias diversas. Muitas doenças antes negligenciadas passaram a ser notificadas.

A minha agenda médica sofreu mudança, fazendo uma organização para os grupos de atendimentos como: hiperdia, pré-natal, saúde da mulher e do homem, puericultura, saúde do idoso, visita domiciliar, etc. Cada dia da semana eu atendia a determinado grupo com 10 atendimentos agendados e dois por demanda e mais duas urgências, totalizando 14 a 15 atendimentos por dia. Os prontuários passaram a ser mais bem preenchidos, adotando o SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano terapêutico).

Referente à atenção primária, o curso de especialização além de me proporcionar um amplo espectro de conhecimentos, agregou múltiplos benefícios para minha vida profissional, fazendo como que minha relação com os outros profissionais e com os pacientes melhorasse substancialmente, fazendo com que a contribuição saúde e social para a comunidade agregasse valor ao trabalho desenvolvido pela equipe. Acredito que o convívio com outros profissionais no decorrer do curso possibilitou uma construção de conhecimento e uma abordagem mais qualitativa dos usuários o que proporcionou maior resolubilidade pela equipe e mesmo nos trabalhos individuais dos enfermeiros, agentes comunitários de saúde e

demais membros da equipe. Os estudos embasados em casos clínicos, sem dúvida, foram de relevância inquestionável quanto à aquisição de informações ou mesmo a reciclagem de assuntos quase esquecidos, além da troca de informações entre os outros profissionais e entre nós alunos com os tutores.

Chamou muita atenção a quantidade de informações que deu para ser extraída de cada caso através dos exemplos proporcionado por eles. Um caso bem interessante foi o Vera, o qual em seus múltiplos aspectos se mostrou muito próximo da realidade vivida na Atenção Primária à saúde (APS), explorando temas do dia a dia como o diabetes, hipertensão e dislipidemia entre vários outros. Isso mostrou a grande importância e relevância do estudo de casos complexos assim com o que foi extraído deles. As discussões enfocadas no aprendizado e na dinâmica do curso nos proporcionou levar para o cotidiano o que foi pauta nos casos complexos, fazendo com que nosso trabalho pratico ganhasse um arcabouço teórico que possibilitou um suporte na pratica, tanto na resolução de alguns casos, como no próprio diagnóstico de algumas patologias com mais segurança e certeza, além de poder compartilhar com os colegas profissionais as experiências vividas durante o atendimento desses pacientes.

Mediante as várias reflexões que seriam importantes neste momento, através do curso foi possível avaliar de forma mais crítica e com um raciocínio clínico mais apurado as melhores formas de ajudar os pacientes na atenção primaria, pude colocar em prática os conhecimentos adquiridos com o curso e de forma criteriosa colocar em prática o método clínico centrado no paciente, não apenas impondo uma série de condições que poderiam ou não ser realizadas, além de poder ter o suporte técnico dos outros profissionais componentes da equipe, discutindo com ele sobre as possibilidades terapêuticas e levando isso ao conhecimento dos pacientes, melhorando de forma significativa a relação médico paciente, influenciando de forma determinante no autocuidado e na adesão aos tratamentos orientados.

Esses e outros aspectos representaram os principais pontos favoráveis do curso, incluindo outros é claro. Umas das situações mais valorosas no decorrer do curso, se não a principal lição aqui deixada, foi a forma de refletir clinicamente de uma forma inovadora frente às situações que nos são impostas, melhorando a

conversa com os pacientes, melhorando a relação com a equipe, saindo um pouco do antigo modelo médico assistencialista para um profissional mais preocupado com o paciente biopsicossocial e melhorando indubitavelmente a qualidade da atenção primária.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2013**. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, Suppl. 1, jan. 2013.

AZEVEDO, A.L.S.; SILVA, R.A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. 2013; 29(9):1774-82.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica- Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. Disponível em: http://ead.unasus.ufcspa.edu.br/pluginfile.php/14728/mod_scorm/content/10/story_content/external_files/texto2_vera_dm.pdf.

CAPONI, S. **O DSM –V como dispositivo de segurança**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 24 [3]: 741-763, 2014.

CARVALHO, M.A.N.; SILVA, I.B.S.; RAMOS, S.B.P. et al. **Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS**. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 98(5):442- 51.

DIAS, A. M.; CUNHA, M.; SANTOS, A. et al. **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura**. *Millenium*, 2011. V 40: 201-219.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

ECKSHTAIN D.; ELLIS, D.A.; KOLMODIN K.; NAAR-KING S. **The effects of parental depression and parenting practices on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes**. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(4):426-35.

FERREIRA, L.T; SAVIOLLI, I.H; VALENTI, V.E; ABREU, L.C. **Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações**. *Rev Nutr*. 2009;22(1):113-24.).

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.

International Diabetes Federation [homepage na Internet]. **IDF diabetes atlas sixth edition**. Brussels: IDF; 2013. [acesso em 2014 Jun 14]. Disponível em: www.idf.org/diabetesatlas.

KROUSEL-WOOD, M.; ISLAM, T.; MUNTNER, P. et al. **Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from Cosmo**. *Ann Behav Med*. 2010; 40(3):248-57.

LINHARES, B;N.; NAVES,V.N.; MATIAS, R.N.; OLIVEIRA, J.C.P.; SILVA, D.O.F. **Depressão e Diabetes Mellitus tipo 2**. *Rev Med Saude Brasilia*, 2015; 4(3):341-49.

MAAS-VAN, S. N.M.; ROELEVELD-VERSTEEGH, A.B.; BAAR, A.L. **The interrelationships among paternal and maternal parenting stress, metabolic control, and and depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes mellitus**. *J Pediatr Psychol*. 2013; 38(1):30-40.

MARUICHI, M.D.; TAKAMUNE, D.M., NORONHA, R.M., SCHECHTMAN, H.P. et al. **Características de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1: comparação entre dois períodos com dez anos de diferença em serviço universitário**. *Arq Med Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa São Paulo*. 2012;57(2):55-8.

PINQUART, M. SHEN, Y. **Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated metaanalysis**. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(4):375-84.

SOARES, G.B.; CAPONI, S. **Depression in focus: a study of the media discourse in the process of medicalization of life**. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.437-46, abr./jun. 2011.

WHITTEMORE, R.; JASER, S.; CHAO, A.; JANG, M.; GREY M. **Psychological experience of parents of children with diabetes: a systematic mixed-studies review**. *Diabetes Educ*. 2012;38(4):562-79.

WYSOCKI T.; BUCKLOH, L.M.; GRECO, P. **The psychological context of diabetes mellitus in youths.** In: Roberts MC, Steele RG, editores. Handbook of pediatric psychology. 4^a ed. New York: Guilford; 2009. p. 287-302.

Anexo 1- Projeto de Intervenção**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

{Viviane Costa Matos}

{Identificar Mulheres de 25 a 50 anos que Nunca Realizaram Preventivo do Câncer de Colo de Útero e Orientá-las para o Risco Potencial de Câncer de colo Atendidas na Estratégia Saúde da Família Novo Brasil em Benevides -PA}

Benevides[Outubro/2016]

Resumo

Este projeto de Intervenção é uma proposta de identificar mulheres de 25 a 50 anos que nunca tenham realizado o Preventivo do Câncer de Colo de Útero ou o fazia de forma irregular, orientá-las para o risco potencial de Câncer de Colo de Útero atendidas e inscritas na Estratégia Saúde da Família Novo Brasil em Benevides- PA. O câncer de colo de útero é o terceiro mais comum em mulheres e ocupa o sétimo lugar entre todos os cânceres. Mais de 85% dos casos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento, onde respondem por cerca de 13% de todos os cânceres na população feminina. Este trabalho tem como objetivos específicos identificar essas mulheres, orientá-las sobre a importância do exame, tratar as lesões precursoras e diminuir os casos de câncer de colo de útero. A metodologia utilizada é um estudo clínico intervencional e de coorte.

Palavras-chave: [saúde da mulher], [Preventivo do Câncer de colo Utero], [Câncer de colo uterino].

Sumário

1 Introdução	04
2 Problema	05
3 Justificativa	06
4 Objetivos	07
4.1 <i>Objetivo geral</i>	07
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	07
5 Revisão de Literatura	08
6 Metodologia	12
7 Cronograma	13
8 Recursos necessários	14
9 Resultados esperados	16
10 Referências bibliográficas	17

1 Introdução

O câncer de colo de útero é o terceiro mais comum em mulheres e ocupa o sétimo lugar entre todos os cânceres. Mais de 85% dos casos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento (RODRIGUES et al. 2014). Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) também é o terceiro mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colo retal, é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (FEITOSA et al. 2014). Segundo o DATASUS, nos anos de 2007 a 2011 foram registrados o total de 558 óbitos por neoplasia do colo do útero na região metropolitana de Belém. No município de Benevides, houve em 2006, 13,1 % de óbitos por neoplasia do colo do útero em 100.000 mulheres, já em 2008, houve 17,4%.

O rastreamento populacional no Brasil é recomendado prioritariamente para mulheres entre 25 a 64 anos de idade, através do exame de Papanicolau, com periodicidade de 3 anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de uma ano. Sendo que mulheres grávidas podem realizá-lo sem prejuízo para si ou para o bebê (FEITOSA et al, 2014). Na área de abrangência da USF Novo Brasil são inscritas 1229 pessoas, em 411 famílias, das quais têm-se em torno de 326 mulheres de 18 a 60 anos de idade.

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com mulheres atendidas e cadastradas na Estratégia Saúde da Família Novo Brasil em Benevides-PA, devido a percepção de um grande número de mulheres nunca terem realizado o Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU), principal exame para rastreio do Câncer de colo uterino. Para isso, identificaram-se todas as mulheres inscritas na Unidade, na faixa etária de 25 a 50 anos e saber quem já realizou ou não o exame, bem como, a sua periodicidade e orientá-las para o risco de câncer de colo uterino |

2 Problema

|Identificar e quantificar mulheres sexualmente ativas, de 25 a 50 anos, inscritas na Unidade de Saúde Novo Brasil em Benevides-PA, que não realizam o Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU). A integração do médico e enfermeiro com as ACS na identificação dessas mulheres, orientá-las para a realização do exame a fim de tentar diminuir o risco de câncer de colo uterino |

3 Justificativa

O câncer de colo de útero tem uma alta incidência em países em desenvolvimento. E sabendo dessa realidade, no município de Benevides não é diferente. Por isso, a importância de levar essas mulheres para a Unidade Básica de Saúde a fim de realizar o PCCU e descobrir possíveis alterações citológicas nas fases iniciais, aonde a chance de cura é elevadíssima. Fazer com que essas mulheres se conscientizem da importância regular desse exame para diminuir a morbimortalidade relacionada a câncer de colo uterino.

Os pacientes precisam reconhecer seu papel central no seu autocuidado, reconhecer que a prevenção ainda é a melhor opção, já que o câncer de colo de útero é assintomático na grande maioria das vezes em suas fases iniciais.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

[Determinar a incidência de mulheres de 25 a 50 anos que nunca realizaram o preventivo do câncer de colo uterino e orientá-las para o risco de câncer de colo uterino, atendidas na Estratégia Saúde da Família Novo Brasil em Benevides -PA]

4.2 Objetivo específico

[Identificar mulheres sexualmente ativas, de 25 a 50 anos, que não tenham realizado PCCU;

Orientar as mulheres sobre a importância do exame;

Tratar as lesões precursoras do Câncer de colo uterino;

Prevenir os casos de cânceres de colo uterino.]

5 Revisão de Literatura

O câncer de colo de útero é o terceiro mais comum em mulheres e ocupa o sétimo lugar entre todos os cânceres. Mais de 85% dos casos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento, onde respondem por cerca de 13% de todos os cânceres na população feminina. No Brasil a expectativa para o ano de 2012 foi de 17540 casos novos, com a taxa bruta de incidência de 17,49 por 100 mil mulheres, com a maior taxa registrada na região norte com 24 casos para 100 mil mulheres (RODRIGUES et al. 2014). Quanto à mortalidade, é também a Região Norte que apresenta os maiores valores do País, com taxa padronizada por idade, pela população mundial, de 10,1 mortes por 100 mil mulheres, em 2009 (BRASIL, 2013).

As Recomendações para o rastreamento populacional no Brasil são as seguintes, segundo Feitosa et al, (2014) e Brasil (2013) e seus níveis de evidência:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (A).
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (A).
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

O câncer do colo do útero (CCU) é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. As principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013).

O principal fator risco associado com a ocorrência de CCU é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Há co-fatores que aumentam o potencial de desenvolvimento do câncer genital em mulheres infectadas pelo papilomavírus, como o número elevado de gestações, o uso de contraceptivos orais, o tabagismo e outras doenças sexualmente transmissíveis (HIV e clamídia) (MELO et al 2009). Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados a imunidade, a genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos de regressão ou de persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007). (BRASIL, 2013).

Vários estudos associam a infecção pelo HPV com o câncer de colo uterino. Os genótipos virais 16 e 18 são os mais importantes na carcinogênese, responsáveis por 70% dos carcinomas cervicais e 50% das neoplasias intraepiteliais de grau III (NIC III). Os HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 e 58 também são identificados nos cânceres uterinos. A persistência da infecção por tipos de alto risco oncogênico é condição necessária para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais de alto grau, que levam ao estabelecimento do carcinoma invasivo do colo uterino. (RODRIGUES et al 2014).

Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (IARC, 2007). No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, é causada por um tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequados possibilitam a prevenção da progressão para o carcinoma cervical invasivo (WHO, 2008).

Os estudos sobre história natural indicam que as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (do inglês Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions – LSIL) simplesmente refletem a manifestação citológica da infecção pelo HPV e não representam lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, regredindo espontaneamente na maior parte dos casos. Em contrapartida, as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (do inglês High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions – HSIL) apresentam efetivamente potencial para progressão, tornando sua detecção o objetivo primordial da prevenção secundária do câncer do colo do útero (IARC, 2007).

As mulheres com câncer identificadas pelo rastreio têm, em média, 10 anos de idade a mais que as mulheres com lesões precursoras, indicando que a eventual progressão dessas lesões para câncer ocorre lentamente (IARC, 2007).

A infecção pelo HPV apresenta-se na maioria das vezes de forma assintomática, com lesões subclínicas (inaparentes) visíveis apenas após aplicação de reagentes, como o ácido acético e a solução de Lugol, e por meio de técnicas de magnificação (colposcopia), portanto, as lesões podem ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. No estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (BRASIL, 2013).

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e a informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento (BRASIL, 2013).

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal. Atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. (BRASIL, 2013).

A prevenção secundária consiste na detecção precoce através da realização periódica do exame citopatológico que continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). 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., 2009).

É consenso que o rastreamento organizado do câncer do colo do útero é o desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional. Este sistema deve incluir (ADAB et al., 2004; ANTTILA et al.; 2009; NICULA et al.; 2009):

1. Recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional.
2. Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos.
3. Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento.
4. Garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados.
5. Educação e comunicação.
6. Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

6 Metodologia

Trata-se de um estudo clínico intervencional, um estudo de coorte, onde identificaremos mulheres na faixa etária de 25 a 50 anos que nunca tenham realizado o rastreamento para CCU ou que faziam o rastreamento de forma irregular, moradoras da área de abrangência da ESF Novo Brasil e tentar mudar essa realidade a curto e médio prazo para prevenir o risco para o CCU.

A identificação de mulheres, na faixa etária do estudo, se deu através dos prontuários na Unidade de saúde e por visitas domiciliares com a ajuda da agente comunitária de saúde em toda área de abrangência da ESF Novo Brasil. Após identificar o grupo de risco, tentou-se sensibilizar o público alvo orientando sobre a importância do PCCU por meio de explicações sobre o tema e conduzi-las até a Unidade Básica de saúde para a realização do exame. Para a realização do exame, será feito um agendamento prévio, devido a demanda. Este deve ser coletado pela enfermeira treinada para realização do exame. Após o resultado do exame, tratar e dar o seguimento necessário de acordo com cada situação, tentando diminuir a incidência dessa patologia no município de Benevides.

7 Cronograma

procedimento	julho	agosto	setembro	outubro	novembro
Escolha do tema	X				
Apresentação do projeto a equipe		X			
Identificar pacientes e Realizar PCCU		X	X	X	
Avaliação do Projeto pela equipe					X

8 Recursos necessários

Recursos humanos para a realização do Projeto de Intervenção:

Combustível;

Impressão de folder;

Passagem de transporte coletivo para alguns moradores.

Consultório ou sala de coleta com:

- Mesa ginecológica.
- Escada de dois degraus.
- Mesa auxiliar.
- Foco de luz com cabo flexível.
- Biombo ou local reservado para troca de roupa.
- Cesto de lixo

Material necessário para coleta:

- Espéculo de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; se instrumental metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes.
- Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável.
- Lâminas de vidro com extremidade fosca.
- Espátula de Ayre.
- Escova endocervical.
- Par de luvas descartáveis.
- Pinça de Cherron.

- Solução fixadora, álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol.
- Gaze.
- Recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas.
- Formulários de requisição do exame citopatológico.
- Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos.
- Lápis grafite ou preto nº 2
- Avental ou camisola, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da unidade básica de saúde.
- Lençóis, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem.

9 Resultados esperados

- Viabilizar o atendimento a um grupo específico de mulheres para a realização do PCCU;
- Aumentar a adesão ao exame e ao tratamento através de rodas de conversas e palestras;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar;
- Despertar nas pacientes a responsabilidade pela sua saúde, pelo seu tratamento;
- Estimular a responsabilidade sexual com uso de métodos de barreira e menor quantidade de parceiros;
- Diminuir a incidência de câncer de colo de útero a curto e médio prazo.

Referências

ADAB, P. et al. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med. Care*, [s.l.], v. 42, n. 6, p. 600-609, 2004.

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2649-2658, 2009.

ARBYN, M. et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second editions summary document. *Ann. Oncol.*, [s.l.], v. 21, n. 3, p.448-458, 2010.

FEITOSA, W.F. et al. Prevenção De Câncer de Colo Uterino: Uma Experiência na Unidade Básica de Saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [s.l.],v.05, n. 04, p.2435-46, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.2.ed. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index>. Acesso em: 19 ago. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Handbooks of cancer prevention. Lyon: IARC Press, 2002. (Breast Cancer Screening, 7).

MELO,S.C.C.S. et al. Alterações Citopatológicas e Fatores de Risco para a Ocorrência do Câncer de Colo Uterino. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.30, n. 4, p.602-608, 2009.

NICULA, F. A. et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2679-2684, 2009.

RODRIGUES, D. A. et al. Prevalência de Atipias Citológicas e Infecção pelo Papilomavírus Humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. *Cad. Saúde Pública* [s.l.], v. 30(12), p.2587-2593, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.

_____. International agency for research on cancer. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, v. 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>. Acesso em: 01 de set.2016.



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde