

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.

KARINNE SOLIMAR CORDEIRO.

A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO DE INHAPIM: IMPORTÂNCIA DO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA BUSCA ATIVA.

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

KARINNE SOLIMAR CORDEIRO

**A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO DE INHAPIM: IMPORTÂNCIA DO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA BUSCA ATIVA.**

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

Orientador: Professor Dr. Victor Hugo de Melo.

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

KARINNE SOLIMAR CORDEIRO

**A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL NA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO DE INHAPIM: IMPORTÂNCIA DO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA BUSCA ATIVA.**

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

Orientador: Professor Victor Hugo de Melo.

Banca examinadora

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo. Orientador.

Prof.^a Flávia Casasanta Marini.

Aprovada em Belo Horizonte, 04 / 02 / 2012.

Dedico aos meus pais e amigos, à minha
equipe de Saúde da Família e a Deus acima de
tudo!

Agradeço à Comunidade Santo Antônio de Inhapim, que me recebeu com muito carinho e confiou no meu trabalho.

À Equipe de PSF Santo Antônio, que construiu comigo grande parte do conhecimento e experiência adquiridos.

Aos meus familiares, professores, colegas e ao meu namorado e acima de tudo companheiro, pois me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

E em todos os momentos da minha vida agradeço á Deus, meu alicerce, a base de tudo!

“Não é por que as coisas são difíceis que nós não ousamos”.

“É por que não ousamos que as coisas se tornam difíceis...”.

(Sêneca)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	- Organização Mundial da Saúde
WHO	- World Health Organization
PDAPS	- Plano Diretor de Atenção Primária à saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	- Equipe de Saúde da Família
SISCOLO	- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
SUS	- Sistema Único de Saúde
HPV	- Papiloma Vírus Humano
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	- Microárea
UBS	- Unidade Básica de Saúde
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
SIMCA	- Sistema de Informação sobre a Mulher, Criança e Adolescente
DATA-SUS	- Banco de dados do Sistema Único de Saúde
MG	- Minas Gerais
EXCEL	- Planilha Eletrônica do programa Windows
LILACS	- Licença Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
BIREME	- Biblioteca Regional de Medicina

NIC - Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I, II e III

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

GSK - Glaxo Smith Kline

MSD - Merck Sharp Dohme

ECM - Exame Clínico da Mama

GRS - Gerência Regional de Saúde

ACS - American Cancer Society

PSF - Programa de Saúde da Família

ACS - Agente Comunitário de Saúde

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

CDC - Disease Control and Prevention

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família.

PNCC - Programa Nacional de Controle do Câncer

BRCA 2 e 3- Genes do tecido mamário

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - População total por sexo e localização rural/urbana, adstrita na ESF Santo Antônio de Inhapim.....	19
Quadro 2 - População total por sexo ESF Santo Antônio de Inhapim Cadastro Familiar Consolidado.....	20
Quadro 3 - Quantitativo da população coberta/atendida, segundo perfil epidemiológico e/ou situação de saúde por área de cobertura da ESF Santo Antônio de Inhapim.....	21
Quadro 4 - Perfil de atendimentos da ESF Santo Antônio de Inhapim.....	22
Quadro 5 - Esquemas de vacinação contra HPV disponíveis no Brasil.....	28
Quadro 6 - Grupos populacionais de mulheres com risco elevado para câncer de mama.....	35
Quadro 7- Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco normal.....	37
Quadro 8 - Rastreamento de pacientes assintomáticas, com exame de mama negativo e risco aumentado por história familiar de câncer de ovário e de mama.....	38
Quadro 9 - Recomendações do Ministério da Saúde para detecção do câncer de mama.....	38
Quadro 10 - Conhecer o perfil epidemiológico das áreas de atuação da ESF Santo Antônio de Inhapim.....	42
Quadro 11 - Criação do Arquivo Rotativo.....	44
Quadro 12 - Elaborar e implantar um protocolo de atenção à saúde da mulher na prevenção do câncer de colo do útero e de mama.....	46
Quadro 13 - Mutirão de Papanicolaou.....	48
Quadro 14 - Grupo de educação em saúde para mulheres.....	49
Quadro 15 - Capacitação dos profissionais.....	51

RESUMO

O câncer de colo uterino e de mama são as neoplasias de maior incidência na área da saúde da mulher. Tal quadro agravado, muitas das vezes, pela realização de ações de controle e prevenção não efetivas e que não alteram o perfil epidemiológico alvo. Essa feita, por serem doenças de progressão lenta, com sintomas inespecíficos, acredita-se que uma abordagem através de exames periódicos deve ser enfatizada para detecção de lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas aumentando a possibilidade de cura. O diagnóstico oportuno de tais patologias, mediante um rastreamento ativo, pode ser determinante para que a assistência básica à mulher minimize os altos índices de incidência dos discutidos cânceres na população e aumente as chances de cura. Nessa linha, as ações de controle sobre tais patologias dividir-se-ão em atividades de promoção, detecção precoce/rastreamento e tratamento. Na promoção da saúde, de um modo geral, as ações educativas (grupos operativos e consultas) devem garantir à mulher acesso à informação e incentivar a adoção de hábitos saudáveis de vida. A detecção precoce do câncer do colo uterino se fará via exame citopatológico cérvico-vaginal pela sua simplicidade, segurança e alto poder de detecção de alterações do colo antes do aparecimento do câncer. No caso do câncer de mama, o rastreamento da população assintomática, se mostra medida relevante para detectar lesões sugestivas de câncer, que deverão ser investigadas e tratadas. O próprio Ministério da Saúde estimula o autoexame, associado ao exame clínico profissional, recomendado para todas as mulheres. O tratamento, terceira ação de controle, é mais efetivo quando a detecção e diagnóstico são precoces, e passará pelo manejo de técnicas específicas para as lesões precursoras das mencionadas neoplasias. A fundamentação teórica resulta da revisão bibliográfica de artigos das bases LILACS, SCIELO e PUBMED e de publicações do Ministério da Saúde, pelos descritores: Sistemas de Saúde, Saúde da Mulher, Câncer de Colo do Útero, Câncer de Mama e Proposta de Intervenção. Mediante tal revisão e o diagnóstico situacional da ESF Santo Antônio de Inhapim, elaborou-se proposta de intervenção para a assistência à saúde da mulher em idade fértil, baseada no perfil epidemiológico e na busca ativa das mulheres, com ações individuais e coletivas norteadas pelos princípios da promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, através do planejamento, operacionalização e monitoramento dessas ações. O Plano de Ação elaborado poderá ser aplicado às demais unidades de saúde, para a melhoria da assistência à saúde da mulher no município de Inhapim.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Saúde; Saúde da Mulher; Câncer de Colo do Útero; Câncer de Mama e Proposta de Intervenção.

ABSTRACT

Cancer of the cervix and breast are the neoplasms of the highest incidence in the area of women's health. Such picture is aggravated, lots of times, by performing no effective control and prevention actions that do not change the epidemiological profile of the target. This done, because they are slow progression disease, with nonspecific symptoms, we believe that an approach through periodic physical examination must be emphasized for detecting preneoplastic lesions and neoplasia increasing the chance of cure. The timely diagnosis of such pathologies, through an active tracking, can be determinant so that the basic assistance to women minimize the high rates of incidence of the discussed cancer in the population and increase the chances of cure. In this line, the actions of control over such pathologies will be divided in promotional activities, early detection/ tracking and treatment. In health promotion, in general, the educational actions (operating groups and appointments) must guarantee the women access to information and encourage the adoption of healthy habits for life. Early detection of cervix cancer will be done through citopathologic cervical-vaginal examination for its simplicity, security and high power of detecting changes of cervix before the onset of cancer. In the case of breast cancer, the tracking of the asymptomatic population shows to be relevant measure for detecting suggestive lesions of cancer that must be investigated and treated. The Ministry of Health encourages self-examination, associated with the professional clinical examination, recommended for all women. The treatment, third control action, is more effective with the early detection and diagnosis, and will pass through the management of specific techniques for precursor lesions of the mentioned neoplasms. The theoretical foundation results from the review literature of articles from the basis of LILACS, SCIELO, PUBMED and publications of the Ministry of Health, by descriptors: Health Systems, Women's Health, Cervix Cancer, Breast Cancer and Intervention Proposal. Through this review and the situational diagnosis of the ESF Santo Antônio of Inhapim, we elaborated the intervention proposal for health care of women of childbearing age, based on the epidemiological profile and in active pursuit of women, with individual and collective actions guided by principles of promotion, prevention, early diagnosis, treatment and rehabilitation, through the planning, implementation and monitoring of these actions. The elaborated Plan of Action can be applied to other health units, for the improvement of women's health care in the municipality of Inhapim.

KEY-WORDS: Health Systems, Women's Health, Cervix Cancer, Breast Cancer and Intervention Proposal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	18
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVO GERAL	24
3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO LITERÁRIA	27
5.1 CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	27
5.1.1 Aspectos epidemiológicos.....	27
5.1.2 Vacina.....	28
5.1.3 Fatores de risco.....	29
5.1.4 Manifestações clínicas.....	29
5.1.5 Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero.....	30
5.1.5.1 Ações de controle.....	31
5.1.5.1.1 Promoção da saúde.....	31
5.1.5.1.2 Detecção precoce/ Rastreamento.....	31
5.1.5.1.3 Tratamento.....	33
5.2 CÂNCER DE MAMA.....	33
5.2.1 Aspectos epidemiológicos.....	33
5.2.2 Fatores de risco.....	34
5.2.3 Manifestações clínicas.....	35
5.2.4 Programa de Controle do Câncer de Mama.....	35
5.2.4.1 Ações de controle.....	36
5.2.4.1.1 Promoção da saúde.....	36
5.2.4.1.2 Detecção precoce/Rastreamento.....	37
5.2.4.1.3 Diagnóstico.....	39
5.2.4.1.4 Tratamento.....	39
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Tais sistemas visam dar respostas sociais, organizadas deliberadamente, e responder às necessidades, demandas e representações das populações. Eles embasam-se nos seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, o qual deverá ser distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; um acolhimento humanizado e ainda a prestação de serviços efetivos, de qualidade e eficientes (MENDES, 2002).

Na prática social, os sistemas de serviços de saúde, apresentam-se por meio de diferentes formas organizacionais. O modelo fragmentado, isolado, incomunicado (sem referência e contra-referência), hierárquico e incapaz de prestar uma atenção contínua à população, vem sendo substituído por um modelo assistencial integrado, organizado através de uma rede de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Além das diferentes formas de organização, o modelo integrado de assistência à saúde é sustentado por fundamentos conceituais de conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção com distintas densidades tecnológicas sem ordem ou grau de importância entre eles, mas cada um cumprindo os objetivos das redes de atenção à saúde. A organização dos serviços nas redes de atenção volta-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas. Sendo imprescindível, além de responder aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, fazer um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação das equipes de atenção à saúde e com o apoio dos serviços de atenção secundário e terciário, atuando equilibradamente, sobre os determinantes, sobre os riscos e, também, sobre os danos e doenças (PDAPS, 2009).

Infelizmente, os sistemas fragmentados de atenção às condições agudas utilizadas anteriormente embora obtivessem resultados desastrosos frente a manifestações clínicas exuberantes que eram percebidas pelos pacientes em condições já instaladas, como por exemplo, a amputação de extremidade, retinopatia, nefropatia em portadores de diabetes, ainda contam com o apoio forte de decisores políticos e da população geral. Assim, são de suma importância a conscientização e reeducação da população e das lideranças políticas quanto à forma ideal de trabalho em cada nível de atenção à saúde (PDAPS, 2009).

A crise fundamental do sistema de saúde mineiro e brasileiro como um todo, configura-se devido à incoerência entre a situação de saúde vivenciada e o sistema fragmentado de atenção à saúde, anteriormente, praticado. Atualmente, temos ainda o fato da existência de dois modelos paralelos de atendimento a saúde (público e privado). Tais modelos vêm se consolidando, sendo o público com enfoque na atenção primária e prevenção, por exemplo, enquanto que o privado continua focado na atenção terciária. Essa crise será

superada, após a substituição plena do sistema fragmentado por redes de atenção à saúde e a consolidação de um sistema público, com enfoque na atenção primária.

Dessa forma, as redes de atenção à saúde tornaram-se organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integrada à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo e qualidade certa e com responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população, implicando em uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, operando sob coordenação da atenção primária e prestando atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com qualidade (Plano Diretor de Atenção Primária à saúde – PDAPS, 2009).

O centro de comunicação das redes de atenção, no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos dos sistemas de saúde, é constituído pela atenção primária à saúde (unidade ou equipe de atenção primária à saúde). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de uma rede de atenção à saúde, a atenção primária deve cumprir três papéis essenciais (MENDES, 2002): o papel resolutivo, o de resolver a grande maioria de problemas da população; o papel organizador, relacionado com a natureza de centro de comunicação, o de coordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de coresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se de um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e orienta-se por diversos princípios: universalidade, acessibilidade, integralidade, humanização, equidade, participação social, e outros (CONASS, 2004).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção para as pessoas e condições no decorrer do tempo, e coordena ou integra a atenção em outro lugar ou por terceiros. Deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada para fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

A APS tem como princípio a abordagem familiar, realizada a partir da estratégia de saúde da família. Essa estratégia constitui-se de uma reorganização do modelo assistencial e funciona nas unidades básicas de saúde através de equipes multiprofissionais que atuam através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com responsabilidade de acompanhar as famílias em todos os ciclos de vida, em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2001).

Quando mencionamos a Rede de Atenção à Saúde da Mulher, embasada nas normas da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), para alcançar a integralidade dessa assistência na APS, devem ser superados alguns desafios, dentre eles ações de controle do câncer de colo uterino e de mama.

No Brasil, o câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública. Com aproximadamente 530 casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 274 mil

mulheres por ano. Para 2011, são esperados 18.430 novos casos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100.000 mulheres brasileiras (INCA 2011).

Dentre todos os tipos de câncer, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção e sua maior incidência ocorre na faixa etária de 25 a 59 anos e o risco aumenta à medida que atinge a faixa etária de 45 a 50 anos de idade (INCA 2011).

Inicialmente, a história de políticas públicas para controle do câncer teve seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais, a partir dos anos 40.

No decorrer do tempo, outras iniciativas em menor dimensão eclodiram em outros locais do Brasil, tais como Campinas e região com base na UNICAMP, vários municípios do Estado de São Paulo reunidos na Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e no Instituto Brasileiro de Controle do Cancer (IBCC).

Atá que em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAIMS), primeiro programa oficial, que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem atividades de prevenção do colo do útero às mulheres.

A manutenção de altas taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, tendo em vista a ineficácia dos programas anteriormente implantados desde 1984, levou à elaboração pelo INCA em 1996, de um projeto piloto solicitada pelo Ministério da Saúde (“Viva Mulher”) dirigido para mulheres de 35 a 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização de coleta de material e para seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Com base nesta experiência, as ações foram expandidas para todo país como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Viva Mulher. Na primeira fase de intensificação, adotaram-se estratégias para estruturação da rede assistencial, com um sistema de monitoramento das ações (SISCOLO) e mecanismos de mobilização e captação de mulheres, assim como competências nos três níveis de governo (INCA 2011).

Em 1998 foi substituído pelo Ministério da Saúde como Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, sendo a coordenação transferida para o INCA, instituindo ainda o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (BRASIL, 2011).

O fortalecimento e qualificação da rede de atenção primária e ampliação dos centros de referência possibilitou uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam a mais de três anos sem fazê-lo (INCA 2011).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica para controle dos cânceres do colo e de mama como componente fundamental previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM 2439/2006, de 31/12/2005). A importância da detecção precoce destas neoplasias foi firmada no Pacto pela Saúde em 2006, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com Estados e Municípios para a melhoria das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços no nível de atenção primária e de todo SUS, das diversas iniciativas e do grande número de exames ginecológicos registrados pelo SISCOLO no ano de 2009, ainda é um desafio reduzir a morbidade e mortalidade dos cânceres de colo do útero e de mama no Brasil (INCA 2011).

O rastreamento do câncer do colo do útero é um processo complexo, baseado na realização do exame de rastreamento, Papanicolaou ou citologia oncótica, como principal estratégia de prevenção. O referido exame consiste na coleta e análise de material da cérvix uterina, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer) e dessa confirmação diagnóstica, passará ao tratamento.

O Papanicolaou é considerado um sucesso por ser simples, seguro e pelo alto poder de detecção de doenças que acometem o colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. Por esse motivo, e por reduzir as mortes por câncer de colo uterino em cerca de 70 %, é considerada pelo INCA/MS a principal estratégia para detecção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2006). Entretanto, para que o rastreamento utilizando o teste de Papanicolaou reduza efetivamente o câncer cervical, é necessária alta cobertura (pelo menos 80% das mulheres), o que não tem ocorrido no Brasil.

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico seja realizado nas mulheres de 25 a 60 anos, uma vez por ano e, após três exames consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006). Estima-se que 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (BRASIL, 2002).

Com relação ao câncer de mama, o número de casos novos esperados para o Brasil em 2010 era de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (INCA 2010).

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce (INCA 2010).

No Brasil, o rastreamento mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos é a estratégia recomendada para controle do câncer de mama. As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e o diagnóstico desse câncer são baseadas no *Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama*, de 2004, que considera como principais estratégias de rastreamento um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomendam-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA 2010).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%, sendo que para países

desenvolvidos essa sobrevida aumenta para 73%, já nos países em desenvolvimento fica em 57% (INCA 2010).

Em virtude dos fatos supramencionados, pode-se dizer que na prevenção e controle do câncer de colo do útero e de mama, muitas ações são executadas no nível de atenção primária, desde aquelas voltadas para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer: informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação das mulheres com risco aumentado, convocação para o exame, realização da coleta da citologia, identificação das faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta, planejamento e execução das ações, na área sob-responsabilidade sanitária da equipe voltada para a melhoria da cobertura do exame. Sendo assim, a equipe é responsável também pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento em diferentes modalidades de suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo, além da identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos (INCA 2011).

Ao mencionar os possíveis entraves no funcionamento efetivo da rede de atenção à saúde da mulher, temos a carência de níveis secundários e terciários para referenciamento. No caso do colo do útero, a unidade secundária é referência para confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras, fazendo ainda as contra-referências ou o acompanhamento de alguns casos, assim como o referenciamento para serviços especializados e/ou para a atenção hospitalar. A atenção terciária composta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares também é um dificultador, uma vez que é planejada com base em parâmetros populacionais com oferta de um conjunto mínimo de procedimentos; ou dispõe de tais modalidades de tratamento em unidade referenciada, o que dificulta a continuidade do tratamento devido a fatores como deslocamento, hospedagem e gastos diversos do paciente (INCA 2011).

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Santo Antônio de Inhapim situa-se no bairro Santo Antônio, localizado na região da Zona da Mata do Rio Doce Mineiro, na microrregião da Mata de Caratinga, no município de Inhapim. Tem como população adstrita as pessoas residentes numa área geográfica composta por um bairro e cinco córregos distintos pertencentes à zona rural, são eles: Córrego Santo Antônio, Córrego Santo Antônio de Baixo, Córrego Santo Antônio de Cima, Matias de Baixo, Matias de Cima e Cabeceira do Macadame.

A equipe foi implantada em junho de 2001, tendo como instalações uma casa alugada e adaptada, situada no bairro Santo Antônio. A princípio iniciou-se o PSF com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Com o decorrer das atividades, algumas adaptações precisaram ser feitas e, a partir de janeiro de 2009, atuando em uma nova casa foi incluído nesta equipe um dentista e uma assistente de consultório dentário, mais uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais.

O horário de funcionamento da unidade corresponde ao período de 07h00min às 17h00min horas e os profissionais têm jornada de trabalho de 40 horas semanais. Conta-se com uma recepcionista que organiza o fluxo de pacientes e os arquivos. Como a unidade tem duas técnicas de enfermagem, uma dessas permanece diariamente na unidade, e a outra realiza as atividades externas. As atividades desenvolvidas seguem um cronograma mensal elaborado em equipe, o qual está sempre sendo atualizado, tendo como base as planilhas de programação das Linhas Guias e as informações e aperfeiçoamentos implantadas pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

Segundo dados do cadastro familiar, SIAB e IBGE, vivem no território de responsabilidade da ESF Santo Antônio de Inhapim, uma população de 1.939 habitantes, num total de 615 domicílios (Quadro 1). Após levantamento local pela equipe, identificou-se que nesse território a maior parte do relevo é plana, possui presença de altitudes e algumas localidades são íngremes, dificultando a locomoção, porém, praticamente todas as ruas são pavimentadas.

Quadro 1 - População total por sexo e localização rural/urbana, adstrita na ESF Santo Antônio de Inhapim.

ZONA	SEXO		POPULAÇÃO TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
URBANA	860	874	1753
RURAL	106	80	186

Fonte: Cadastro Familiar, outubro de 2010.

Ainda de acordo com os dados do cadastro familiar SIAB e IBGE, 49,82% da população é feminina e 50,18% é masculina. A população da referida área é constituída por: 1,54% de crianças menores de 1 ano; 5,56% de crianças de 1 a 4 anos; 8,71% de crianças de 5 a 9 anos; 12,48% por adolescentes; 9,74% na faixa etária de 10 a 14 anos, 10,15% de 15 a 19 anos. Em relação aos adultos, 49,71 % de 20 a 59 anos; 11,9% têm 60 a 79 anos e 2,06% acima de 80 anos (Quadro 2).

Quadro 2 - População total por sexo ESF Santo Antônio de Inhapim. Cadastro Familiar Consolidado.

		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
CRIANÇAS	Menor de 1 mês	0	2	2
	1 a 11 meses	10	18	28
	1 a 4 anos	57	51	108
	5 a 9 anos	86	83	169
	TOTAL	151	154	305

		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
ADOLESCENTES	10 a 14 anos	99	90	189
	15 a 19 anos	89	108	197
	TOTAL	188	195	383

		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
ADULTOS	20 a 24 anos	70	100	170
	25 a 29 anos	80	70	150
	30 a 34 anos	48	72	120
	35 a 39 anos	85	56	141
	40 a 44 anos	53	63	116
	45 a 49 anos	50	54	104
	50 a 54 anos	38	44	82
	55 a 59 anos	48	37	85
	TOTAL	470	494	964

		FEMININO	MASCULINO	TOTAL
IDOSOS	60 a 64 anos	42	33	75
	65 a 69 anos	28	31	59
	70 a 74 anos	29	21	50
	75 a 79 anos	23	25	48
	≥ 80 anos	24	16	40
	TOTAL	145	126	271

Número de Famílias Cadastradas	615	615
Número de Indivíduos Cadastrados	1939	1939

Fonte: Cadastro Familiar Consolidado ESF Santo Antônio, outubro de 2010.

Segundo Ferreira (1999), os dados são a base para gerarmos informações. A escolha e combinação dos dados em análise refletem o referencial explicativo e são eles, os pressupostos e os valores que orientam a nossa visão de mundo, ou seja, o nosso modo de ver, ou de conhecer uma determinada situação.

Dessa forma, a situação demográfica, e o perfil epidemiológico da população segundo a adstrição por micro-área, podem ser bem conhecidos através da interpretação dos dados e informações apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Quantitativo da população feminina coberta/atendida, segundo perfil epidemiológico e/ou situação de saúde por área de cobertura da ESF Santo Antônio de Inhapim.

MULHERES EM IDADE FÉRTIL/MICROÁREA (MA)						
CRITÉRIOS	MA 1	MA 2	MA 3	MA 4	MA 5	Total
Mulheres de 25 a 59 anos que realizaram coleta de exame papanicolau nos últimos 3 anos	32	26	21	23	19	121
Mulheres de 40 a 49 anos que realizaram exame clínico das mamas no último ano	14	6	3	8	6	37
Mulheres de 40 a 49 anos que tiveram exame clínico das mamas positivo	0	0	0	0	0	0
Mulher de 40 a 49 anos com exame clínico de mama positiva e que realizaram mamografia	0	0	0	0	0	0
Mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia nos últimos 2 anos	2	0	0	2	1	5

Fonte: Cadastro Familiar, outubro de 2010.

O Quadro 4 apresenta o perfil de atendimento das mulheres na ESF São Santo Antônio de Inhapim, de acordo com SIAB e outros sistemas de registro da unidade.

Quadro 4 – Perfil de atendimentos da ESF Santo Antônio de Inhapim:

Perfil de atendimentos das mulheres da ESF Santo Antônio de Inhapim	
Item	Número
Mulheres de 25 a 59 anos que realizaram coleta de exame papanicolau no último ano	121 ⁽¹⁾
Mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	37 ⁽²⁾

Fontes: SIAB 2009, cadastro familiar e outros sistemas de registro da UBS/ESF.

(1) Outros sistemas de registro da UBS/ESF.

(2) Outros sistemas de registro da UBS/ESF.

Com base no diagnóstico situacional da ESF Santo Antônio de Inhapim elaborado no período de 2009/2010, tem-se 400 mulheres de 25 a 59 anos, sendo que 121 realizaram coleta de Papanicolaou nos últimos três anos (30%). De outro lado, entre as mulheres de 40 a 49 anos, 37 realizaram exame clínico das mamas no último ano (36%), não sendo quantificado o número de exames positivos que realizaram mamografia posteriormente. Com relação às mulheres de 50 a 59 anos, cinco delas realizaram mamografia nos últimos dois anos, cerca de 6%.

Diante do exposto, tem-se um perfil epidemiológico e a situação de saúde da ESF Santo Antônio de Inhapim com baixa cobertura, sem os devidos registros e acompanhamentos. As atividades prioritárias de promoção e prevenção ao câncer de colo de útero e de mama vêm sendo geridas apenas segundo a demanda espontânea, o que configura uma assistência deficiente à saúde da mulher em idade fértil, pouco efetiva e não planejada, dificultando inclusive o alcance das metas pactuadas pelo município de Inhapim com o Ministério da Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a estratégia primordial para a detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora (Papanicolaou, popularmente conhecido como “preventivo”), nas mulheres de 25 a 60 anos, anualmente, e após dois exames consecutivos negativos, a cada três anos, ressalvando raras exceções como portadoras de HIV e história familiar de câncer cervical.

Com relação ao câncer de mama, a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Porém, considera-se como uma das principais estratégias de rastreamento um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. Já o exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomendam-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA 2010).

No caso do câncer de colo de útero de mama, a efetividade da detecção precoce associada ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura - 80% - e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade pelo câncer (WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Diante de tais considerações e da realidade vivenciada pela ESF Santo Antônio de Inhapim, onde existem muitas mulheres que por motivos diversos nunca realizaram exames preventivos e/ou mamografia, ou que se encontram em atraso na periodicidade de tais exames, elegeu-se esse tema para realização do trabalho e, inclusive com a proposta de mudança do processo de trabalho e reorganização da atenção primária à saúde da mulher.

Visa-se com isso padronizar e aperfeiçoar a assistência à saúde das mulheres em idade fértil em relação à realização dos exames Papanicolaou, exame clínico das mamas e mamografia, endossando a importância da busca ativa na execução efetiva dessa assistência e no alcance das metas pactuadas. Tem-se, também, o objetivo de melhorar quantitativa e, acima de tudo, qualitativamente o perfil epidemiológico e a situação de saúde da mulher na área de cobertura da ESF Santo Antônio de Inhapim. Espera-se, ainda, estabelecer um Plano de Ação que possa ser aplicado de forma integral nas demais unidades de saúde do município de Inhapim, melhorando a assistência à saúde da mulher em idade fértil.

3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Plano de Ação que vise à melhoria da assistência à saúde das mulheres em idade fértil cadastradas na área de abrangência da ESF Santo Antônio de Inhapim e que também possa ser aplicado às demais unidades de saúde do município de Inhapim, melhorando a assistência à saúde da mulher em idade fértil sobre esta localidade.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil epidemiológico e a situação de saúde das mulheres em idade fértil atendidas pela ESF Santo Antônio;
- b) Descrever propostas de intervenção que motivem essas mulheres a realizarem exames de prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada inicialmente foi o levantamento de dados para melhor conhecer o perfil epidemiológico e a situação de saúde das mulheres em idade fértil na área de cobertura da ESF Santo Antônio de Inhapim, por meio de bancos de dados de informações (DATA-SUS; SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica; SIMCA – Sistema de Informação sobre a Mulher, Criança e Adolescente; SISCOLO; INCA) e dados cadastrais da equipe.

Para elaborar uma proposta mais coerente com a área de abrangência da equipe, adotaram-se duas estratégias de levantamento de dados. Uma delas através do SIAB, com autorização do gestor municipal de saúde do município de Inhapim/MG, e com o apoio da coordenação da atenção primária. O SIAB é alimentado com os dados da Ficha A, utilizada para cadastramento das famílias e, nesse banco de dados, obtivemos o número de mulheres em idade fértil (25 a 59 anos), cadastradas na unidade.

Como o Sistema necessita de atualização diária, o mês de outubro de 2010 foi definido como mês de referência para o levantamento dos dados. A justificativa para tal escolha se deu devido à elaboração nesse período do Diagnóstico Situacional. Dessa forma, a partir da identificação de problemas, dificuldades, desconfortos e complicações presentes no dia-a-dia, nos processos de trabalho, nos lugares, nas situações e contextos vivenciados, houve a caracterização das situações de maior prioridade a serem abordadas, identificando suas causas e propondo possíveis intervenções em equipe, o que vem sendo feito pela ESF Santo Antônio de Inhapim desde a elaboração do Diagnóstico Situacional.

Como segunda estratégia para a estimativa rápida do problema abordado neste trabalho, isto é, a assistência à saúde da mulher em idade fértil e a importância do perfil epidemiológico e da busca ativa, elaborou-se uma planilha no programa de computador *EXCEL*, na qual temos a seguinte caracterização da paciente: as iniciais do nome da paciente, sua data de nascimento e idade, endereço, situação conjugal, profissão, horário de trabalho, dia do último preventivo, retorno para pegar o resultado e se alterado ou não, nos casos específicos de acordo com a idade, a data da última mamografia, retorno para resultado e possível alteração.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devido à relação direta, cotidiana e domiciliar foram considerados informantes-chave, conformando elo direto dos usuários com a equipe. Depois de orientados sobre a forma de abordagem e a importância de tais dados no planejamento de nossas atividades, através das visitas domiciliares, puderam quantificar o número de mulheres em idade fértil, que nunca realizaram preventivos e mamografia, quantas não estavam realizando na periodicidade recomendada, as que não retornaram para pegar seus resultados e o número de mulheres orientadas quanto às possíveis alterações e, principalmente, identificar quem eram essas mulheres na área de abrangência. Esse levantamento foi realizado pelos ACS no período de três meses posteriores à elaboração do Diagnóstico Situacional (outubro a dezembro de 2010), período no qual grande parte da

população se encontrava na colheita de café, dificultando a abordagem de todas as mulheres de forma integral dentro da área abrangida.

Posteriormente, progrediu-se para a etapa de elaboração de estratégias de intervenção, por meio da busca ativa e da melhor integração população/profissional permitindo, assim, melhorar o perfil e a situação de saúde da área de atuação, e aprimorar a assistência a saúde da mulher, visando alcançar as metas pactuadas pelo município.

Para elaborar e padronizar tais ações realizou-se uma revisão bibliográfica com a busca de artigos nas bases LILACS (Licença Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), dentre outras, utilizando como descritores: câncer de colo do útero, câncer de mama, saúde da mulher. Consultaram-se ainda publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema.

Optou-se pela revisão narrativa, pois esta se constitui em uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas (TAVARES, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006).

Quanto ao aspecto morfo-histológico, o colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais e pavimentosas, arranjadas de forma ordenada. A desordenação dessas camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, ocorre uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau – NIC I – Baixo Grau (anormalidades do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança para 2/3 proximais da membrana ocorre uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II – NIC II – Alto Grau. Na Neoplasia Intra-epitelial Grau III – NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal (BRASIL, 2006).

5.1.1 Aspectos epidemiológicos

O câncer do colo do útero, apesar da possibilidade de rastreamento por meio do exame Papanicolaou, é a segunda principal causa de morte por câncer em mulheres e em 2005 foi responsável por mais de 250 mil mortes no mundo. Os países em desenvolvimento correspondem a 80% dos casos, sendo notória a diminuição da incidência de casos novos em países desenvolvidos, nos quais houve a introdução de programas de rastreamento da doença (Estados Unidos, Finlândia e Canadá) (ALVES *et al.*, 2009).

A epidemiologia brasileira reflete os mesmos índices mundiais, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente na população feminina, seguido do câncer do útero. Em 2007, com 4691 óbitos, representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres, com taxa bruta de mortalidade de 4,71/100 mil mulheres. Para 2011, estima-se 18.430 casos novos de câncer de colo, taxa de incidência de 18 mil casos a cada 100 mil mulheres (INCA 2011). A estabilidade de tais índices demonstra que as ações de controle e prevenção não têm sido efetivas, não repercutindo na mudança de perfil epidemiológico brasileiro como esperado.

O Brasil apresenta grandes variações regionais com relação ao câncer do colo do útero, sendo a região Norte a mais incidente (23 mil casos por 100 mil mulheres), as regiões

Nordeste e Centro-Oeste a segunda posição (taxas de 20/100 mil e 18/100 mil, respectivamente), e o terceiro lugar mais incidente nas regiões Sudeste (21/100 mil) e Sul (16/100 mil). Quanto à mortalidade, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 8,6 mortes/100 mil mulheres, em 2007. Em seguida estão as regiões Centro-Oeste (6,1/100 mil), Nordeste (5,7/100 mil), Sul (4,2/100 mil) e Sudeste (3,8/100 mil) (INCA 2011).

A incidência deste tipo de câncer ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa de 45 a 49 anos (INCA 2010).

Segundo Silva *et al.* (2010), o câncer de colo do útero decresceu em todas as capitais do país e, embora esta redução ocorra de forma desigual nos municípios do interior, começa a se esboçar de forma consistente, e poderia alcançar resultados ainda melhores com investimento no aumento da cobertura do rastreamento, especialmente na população de maior risco.

5.1.2 Vacina

As vacinas contra o HPV estão disponíveis atualmente nas redes particulares e protegem contra os tipos que mais comumente causam problemas de saúde. Conforme a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2010) existem no Brasil duas vacinas aprovadas pelos órgãos regulatórios (Quadro 5).

Quadro 5: Esquemas de vacinação contra HPV disponíveis no Brasil.

Tipo de vacina	Faixa Etária	Número e intervalo de doses
Vacina contra HPV oncogênicos tipos 16 e 18 (Glaxo Smith Kline - GSK)	10 a 25 anos	3 doses (0-1-6 meses)
Vacina quadrivalente recombinante contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18 (Merck Sharp Dohme - MSD)	9 a 26 anos	3 doses (0-2-6 meses)

Fonte: FEBRASGO 2010.

Destaca-se a importância de orientar as mulheres sobre o fato que as vacinas, embora muito eficazes, não dão cobertura para todos os tipos de HPV associados ao câncer cervical, oferecendo apenas proteção parcial, endossando assim a necessidade da manutenção do exame Papanicolaou periodicamente, mesmo nas mulheres vacinadas. Tais vacinas são exclusivamente profiláticas e não apresentam indicação para tratamento de infecções pelo HPV ou para lesões HPV pré-existentes, sem mencionar que mesmo as mulheres imunizadas correm o risco de adquirirem a infecção ou doença.

A FEBRASGO recomenda, inclusive, a inclusão da vacina no Programa Nacional de Imunização do Brasil, dando prioridade para mulheres entre 11 e 12 anos de idade e em áreas de rastreamento citológico insuficiente.

5.1.3 Fatores de Risco

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento câncer do colo do útero são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humana – HPV – sendo esse o principal fator de risco, também identificado pela American Cancer Society (ACS, 2010). O HPV é um grupo de mais de 100 vírus, que pode infectar células na superfície da pele, genitais, boca, garganta e ânus, durante a relação sexual. Alguns tipos desses vírus causam o crescimento comumente conhecido como verruga em diferentes partes do corpo. Os tipos 6 e 11 causam verrugas em genitais e são de baixo risco, pois raramente se associam ao câncer. Certos tipos como o 16, 18, 31, 33 e 45, são considerados de alto risco e se associam a cânceres, incluindo o do colo do útero, vagina e vulva nas mulheres, pênis nos homens e câncer anal e oral em ambos os sexos. Dois terços dos cânceres cervicais são causados pelos tipos 16 e 18. Embora seja uma infecção comum, onde o organismo da maioria das pessoas é capaz de eliminar, algumas vezes não desaparece e torna-se crônica;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Antecedentes de doenças venéreas;
- Higiene íntima inadequada.

5.1.4 Manifestações clínicas

O câncer do colo do útero é uma doença silenciosa e de crescimento lento, onde se caracteriza uma fase pré-clínica, assintomática, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é feita por meio da realização periódica do exame citopatológico (BRASIL, 2006).

Essa doença progride lentamente por ano, antes de atingir o estágio invasor, quando a cura se torna mais difícil. No discutido estágio, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010), os principais sintomas são o corrimento vaginal ou sangramento anormal, mesmo após a menopausa e observável na forma de menorragia (sangramento em intervalos regulares com duração prolongada ou fluxo excessivo) e/ou metrorragia (fluxos em intervalos irregulares, excessivos e com duração prolongada).

O presente estudo enfatiza a importância da abordagem periódica em busca das evidências de lesões pré- neoplásicas ou neoplásicas, devido à inespecificidade dos sintomas apresentados.

5.1.5 Programas Nacionais de Controle do Câncer Cérvico-uterino

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas privadas de profissionais que trouxeram para nosso meio a citologia e a colposcopia a partir dos anos 40, com a construção pelo então Presidente Juscelino Kubitschek em 1956 do Centro de Pesquisa Júlia Gomes de Lemos, atualmente integrado ao INCA, para atender os casos de câncer do aparelho genital feminino e de mama. Esta foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país. Posteriormente, outras iniciativas foram acontecendo em outros locais do Brasil (INCA 2011).

Em 1972, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Controle do Câncer, a primeira ação de âmbito nacional contra o câncer do colo do útero. Já em 1984, Implantou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com serviços básicos de prevenção ao câncer de colo uterino, que apesar da baixa cobertura contribuiu para introduzir e estimular o exame citopatológico como rotina na consulta ginecológica (INCA 2011).

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e regulamentação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, o ministério assumiu a coordenação política da saúde no país, ficando o INCA como o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção do câncer (INCA 2011).

As altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou à criação de um projeto piloto designado “Viva Mulher”, no ano de 1996, sendo sua ação restrita aos locais onde foi implantado (Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Estados do Sergipe) (INCA 2011).

Com base nesta experiência, as ações foram expandidas para todo país em 1998, como o Programa Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama), objetivando reduzir a ocorrência do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as conseqüências trazidas por ele, além de melhorar a qualidade de vida das mulheres com câncer (BRASIL, 2006). Foi instituído ainda o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento de tais ações.

Em 2002, o fortalecimento e qualificação da rede de atenção primária e a ampliação dos centros de referência possibilitou uma segunda fase de intensificação das ações, priorizando as mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou estavam sem fazê-lo há mais de três anos (INCA 2011).

Em 2005 foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecendo o controle dos cânceres de colo do útero e de mama como componente fundamental previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Esse Plano de Ação propôs seis diretrizes estratégicas: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; estratégia de mobilização social; desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios, visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA 2011).

5.1.5.1 Ações de controle

As ações de controle do câncer de colo do útero são divididas em alguns eixos principais: promoção à saúde, detecção precoce/rastreamento e tratamento.

5.1.5.2 Promoção da saúde

A promoção à saúde tem como base as ações educativas, que garantem à mulher o acesso à informação; tais ações podem ser feitas através de grupos operativos ou na própria consulta individual. Deve-se incentivar a adoção de hábitos saudáveis de vida, que previnem não apenas o câncer, mas também outras doenças. Deve-se, também, orientar sobre a

importância de uma alimentação saudável, atividades físicas regulares, controle do tabagismo e uso de preservativos nas relações sexuais (BRASIL, 2006).

5.1.5.1.1 Detecção precoce/rastreamento

No Brasil, a principal estratégia de detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citopatológico cérvico-vaginal, conhecido popularmente como Papanicolaou ou citologia oncótica, que consiste na coleta e análise de material celular de amostras da cérvix uterina. Toma-se tal exame como um sucesso por ser simples, seguro e pelo seu alto poder de detecção de doenças que acometem o colo do útero antes do desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2006). Segundo Alfredo Roberto Neto *et al*:

Durante muitas décadas, a citologia, a colposcopia e a histologia constituem o padrão no rastreamento do câncer cervical nos países desenvolvidos. Acredita-se que esses exames sejam perfeitamente adequados à realidade brasileira, tanto pela sua sensibilidade e especificidade, quanto pelo seu custo. Investir na capacitação profissional, em todos os níveis, e em uma estrutura básica permitirá que a citologia ocupe o seu merecido lugar no PNCC. (NETO *et al*, 2001, p.214)

O tratamento do câncer do colo uterino é mais efetivo quando a doença é diagnosticada nas fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce. A efetividade da detecção precoce associada a um diagnóstico e tratamento adequados em estágios iniciais tem resultado em redução de 90% na incidência de câncer invasor. De acordo com a OMS, o rastreamento com boa cobertura (80%), realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (INCA 2011).

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos de idade, que já tiveram relação sexual. A justificativa para a priorização desta faixa etária como população-alvo do Programa é devido à ocorrência de lesões de alto grau, passíveis de tratamento efetivo, para não evoluírem para câncer (INCA 2011).

Para a OMS, a incidência desse câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade atingindo seu pico na quinta e sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regridem espontaneamente na maioria dos casos e que podem ser acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 60 anos, mulheres com exames preventivos regulares, com resultados normais, têm o risco de desenvolvimento do câncer cervical reduzido, dada sua lenta evolução (INCA 2011).

Quanto à periodicidade, e de acordo com os principais programas internacionais, o Brasil recomenda que se faça o exame uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, o rastreamento deve ser a cada três anos. Não existem evidências de

que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (INCA 2011).

Observa-se que, no Brasil, a maior parte dos exames preventivos é realizada em mulheres com menos de 35 anos, o que leva a subaproveitar a rede, já que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco. O objetivo da captação ativa é a identificação das mulheres de maior risco, especialmente as que nunca realizaram preventivos (BRASIL, 2006). Tal recomendação torna-se a base desse trabalho considerando os dados levantados no diagnóstico situacional e na abordagem dos agentes às mulheres em idade fértil do ESF Santo Antônio de Inhapim.

A FEBRASGO destaca situações especiais de rastreamento anual. São elas: mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); imunossuprimidas (transplantadas de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer, usuária crônicas de corticóides); expostas intra-útero a dietil-etilbestrol; previamente tratadas por lesão intra-epitelial de alto grau (NIC 2 e 3) ou câncer. Já as mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que tenham três exames anteriores normais.

Quando se menciona a idade para finalização do exame preventivo, os exames devem ser realizados até os 64 anos de idade e interrompidos, quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (INCA 2011).

5.1.5.1.2 Tratamento

Uma vez diagnosticado o câncer, seu tratamento deve ser conduzido nas unidades especializadas. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, tais como idade e desejo de preservação da fertilidade (INCA 2011).

5.2 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o desenvolvimento de células alteradas no tecido mamário. Existem dois principais tipos de câncer de mama, o carcinoma ductal (que se inicia nas células dos ductos mamários, que conduzem o leite da mama ao mamilo) e o carcinoma lobular (que se iniciam nas células dos lóbulos mamários, regiões responsáveis pela produção do leite). Em raros casos, o câncer de mama pode se iniciar em outros tipos de tecidos da mama.

O câncer de mama pode ser invasivo ou não invasivo, este último, denominado carcinoma *in situ*.

5.2.1 Aspectos epidemiológicos

A OMS estima que, por ano, ocorram mais de um milhão de casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. A incidência mundial vem crescendo substancialmente nos últimos anos, sendo o câncer de mama a causa mais freqüente de morte por câncer entre mulheres nos países desenvolvidos (BATARRITA, 2005).

Internacionalmente, tem se observado em países desenvolvidos como Estados Unidos, Dinamarca, Reino Unido, Canadá, Holanda e Noruega, o aumento do diagnóstico do câncer de mama, mas com redução da mortalidade, o que está associado à introdução da mamografia para rastreamento e tratamento adequados.

No Brasil, o aumento da incidência está associado ao aumento conseqüente da mortalidade, atribuindo-se tal fato ao diagnóstico tardio e as dificuldades para iniciar o tratamento adequado. Sendo o câncer de mama a primeira causa de morte em mulheres, registra-se uma variação percentual relativa de um pouco mais de 80% em pouco mais de duas décadas: taxa de mortalidade por idade, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000, para cada 100 mil mulheres (INCA 2011).

Segundo o INCA (2011), ocorreram 48.930 casos de câncer de mama em 2006, com incidência de 52 casos a cada 100 mil mulheres; tanto a incidência da doença, quanto a mortalidade pela doença, vem apresentando aumento significativo nas últimas décadas, com crescimento de 76% entre os anos de 1979 a 2004, passando de 5,7 para 10,1 mortes por 100 mil mulheres.

Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 73 novos casos em 100 mil mulheres. Sem considerar o câncer de pele não melanoma, é o segundo tipo de câncer nas regiões Sul (71/100 mil), Centro-Oeste (38/100mil)

e Nordeste (27/100 mil) (GONÇALVES, 2007). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (INCA 2010).

O Brasil tem carência de estudos dessa natureza por falta de dados coletados ou imprecisão dos mesmos, devido a pouca importância dada pelos profissionais durante o preenchimento dos prontuários, e a ausência ou dificuldade de padronizar dados e condutas. Com isso, há um crescente custo com tratamento médico para câncer de mama no Brasil, não sendo este acompanhado pela redução da mortalidade (GEBRIM, 2009).

5.2.1 Fatores de risco

Muitos fatores têm sido implicados na etiologia do câncer de mama, sendo difícil quantificá-los. Para Willey e Cocolovo (2007), essa é uma tarefa desafiadora. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama (INCA 2010).

A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento tem sido atribuída ao início da menopausa. Segundo dados do INCA, colhidos em 2010, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, aumenta o risco de desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade. Ao contrário do câncer do colo do útero, o câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico (INCA 2010).

Com relação aos fatores genéticos associados ao maior risco de câncer de mama, mulheres que apresentam mutação nos genes BRCA2 e BRCA3 têm 85% de chance de desenvolver o câncer antes dos 70 anos. Por sua vez, a amamentação, a prática de atividade física, a alimentação saudável e a manutenção do peso corporal adequado estão associadas a um menor risco (INCA 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), existem grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama (Quadro 6).

Quadro 6: Grupos populacionais de mulheres com risco elevado para câncer de mama.

Faixa etária	História familiar ou diagnóstica prévia
Abaixo dos 50 anos de idade	Pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou tia) com diagnóstico de câncer de mama.
Em qualquer faixa etária	Pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou tia) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário.
Em qualquer faixa etária	Câncer de mama masculino.
Em qualquer faixa etária	Diagnóstico histopatológico prévio de lesão de mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

5.2.2 Manifestações clínicas

Os sintomas do câncer de mama são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou aspecto semelhante a uma casca de laranja. Podem surgir também nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2004).

As pessoas têm diferentes tipos de alerta para o câncer de mama, mas algumas podem não apresentar qualquer sinal ou sintoma, podendo descobrir um câncer de mama em uma mamografia de rotina. Alguns achados levam à suspeita de câncer de mama: nova massa na mama ou axila; espessamento ou inchaço de parte da mama; irritação ou ondulação na pele do peito; vermelhidão ou pele escamosa na área do mamilo ou no peito; dor; mamilo com descarga de leite e/ou sangue, além de qualquer alteração no tamanho; forma da mama. Torna-se importante a investigação de tais sinais que podem acontecer em condições que não são o câncer (CDC 2010).

5.2.3 Programas Nacionais de Controle do Câncer de Mama

As ações de controle do câncer de mama tiveram seu marco histórico em meados de 1980, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), postulando maior cuidado à saúde da mulher além do tradicional ciclo gravídico-puerperal.

No final dos anos 90, com a implantação do Programa “Viva Mulher”, foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação de uma rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama. O Documento de Consenso, em 2004, propôs diretrizes técnicas de prevenção do câncer de mama (INCA 2004).

Como já mencionado, em 2005 foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecendo o controle dos cânceres de colo do útero e de mama como componente fundamental previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Esse Plano de Ação propôs seis diretrizes estratégicas: aumento da cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos Estados e Municípios, visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA 2011).

Em abril de 2009, o Encontro Internacional de Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro, estabeleceu recomendações para a implantação de um programa organizado de rastreamento de câncer de mama. Nesse mesmo ano foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA, além do aumento no número de mamografias ofertadas pelo Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011) e publicação de documentos com parâmetros técnicos e recomendações de rastreio de câncer de mama, pelo INCA em 2010, dinamizando a organização das ações de controle.

No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é impulsionar o diagnóstico precoce e o rastreamento de base populacional em áreas de elevada ocorrência dessa doença. A implantação do programa de qualidade de mamografia e a consolidação do SISMAMA como ferramenta gerencial são metas nacionais, além de dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento de qualidade, conforme a Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA 2010).

5.2.3.1 Ações de controle

5.2.3.1.1 Promoção da saúde

A promoção à saúde se dá através de ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo de saúde-doença e promovam a qualidade de vida e a melhoria da saúde da população, além do controle de doenças e agravos (INCA 2005).

Para o controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a parte regular de atividades físicas. Outro componente estratégico central é a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura populacional adequada no rastreamento. Além disso, as informações devem ser consistentes, claras e culturalmente apropriadas aos níveis de atenção trabalhados (INCA 2005).

5.2.3.1.2 Detecção precoce/rastreamento

As estratégias para detecção precoce são o diagnóstico precoce e a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença, e o rastreamento, aplicação de teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No Brasil, a mamografia e exame clínico das mamas são os métodos preconizados para o rastreamento do câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher (INCA 2005).

Para todas as mulheres com mais de 40 anos de idade, recomenda-se o exame clínico. O auto-exame, um estímulo para o maior conhecimento do corpo, pode ser feito paralelamente ao exame físico a ser feito por profissional treinado. As mulheres entre 50 e 69 anos devem realizar a mamografia, com o máximo de dois anos entre os exames. Além disso, o exame clínico das mamas associado à mamografia anual devem ser feitos pelas mulheres a partir dos 35 anos que pertencem a grupos populacionais de alto risco, como aquelas com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama.

Enfim, a diretriz preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente, a partir dos 40 anos, e o rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos. O referido exame, contudo, deverá ser anual para as mulheres de alto risco a partir dos 35 anos (GEBRIM E QUADROS, 2006). Sem que tal exame clínico, afaste o importante papel preventivo do autoexame.

A FEBRASGO (2010) apresenta outra proposta para rastreamento de pacientes assintomáticas, e com exame físico negativo, segundo dois estratos de idade das mulheres, e história familiar de risco. Essas recomendações são apresentadas nos quadros 7 e 8.

Quadro 7 - Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco normal.

População-alvo	Periodicidade do exame de rastreamento
20 a 40 anos	Exame clínico a cada 1 a 3 anos e autoexame periódico.
Acima de 40 anos	Exame clínico anual; mamografia anual; autoexame periódico.

Fonte: FEBRASGO 2010.

Quadro - Rastreamento de pacientes assintomáticas, com exame de mama negativo e risco aumentado por história familiar de câncer de ovário e de mama.

População-alvo	Periodicidade do exame de rastreamento
Até os 24 anos	Exame clínico anual e autoexame periódico.
Acima de 24 anos	Exame clínico semestral ou anual e mamografia anual ou a cada 5 a 10 anos antes da menor idade do câncer familiar.

Fonte: FEBRASGO 2010.

O Ministério da Saúde (2004) percebeu em 2003 a necessidade de se definir estratégias para o controle do câncer de mama no Brasil. Em parceria com o INCA e a Área Técnica de Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizou-se a oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama, apresentadas no quadro 9.

Quadro 9: Recomendações do Ministério da Saúde para detecção do câncer de mama.

População-alvo	Periodicidade do exame de rastreamento
A partir dos 35 anos	Exame clínico da mama e mamografia para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
A partir dos 40 anos	Exame clínico da mama realizado anualmente;
Entre 50 e 69 anos	Mamografia com o máximo de dois anos entre os exames.

Fonte: Ministério da Saúde 2004.

O Ministério da Saúde destaca ainda que deva haver garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

5.2.3.1.3 Diagnóstico

Os cânceres de mama nos estágios iniciais não apresentam qualquer achado ou sintoma. Por isso, recomenda-se o rastreamento antes dos sintomas, principalmente se algo suspeito for encontrado no exame clínico. Os exames de imagem como mamografia, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia ou tomografia computadorizada podem ser solicitados a critério médico por inúmeras razões, como descobrir se há uma área suspeita de ser cancerígena, para descobrir quando o câncer pode ter se espalhado e para ajudar a determinar se o tratamento está funcionando (ACS, 2010).

5.2.3.1.4 Tratamento

Segundo Zelmanwicz (2001), existem vários tipos de tratamento para o câncer de mama e diversos fatores definem o que é mais adequado em cada caso.

Neste momento a adequação do tratamento exige que o médico analise o resultado do exame anatomopatológico da biópsia ou da cirurgia. Além disso, são solicitados exames de sangue de alguns marcadores, e de imagem, para definir qual a extensão do tumor, e se existem metástases em outras partes do corpo.

Nos tumores pequenos, o primeiro procedimento é cirúrgico, conservador. Dependendo do tamanho da mama, localização do tumor e possível resultado estético da cirurgia somente retiram-se os nódulos, com margem de segurança, ou uma parte da mama (geralmente o quadrante afetado da mama); eventualmente, toda a mama deve ser retirada (mastectomia). A retirada dos gânglios axilares homolaterais é sempre uma conduta adotada, independente da extensão da cirurgia.

As características do tumor retirado e a extensão da cirurgia definem se a mulher necessitará de mais algum tratamento complementar ou não. Via de regra, ela é encaminhada para avaliação de radioterapia e/ou quimioterapia adjuvante.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Santo Antônio de Inhapim, primeiro passo num processo de construção de um plano de ação, inicia-se a fase de elaboração de um plano de ação para cada problema identificado como prioritário no diagnóstico. Os projetos de intervenção devem fazer parte da agenda da equipe, considerando sempre a viabilidade de gerenciá-los.

A proposta de intervenção do trabalho em questão, uma assistência à saúde da mulher em idade fértil através do perfil epidemiológico e da busca ativa, será estabelecida em um conjunto de intervenções de saúde tanto individuais quanto coletivas, envolvendo os princípios da promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida para uma população definida e delimitada, conforme definição do CONASS (2004) para a atenção primária.

Num primeiro momento, identificar o problema prioritário conforme sua importância, a urgência em modificar a situação de saúde na área adstrita, e ainda a capacidade de enfrentamento da equipe (HORÁCIO, 2010). Posteriormente, identificar as causas (nós críticos) de tal problema, norteando assim as ações a serem executadas pela equipe, visando à melhoria na assistência à saúde da mulher em idade fértil para além do ciclo gravídico-puerperal, dentre eles, temos:

- a) a equipe não conhece todas as mulheres de suas microáreas na faixa etária de 25 a 59 anos, não tendo noção da real cobertura do programa de preventivo atual;
- b) falta organização das informações a respeito do histórico de exames de cada paciente, não havendo registro de resultados e datas dos exames de fácil acesso para a equipe (arquivo rotativo), preservando o sigilo e permitindo o controle da periodicidade de retorno (anual ou trienal, conforme a necessidade) e busca ativa das pacientes;
- c) a Unidade de Saúde não possui protocolo para a realização de preventivos;
- d) a incompatibilidade entre os horários de atendimento (quartas e sextas, das 13 às 17hs) e o horário de trabalho das usuárias;
- e) a ESF Santo Antônio não tem programas educativos de promoção à saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, voltados efetivamente para a saúde da mulher;
- f) os agentes de saúde não são capacitados quando a forma pedagógica de abordar e orientar as mulheres da importância do exame preventivo.

As ações de intervenção para abordagem das causas analisadas são:

a) conhecimento sobre o perfil epidemiológico das áreas de atuação de ESF Santo Antônio de Inhapim, através do levantamento de dados feito pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares. Através da criação de uma lista de dados das pacientes em idade fértil em uma planilha do programa EXCEL com a identificação das pacientes (iniciais do nome, endereço, data de nascimento, situação conjugal, profissão, horário de trabalho) e seu histórico de exames realizados (preventivo e mamografia), permitindo ao ACS conhecer a periodicidade em que serão chamadas para o novo exame a ser realizado;

b) criação de um arquivo rotativo com resultados de exames já realizados para acompanhamento da periodicidade, das alterações e possíveis encaminhamentos, assim como, permite o fechamento de casos solucionados e o acesso da equipe, além do sigilo das informações da pacientes;

c) criar um protocolo de atenção à saúde da mulher de 25 a 59 anos na prevenção do câncer do colo do útero e de mama;

d) mutirão de Papanicolaou, com horários alternativos para todas as demandas vigentes na área de atuação conforme pesquisa dos agentes de saúde;

e) desenvolver grupos de educação para as mulheres com programas educativos de promoção à saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, voltados efetivamente para a saúde da mulher;

f) desenvolver um programa de capacitação dos profissionais sobre as práticas educativas e conteúdo teórico sobre o câncer do colo do útero e de mama.

As ações propostas estarão correlacionadas aos problemas levantados nos quadros a seguir, estabelecendo assim alternativas para a ampliação da cobertura do câncer de colo do útero e de mama, melhorando a assistência prestada, tendo como pauta a literatura pesquisada sobre o tema.

META 1 - Quadro 10 - Conhecer o perfil epidemiológico das áreas de atuação da ESF Santo Antônio de Inhapim, cadastrando e identificando as mulheres de 25 a 59 anos e seu histórico de exames no Programa de prevenção de câncer do colo do útero e de mama:

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
<p>Conhecer o perfil epidemiológico e cadastrar, nominalmente, as mulheres em idade fértil.</p>	<p>- A equipe não conhece todas as mulheres de suas microáreas de 25 a 59 anos, não tendo a real noção da cobertura do programa de preventivo atual.</p>	<p>- Elaborar uma lista de dados das mulheres de 25 a 59 anos, através de uma planilha do EXCEL identificando: iniciais do nome, data de nascimento, endereço, profissão, horário de trabalho, situação conjugal e data dos últimos exames e alterações (preventivo e mamografia) e/ou tratamentos;</p> <p>- Reunir os agentes e discutir a importância de se conhecer as mulheres de 25 a 59 anos das microáreas e orientar sobre o registro e atualização de dados;</p> <p>- Coletar os dados solicitados;</p> <p>- Sistematizar os dados, na ficha do arquivo rotativo, cadastrando as mulheres no programa.</p>	<p>- Conhecer o perfil epidemiológico das microáreas, identificar, nominalmente, as mulheres de 25 a 59 anos, permitindo aos agentes realizar a orientação e abordagem adequadas, assim como a busca ativa e captação daquelas que nunca fizeram os exames ou estão fora da periodicidade e recomendada;</p> <p>- Permitir a criação de um arquivo rotativo para o adequado acompanhamento das pacientes.</p>	<p>- Médico e enfermeira;</p> <p>- Médico e enfermeira;</p> <p>- Agentes Comunitários de Saúde;</p> <p>- Médico e enfermeira.</p>	<p>3 meses</p>

Justificativa: o conhecimento do perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Santo Antônio possibilita a maior atuação sobre os problemas de baixa cobertura da assistência à saúde da mulher em idade fértil, permitindo programar a agenda para atender a demanda de exames (preventivo e mamografia), conforme a necessidades de cada microáreas. Vale ressaltar que na ESF Santo Antônio de Inhapim a elaboração do plano de ação proposto foi feita pela médica responsável pela equipe logo após a conclusão do diagnóstico situacional. A planilha do EXCEL por ela elaborada foi implantada após intenso trabalho com os agentes de saúde e os dados coletados num período de três meses, devido à colheita de café ter prejudicado a abordagem de todas as mulheres de 25 a 59 anos, naquele período. Os dados foram sistematizados e agora passarão para as fichas do arquivo rotativo, ficando as listas de posse dos agentes de saúde para acompanhamento das pacientes e atualização freqüente dos dados cadastrais e das novas usuárias, nessa faixa etária.

META 2

Quadro 11 - Criação do Arquivo Rotativo:

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Criação de um Arquivo Rotativo.	<p>- Falta de organização das informações a respeito do histórico de exames de cada paciente;</p> <p>- Dificuldade de levantamento de dados e de estimar a cobertura da assistência a mulher em idade fértil;</p> <p>- Grande número de mulheres que nunca realizaram exames (preventivo e mamografia) e com periodicidade atrasada, não captada pela ausência de acompanhamento e busca ativa.</p>	<p>- Elaborar uma ficha de cadastro das pacientes no programa, com nome, data de nascimento, endereço, profissão, horário de trabalho, situação conjugal e data dos últimos exames e alterações (preventivo e mamografia) e/ou tratamentos;</p> <p>- Reunir os agentes e identificar as mulheres que nunca realizaram tais exames e com periodicidade atrasada e realizar a busca ativa, visando prevenção, diagnóstico e tratamento precoce com acompanhamento e fechamento dos casos;</p> <p>- Facilitar e dinamizar o acesso às informações de cobertura do programa e garantir o sigilo das mesmas.</p>	<p>-Facilitar o acesso às informações de cobertura do programa e garantir o sigilo das pacientes;</p> <p>- Distribuir as fichas no arquivo de acordo com o mês da consulta, permitir a busca ativa e captação das mulheres, principalmente, as que nunca fizeram os exames ou as fora do período recomendado ;</p> <p>- Agendar visita domiciliar para pacientes com resistência ou dificuldade em realizar o exame.</p>	<p>- Médico e enfermeira;</p> <p>- Médico e enfermeira;</p> <p>- Médico, enfermeira auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.</p>	<p>2 meses para o arquivo pronto.</p>

Justificativa: o arquivo rotativo devidamente implantado obrigará o registro dos resultados de exames e facilitará o levantamento de dados referentes à cobertura do programa de assistência à saúde da mulher. Permitindo assim, que sejam propostas ações de intervenção frente a qualquer problema identificado, seja na captação, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, assim como, no acompanhamento das pacientes. A ESF Santo Antônio de Inhapim se encontra nessa fase de implantação do arquivo rotativo.

META 3

Quadro 12 - Elaborar e implantar um protocolo de atenção à saúde da mulher na prevenção do câncer de colo do útero e de mama.

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Elaborar e Implantar um protocolo de assistência à saúde da mulher de 25 a 59 anos na prevenção do câncer de colo do útero e de mama.	- A Unidade de Saúde não possui um protocolo de assistência à saúde da mulher de 25 a 59 anos na prevenção do câncer de colo do útero e de mama.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar protocolo de assistência à saúde da mulher (25 a 59 anos) na prevenção do câncer do colo do útero e mama, por processo de construção coletiva, com diversos profissionais da equipe e parceiros externos (necessidade de ações intersetoriais) e adequação à unidade e ao município; - Enviar proposta para análise e parecer dos Conselhos Profissionais; - Apresentar o Protocolo Assistencial para o Conselho Municipal de Saúde, para análise e aprovação; - Reunir equipe interdisciplinar para pactuar a implantação do protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Padronizar as ações específicas dos diferentes profissionais, garantindo a maior efetividade das ações de assistência à saúde das mulheres de 25 a 59 anos prevenção do câncer de útero e mama e a organização do processo de trabalho na Unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os membros da equipe, a coordenação dos PSF se outros atores sociais envolvidos com a problemática. Além do Secretário Municipal de Saúde. - Coordenação do PSF, médico e enfermeiro; - Coordenação de PSF. 	<p>6 meses para elaboração e aprovação;</p> <p>1 ano para a implantação.</p>

Justificativa: os protocolos constituem um importante instrumento na formulação, padronização e implantação de rotinas que, além de estruturar a assistência, auxiliam na organização do processo de trabalho na unidade, permitindo assim ações mais efetivas e eficazes na assistência à saúde da mulher em idade fértil (25 a 59 anos).

META 4

Quadro 13 - Mutirão de Papanicolaou:

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Mutirão de Papanicolaou	<p>- Incompatibilidade entre o horário de atendimento e o horário de trabalho das usuárias;</p> <p>- Adequar o número de vagas disponíveis à necessidade da população da área de abrangência para regularização dos exames em atraso e nunca feitos.</p>	<p>- Relacionar o número de pacientes de 25 a 59 anos em atraso com o exame e as que nunca fizeram, através do levantamento de dados;</p> <p>- Solicitar material para a realização dos exames;</p> <p>- Agendar mutirão de coleta aos sábados em cada semestre, conforme a disponibilidade dos profissionais.</p>	<p>- Aumento na cobertura do programa de prevenção do câncer do colo do útero e de mama, com cumprimento das metas pactuadas;</p> <p>- Melhora na assistência à saúde da mulher de 25 a 59 anos na prevenção do câncer do colo do útero e de mama.</p>	<p>- Médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde;</p> <p>- Enfermeira e auxiliar de enfermagem;</p> <p>- Médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.</p>	1 ano.

Justificativa: devido à grande demanda de pacientes com incompatibilidade entre horário de atendimento e horário de trabalho, além do grande número de pacientes com atraso dos exames (preventivo e mamografia) e que nunca fizeram os mesmos, identificou-se a necessidade de ampliar o acesso das pacientes ao sistema de saúde, favorecendo aquelas que não podem comparecer durante a semana e aumentando a cobertura dos exames. Dessa forma, iniciou-se a mudança no processo de trabalho, que realizava os exames de acordo com a demanda espontânea, sem se adequar às necessidades da população, não respeitando os princípios da acessibilidade, da longitudinalidade, da integralidade da atenção, da coordenação e da orientação comunitária.

META 5

Quadro 14 - Grupo de educação em saúde para mulheres:

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Criação de grupos de educação em saúde para mulheres.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de organização de grupos com atividades educativas com foco na saúde da mulher; - Mulheres que nunca fizeram os exames de preventivo e mamografia por preconceito e/ou desconhecimento sobre sua importância e a forma como é feito; - Grande número de mulheres que não têm informação sobre a prevenção de doenças e diagnóstico e tratamento precoces no controle de doenças e agravos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um cronograma para a realização de grupos mensais com foco na saúde da mulher, abordando temas diversos, tais como sexualidade, DST, violência contra mulher, prevenção do câncer, entre outros; - Definir um dia para o grupo de planejamento familiar; - Reservar salões paroquiais para tais reuniões; - Enviar convite às usuárias e realizar pequenas palestras na sala de espera com temas variados de acordo com a necessidade; - Realizar parcerias com outros profissionais, como ginecologistas e psicólogos para palestrar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mulheres informadas a respeito de sua saúde; - Mulheres mais orientadas sobre a importância da realização dos exames de preventivo e mamografia e mais cientes da técnica e finalidade dos mesmos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico e enfermeira; - Enfermeira auxiliar de enfermagem; - Agentes comunitários de saúde; - Enfermeira e coordenação de PSF. 	2 meses para o início das atividades.

Justificativa: as atividades educativas junto às mulheres se tornam ferramentas hábeis no aumento de adesão aos exames e na melhoria da cobertura da assistência à saúde da mulher em idade fértil. Os espaços de diálogo entre as mulheres e os profissionais de saúde permitem a aquisição de informações sobre a saúde, à mudança dos hábitos de vida e a conscientização quanto à importância da prevenção de doenças, como o câncer de colo do útero e de mama.

META 6

Quadro 15 - Capacitação dos profissionais:

Operação	Problemas relacionados	Ações/Atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo
Capacitação dos profissionais da equipe.	- Falta de capacitação dos profissionais e atualização em relação à assistência à saúde da mulher na prevenção do câncer do colo do útero e de mama, nesse momento poderão ser abordados outros temas.	- Curso teórico/prático para os profissionais da Equipe de Saúde da Família.	- Profissionais mais capacitados e com maior aptidão para a realização das práticas de saúde voltadas para a assistência à saúde da mulher na prevenção do câncer do colo do útero e de mama, dentre outros temas.	Ginecologistas e referências em Saúde na Mulher nas Gerencias Regionais de Saúde.	6 meses para iniciar as capacitações.

Justificativa: a capacitação profissional permite o conhecimento devido e necessário sobre diferentes temas e dinamiza o trabalho em equipe e a abordagem e condução dos casos encontrados de acordo com as recomendações literárias vigentes. Sendo assim, todos os profissionais da equipe cientes de seus papéis podem atuar de forma efetiva e eficaz na reorganização do processo de trabalho e na melhoria das ações em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual sistema de saúde caracteriza-se pela fragmentação da atenção à saúde, voltado para as condições agudas, e infelizmente, com uma atenção primária à saúde de baixa resolutividade e qualidade. Tal afirmação é evidenciada pelas longas filas de espera nas unidades básica e pronto-atendimentos, pela falta de abordagem correta das condições crônicas, além de um número significativo de internações por causa sensíveis passíveis de tratamento ambulatorial, assim como, um trabalho não planejado de acordo apenas com a demanda espontânea das unidades de saúde.

O enfrentamento de tais dificuldades só será possível se os profissionais de saúde derem o primeiro passo, deslocando-se para mais próximo dos pacientes, ou seja, onde as pessoas vivem e, assim, construir um novo caminho que se inicia com o planejamento local, feito pelos profissionais nos territórios de atuação e responsabilidade, dentro de cada municipalidade.

O presente estudo se caracteriza como um esforço conjunto de profissionais no fortalecimento da atenção primária à saúde, visando à qualidade e resolutividade da assistência à saúde da mulher em idade fértil (25 a 59 anos) na prevenção do câncer do colo do útero e de mama, através do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento das ações de intervenção propostas.

Não se trata de um treinamento tradicional, mas sim de propostas de atuação e organização do processo de trabalho, com etapas de concentração e reunião da equipe e períodos de dispersão para a coleta de dados e abordagem dos indivíduos. Para a aquisição de conhecimentos e habilidades realizou-se a fase de revisão bibliográfica, já a aplicação básica dos conteúdos pré-estabelecidos ocorrerá no território de responsabilidade da equipe.

Diante disso, o estudo proporcionou o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Santo Antônio de Inhapim, assim como o estabelecimento de critérios para assegurar o registro de dados e facilitar o acesso e levantamento dos mesmos pela equipe, permitindo ainda que os agentes comunitários de saúde atualizem regularmente tais informações. Garantir-se-á, também, o sigilo das pacientes que terão seus dados pessoais, resultados de exame e possíveis tratamentos acompanhados e evoluídos em um arquivo rotativos de acesso restrito aos funcionários da equipe devidamente orientados.

Essa proposta de intervenção nos dá a visão das funções da atenção primária à saúde, de coordenação, de responsabilização e de resolução dos problemas de saúde, além do seu papel fundamental de mudança do modelo de atenção à saúde, através da organização do processo de trabalho, das redes de atenção, voltada tanto para as condições agudas, quanto para as crônicas e da garantia de respostas sociais, organizadas para responder as necessidades, demandas e representações das populações do território de abrangência da equipe.

Fica clara a importância da busca ativa na implantação dos programas para a captação de um maior número de mulheres para a realização dos exames de rastreamento e, com isso, a detecção de lesões em seus estágios iniciais e passíveis de tratamento, tanto no câncer de colo

do útero quanto de mama, melhorando a assistência à saúde da mulher e proporcionando melhor qualidade de vida, evitando mortes precoces e contribuindo para o aumento da expectativa de vida.

Já as recomendações do Ministério da Saúde são adequadas e efetivas quando se considera a realidade brasileira e desde que devidamente implantadas nos programas vigentes de atenção à mulher, embasados por um trabalho em equipe, consciente e bem estruturado de acordo com os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Diante de tudo isso foi possível traçar o perfil epidemiológico e a situação de saúde das mulheres em idade fértil atendidas pela ESF Santo Antônio de Inhapim. De posse de tais informações, foi possível descrever as propostas de intervenção que motivem as mulheres a realizarem os exames de prevenção do câncer do colo do útero e de mama e, por conseguinte, elaborar um Plano de Ação que vise a melhoria da assistência à saúde das mulheres em idade fértil cadastradas nessa área de abrangência. A sugestão é que esse plano seja aplicado de forma integral nas demais unidades de saúde, melhorando a assistência à todas as mulheres, no município de Inhapim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.; BASTOS, R.R. *Tendência de mortalidade por câncer de colo do útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005*. Cad. Saúde Pública v.25 n.8, Rio de Janeiro. Agosto, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=A0102-11X2009000800005&Ing=pt. Acesso em 12 ago. 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Breast cancer*. Atlanta, 2010. Disponível em: <http://cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontens/003090-pdf.pdf>. Acesso em 18 set. 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *What are risk factors for cervical cancer?* Atlanta, 2010. Disponível em: <http://cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-risk-factors>. Acesso em 07 ago. 2011.

BATARRITA, J.S. *Mamografía y Detección Precoz Del Cancer de Mama*. Revista Espanola de Salud Pública, vol.79, n.5, Madrid Set./Out. 2005. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000500001&script=sci_arttext. Acesso em 18 set. 2011.

BRASIL. *Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher*. Plano de Ação 2004-2007. Serie C. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 14 nov. 2011.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer. *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – Atualização 2011*. Versão para Consulta Pública. Brasília: INCA, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes.programas/site/home/nobrasil/programa.nacional.controle.cancer.colo.uterio>. Acesso em 05 ago. 2011.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Brasília: INCA, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes.programas/site/home/nobrasil/programa.nacional.controle.cancer.colo.uterio>. Acesso em 07 ago. 2011.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Brasília: INCA, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f. Acesso em 20 set. 2011.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Brasília: INCA, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_ma

ma.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f>. Acesso em 20 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Controle do câncer de mama: Documento de consenso*. Brasília, 2004. 36p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf>. Acesso em 24 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 67p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção do câncer de colo do útero*. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 16 p.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres de colo do útero e de mama*. Cadernos de Atenção Básica, n 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 132 p.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Breast Cancer Symptoms*. Atlanta. 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm>. Acesso em 24 set. 2011.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. *Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos*. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em 12 ago. 2011.

FEBRASGO. *Manual de Orientação em Mastologia*. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.febasgo.com.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=8&pagina=159>>. Acesso em 22 set. 2011.

FERREIRA, S. M. G. *Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização*. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 19 P. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sistema_de_Informacao_em_saude__conceitos_fundamentais_e_organizacao/57>. Acesso em 05 ago. 2011.

GEBRIM, L.H. Rastreamento para câncer de mama e estadiamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.5, pp. 216-218. ISSN 0100-7203. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S01002032009000500002&lng=en&nr=m=iso&tlng=pt>. Acesso 24 set. 2011.

GEBRIM, L.H.; QUADROS, L.G.A., Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol.28, n.6. Rio de Janeiro, June, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000600001&script=sci_arttext>. Acesso em 24 set. 2011.

GONCALVES, A.T.C.; et al. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.8, pp. 1785-1790. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000800005&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 17 set. 2011.

HORÁCIO, P. F. de. et al. *Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: unidade didática* I. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2 edição.2010. Disponível em: <http://scielo.isciii,esc/scielo.php?pid=S1135-57272005000500001&script=sci_arttext>. Acesso em 05 ago. 2011.

IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MENDES, E.V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=359267&indexSearch=ID>>. Acesso em 07 ago. 2011.

NETO, A. R.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J. and BARACAT, E. C. *Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2001, vol.23, n.4, pp. 209-215. ISSN 0100-7203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001000400003>. Acesso em 14 nov. 2011.

SILVA, G.A, et al. *Evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1981-2006*, Caderno de Saúde Pública, v.26, n.12, Rio de Janeiro, Dez.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200018>. Acesso em 12 ago. 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi.bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1>. Acesso em 07 ago. 2011.

TAVARES, E.C. *Sobre narrativa, sistemática e integrativa*. Belo Horizonte: NESCON, 2010. Disponível em:<<http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=start&ma=portaArquivos>>. Acesso em 10 ago. 2011.

WILLEY, S.C; COCILOVO C. *Screening and follow-up of the patient at high risk for breast cancer*. *Obstet Gynecol*. Washington. Dec; 110 (6); 1404-16. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18055740>>. Acesso em 18 ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early Detection Module*, Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: < <http://who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Internacional Agency for Research on Cancer. Globocan 2008*. Lyon, 2008 a. Disponível em: < <http://globocan.iarc.fr> >. Acesso em 18 ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>. Acesso em 18 ago. 2011.

ZELMANOWICZ, A.M. *Prevenção em câncer*. ABC da Saúde, Brasil. Novembro, 2001. Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?344>>. Acesso em 10 set. 2011.