

CAROLINA MANUELA SANTOS

**COBERTURA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CANCER DE COLO
UTERINO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS,
2008-2009**

**TEÓFILO OTONI- MINAS GERAIS
2010**

CAROLINA MANUELA SANTOS

**COBERTURA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CANCER DE COLO
UTERINO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS,**

2008-2009

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

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2010

CAROLINA MANUELA SANTOS

**COBERTURA DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CANCER DE COLO
UTERINO EM UM PSF DE MINAS GERAIS - 2008-2009**

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

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

Banca Examinadora:

Prof^a. Maria José Cabral Grillo (orientadora)

UFMG

Prof^a. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 26/agosto/2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a minha orientadora Prof^a. Maria José Cabral Grillo pela paciência e ensinamentos adquiridos durante a realização deste trabalho.

RESUMO:

O câncer de colo de útero é um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Embora venha ocorrendo uma crescente mobilização dos serviços de saúde para a detecção precoce das lesões precursoras, as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino não têm sido suficientes para reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer. Este trabalho foi realizado em uma equipe de Saúde no Município de Novo Cruzeiro – Minas Gerais, que tem uma população estimada, segundo o IBGE (2009), de 31.319 habitantes e apresenta uma cobertura populacional de 100% pelas equipes de Saúde da Família. O PSF São Bento que é uma unidade responsável pelo acompanhamento de 1.193 famílias e esse estudo teve como objetivo Identificar a taxa de cobertura dos exames de preventivo realizados pela equipe de saúde da UBS/PSF de Minas Gerais durante os anos de 2008 e 2009, em mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos de idade. Foi realizado o levantamento do quantitativo de mulheres por meio das fichas A de cadastramento das famílias, foram identificadas por meio do arquivo rotativo, com análise quantitativa e qualitativa dos dados.

Palavras chaves: câncer cérvico-uterino, saúde pública, mortalidade, Saúde da Família, cobertura, preventivo.

ABSTRACT:

Cervical cancer is a serious public health problem in Brazil and worldwide. Despite an increasing mobilization of health services for early detection of precursor lesions, to prevention of cervical cancer have not been sufficient to reduce mortality from this cancer type. This work was done in a team of Health in the City of Novo Cruzeiro - Minas Gerais, which has an estimated population, according to IBGE (2009), of 31,319 habitants and has a 100% population coverage by family health teams. The PSF São Bento is an Unit responsible for monitoring 1.193 families and this study aimed to identify the rate of covered preventive exams conducted by the health team at UBS / PSF of Minas Gerais during the years 2008 and 2009 in women aged between 25 and 59 years old. We conducted a quantitative survey of women through the registration records of the families were identified through the rotary file, with quantitative and qualitative analysis of the data.

Keywords: cervical cancer, public health, mortality, family health coverage, preventive.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
4. METODOLOGIA.....	14
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23

REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

É de domínio público que a mortalidade por câncer de colo uterino é evitável, uma vez que as ações para o seu controle contam com tecnologia para o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos detectados em fase inicial. Contudo, o câncer de colo uterino continua sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

De forma geral, o câncer de colo uterino corresponde a cerca de 15,0 % de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo. Em alguns países desenvolvidos chega a ocupar a sexta posição. Na América Latina e no Sudeste Asiático as taxas de incidência são geralmente altas enquanto na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu são consideradas baixas (BRASIL, 2002a).

Nos países Europeus, onde o rastreamento é feito de forma oportunista, ou seja, fora do contexto de um programa organizado, que ofereça uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir toda a necessidade, a cobertura também é pequena. Geralmente, a população feminina de maior risco social (mulheres mais velhas, mulheres que fazem parte dos grupos sociais de poder aquisitivo mais baixo ou com vida sexual promíscua) não faz nenhum exame enquanto mulheres de menor risco fazem testes anuais (BRASIL, 2009).

No Brasil a situação é idêntica aquela descrita acima, para os países europeus, e as taxas de mortalidade por câncer do colo uterino continuam elevadas, aumentando a cada ano. Em 1979 a taxa era de 3,44/100.000 habitantes enquanto que em 1998 era de 4,45/100.000, corresponde a uma variação percentual relativa de 29,0% (BRASIL, 2002a).

Estima-se que o Brasil terá, em 2010, 18.430 novos casos da doença, com um risco estimado de 18 casos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2009).

Ainda, no Brasil a doença apresenta características regionais, como pode ser verificado a partir da análise dos dados apresentados a seguir.

Tabela 01 – Estimativa, por região do Brasil, do número de casos de neoplasia maligna do colo de útero para o ano de 2010.

REGIÃO	% de caso /100.000
Norte	22,32
Nordeste	21,31
Centro Oeste	23,00
Sudeste	19,72
Sul	21,07

Embora venha ocorrendo uma crescente mobilização dos serviços de saúde para a detecção precoce das lesões precursoras, as ações de prevenção de câncer cérvico-uterino não têm sido suficientes para reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer. Mantendo, também, relação com as regiões do país, alguns fatores que dificultam o êxito dessas ações podem ser citados: dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em Municípios de pequeno e médio porte, dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir um fluxo assistencial que garanta o encaminhamento adequado dos casos suspeitos (COELHO; PORTO, 2009).

Para reverter este quadro, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Viva Mulher, em 1997, estabelecendo um Plano de Ação que envolve todos os níveis de atenção no desenvolvimento de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero (MORAES, 1997).

Durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, entrei em contato com esta problemática que envolve a atenção à saúde da mulher,

de forma mais sistematizada. Com o desenvolvimento do módulo que aborda a saúde da mulher (COELHO; PORTO, 2009), meu interesse por uma melhor compreensão sobre os resultados do trabalho desenvolvido por minha equipe foi despertado e, conseqüentemente, no momento de realização do trabalho final para conclusão do curso, optei por este tema. Considero que será relevante refletir sobre o meu processo de trabalho a partir da análise de dados sobre a situação do programa de prevenção de câncer de colo uterino na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalho desenvolvendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

2. OBJETIVO

Identificar a taxa de cobertura dos exames de preventivo realizados pela equipe de saúde da UBS/PSF de Minas Gerais durante os anos de 2008 e 2009, em mulheres na faixa etária entre 25 a 59 anos de idade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar dos esforços e avanços tecno-científicos, as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, segundo Nakagawa *et al.* (2010) continuam elevadas nos países em desenvolvimento. Para as autoras, isto ocorre por ser uma doença de evolução lenta e sem manifestações clínicas no seu início.

No Brasil, o câncer de colo de útero é o segundo entre os tumores ginecológicos malignos e o terceiro mais comum na população feminina brasileira (CÉSAR *et al.*, 2003), superado apenas pelo câncer de pele (não-melanoma) e câncer de mama (BRASIL, 2005a).

De acordo com informação do Ministério da Saúde

uma das principais razões desse panorama no Brasil resulta do fato que, durante muitos anos, a realização do exame preventivo (papanicolau), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo, que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, ocorreu fora do contexto de um programa organizado (BRASIL, 2002a, p. 10).

O Ministério da Saúde menciona ainda que

na rede de saúde, a maioria dos exames citopatológicos são realizados em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar-se a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco. Esse fato provavelmente tem contribuído para não ser alcançado, nos últimos 15 anos, um impacto significativo sobre a mortalidade por esse tipo de câncer (BRASIL, 2002a, p. 10).

São considerados fatores de risco para o câncer de colo uterino a multiplicidade de parceiros, a história de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade (BRASIL, 2002a). Em publicação posterior a 2002, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) incluiu entre os fatores de risco: infecção do Vírus Papiloma Humano, baixo nível socioeconômico, fumo, uso de contraceptivo oral e baixa ingestão de vitamina A e C (BRASIL, 2009).

Contudo, sabe-se que a infecção pelo HPV é essencial, mas não é suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores, como os fatores de risco já citados (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 13) esclarece que “a neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) não é câncer e sim uma lesão precursora, que dependendo da sua gravidade, poderá evoluir para câncer”. O Ministério da Saúde orienta os profissionais de saúde, por meio de um Manual Técnico (BRASIL, 2002b, p. 13) que

[...] NIC I é uma alteração que acomete as camadas basais do epitélio estratificado do colo uterino (displasia leve) e, aproximadamente, 80 % das mulheres com esse tipo de lesão terão regressão espontânea. NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada). NIC III é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente.

Provavelmente, representa um dos motivos pelos quais o Ministério da Saúde recomenda priorizar as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos o fato das lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) serem encontradas com maior frequência nesta faixa etária, principalmente naquelas mulheres que nunca realizaram o exame preventivo (BRASIL, 2002a). O Ministério da Saúde ainda recomenda a repetição do exame citopatológico após seis meses, no caso de resultado compatível com NIC I, e o encaminhamento imediato para confirmação histopatológica de que não há invasão do tecido conjuntivo, no caso de resultados compatíveis com NIC II ou NIC III (BRASIL, 2002b).

Em relação ao HPV, o exame do preventivo não detecta a sua presença “mas sim que existem alterações celulares que sugerem a presença deste vírus, tais como

células paraceratóticas, escamas anucleadas, coilocitose, cariorrexis ou núcleos hipertróficos com cromatina grosseira” (BRASIL, 2002b, p. 13). Neste caso o Ministério da Saúde recomenda a repetição do exame no intervalo de seis meses.

A mulher com uma lesão de alto grau ou com segundo resultado de lesão de baixo grau, repetido após seis meses, deverá ser referenciada para a colposcopia. A colposcopia é um exame usado para avaliar os epitélios do trato genital inferior e, quando necessário, orientar biópsias. A técnica permite localizar as lesões pré-malignas e o carcinoma que afetam esses epitélios (Brasil, 2002 a).

Na análise do material examinado também podem ser encontradas alterações que não são classificadas como Neoplasia Intra-epitelial Cervical tais como alterações de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e alterações de significado indeterminado em células glandulares (AGUS). Contudo, o Ministério da Saúde recomenda melhor investigação e acompanhamento, com novo exame em seis meses (BRASIL, 2002b).

Desde 1997, o Ministério da Saúde já vinha realizado ações programáticas para o controle do câncer de colo uterino, incluindo a criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) em 1998, oficialmente implantado em Outubro de 1999 em todo Brasil (BRASIL, S/D). Contudo, foi pequeno o impacto na ocorrência da doença. Essa constatação impôs a necessidade de construir novas estratégias para enfrentar o problema. Em 2004 foi criado um grupo de trabalho constituído pela área técnica de saúde da mulher, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e outras áreas do Ministério da Saúde, com a participação da Sociedade Civil, para a construção de um Plano de Ação para ser desenvolvido no período 2005-2007, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama (BRASIL, 2007).

O plano de ação foi fundamentado no documento conceitual “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”, e estabeleceu os principais objetivos, metas, ações, estratégias, além de fontes de recursos,

indicadores e mecanismos de operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

Dentre os três objetivos gerais do plano, um tem relação direta com o controle do câncer de colo uterino, ou seja, o que menciona: “Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie” (BRASIL, 2004, p, 11). Em relação aos objetivos específicos, dos quatorze definidos, dois estão relacionados à infecção pelo HIV - prevenção e tratamento -, considerada um dos principais fatores de risco para o câncer de colo de útero (SILVA, 2006). Um terceiro propõe, de forma direta, “Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina”. Neste sentido, a meta estabelecida foi “Aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos)” (BRASIL, 2004, p. 34).

Em 1999, a cobertura média de toda a população alvo, ou seja, mulher entre 25 a 59 anos, foi de 78,0% (BRASIL, 2001). Posteriormente, de acordo com o IBGE, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 constatou que 79,1% das mulheres brasileiras acima de 24 anos tinham realizado exame preventivo de câncer de colo de útero pelo menos uma vez na vida (IBGE, 2005).

No ano seguinte à elaboração do plano de ação analisado, foi editada a Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2005b, p. 1). Dentre suas diretrizes pode-se encontrar, para a Atenção Básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de Saúde (Unidade Básicas de Saúde e (UBS/PSF), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2005b). Portanto, a expectativa é de que a atenção básica tenha sido qualificada e

que, efetivamente, os serviços tenham melhorado os seus indicadores de atenção à saúde da mulher nos últimos cinco anos. Neste sentido, a pergunta é: minha equipe de Saúde da Família está contribuindo efetivamente com a melhoria destes indicadores?

4. METODOLOGIA

O levantamento do quantitativo de mulheres foi feito por meio das fichas A de cadastramento das famílias, sendo identificadas 784 mulheres residentes na área de abrangência da UBS/PSF São Bento, com idade entre 25 e 59 anos. Destas, 449 realizaram o exame preventivo durante o ano de 2008 e ou 2009 e foram identificadas por meio do arquivo rotativo, com análise quantitativa e qualitativa dos dados.

Foram excluídas deste trabalho as mulheres com resultados alterados, de exame realizado antes de 2008, e as mulheres que, em decorrência de exames realizados antes de 2008 que apresentaram resultados alterados, fazem acompanhamento semestral.

4.1. Cenário do estudo

Este trabalho foi realizado no município de Novo Cruzeiro – Minas Gerais, que tem uma população estimada, segundo o IBGE (2009), de 31.319 habitantes e apresenta uma cobertura populacional de 100% pelas equipes de Saúde da Família. O PSF São Bento é uma unidade responsável pelo acompanhamento de 1.193 famílias, sendo que a maior parte dessas famílias está localizada dentro da Zona Urbana e cerca de 400 famílias nas regiões Peri-urbanas. Na área de abrangência da equipe existem 784 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

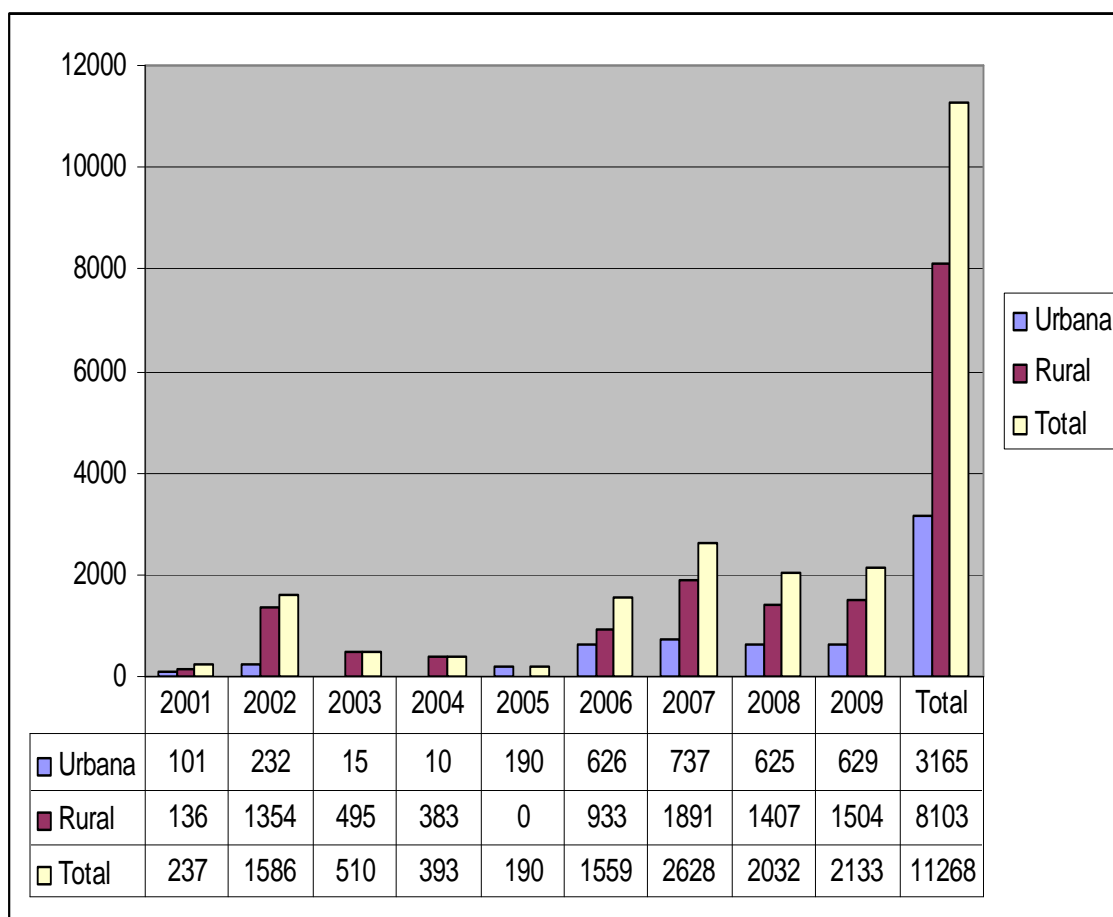
De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), houve um crescimento significativo do número de famílias cadastradas pelos membros das equipes de Saúde da Família, ou seja, de 4.102 em 2001 para 7.281 em 2009 (BRASIL, 2010a).

O Programa de Saúde da Família foi implantado em Novo Cruzeiro em 2001 e nos dias atuais possui 10 equipes de saúde da família, cobrindo 100% da

população. É importante destacar que todas as equipes realizam a coleta de material preventivo.

Pelo Gráfico 01 pode-se visualizar a distribuição dos atendimentos para realização da coleta de material para o exame preventivo

GRÁFICO 01 – Distribuição anual dos atendimentos para exame preventivo em Novo Cruzeiro, 2001 a 2009.



Fonte: SIAB/DATASUS/MS (BRASIL, 2010a).

Pode-se observar um crescimento no número de exames preventivos a partir da efetivação do Programa de Saúde da Família, que teve seu início em Novo Cruzeiro em 2000, com a implantação das equipes e o cadastramento das famílias. Nota-se um decréscimo durante o ano de 2005, em decorrência de mudanças políticas, e a melhoria da cobertura após aquele ano.

No programa de prevenção do câncer de colo uterino da UBS São Bento a coleta do material é feita pelo enfermeiro e, em casos excepcionais, pela médica ginecologista. Os exames podem ser agendados em dois diferentes dias da semana, nos turnos manhã e tarde. A prioridade para o horário da manhã é para as mulheres da zona rural que, muitas vezes, não conseguem transporte à tarde para voltar para suas residências. São agendados dezoito exames por semana, ou seja, nove por turno, sendo que a UBS oferece aproximadamente setenta e dois exames mensais, totalizando, em média, oitocentos e sessenta e quatro exames anuais.

Algumas mulheres que não podem comparecer a UBS nos dias priorizados para a coleta são atendidas em outros dias, de acordo com a disponibilidade do profissional, da sala de coleta e do horário de funcionamento da unidade, que é de sete às dezessete horas de segunda a sexta-feira. Quando necessário, tanto a enfermeira quanto o médico da equipe podem encaminhar para a ginecologista que atende na própria Unidade de Saúde, nos turnos manhã e tarde, quinzenalmente, realizando trinta atendimentos por dia. Quando o exame preventivo apresenta resultado dentro dos limites da normalidade, os mesmos são entregues para as mulheres em suas residências, com a data do retorno para outro exame, estabelecida conforme protocolo do Ministério da Saúde. Caso o resultado apresente quaisquer alterações, é feita a convocação da mulher para consulta com o médico da equipe ou com a ginecologista, conforme o caso.

As colposcopias são realizadas pela ginecologista do Município, semanalmente. Caso seja necessário a conização ou métodos excisionais, esses são realizados em Teófilo Otoni. O encaminhamento especializado de alta complexidade é feito para os Municípios de Governador Valadares e Ipatinga.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificadas 449 mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos que realizaram o exame preventivo durante o ano de 2008 ou 2008 e 2009, em um total de 511 exames realizados, o que significa que algumas mulheres repetiram o exame. Dentre as 449 mulheres estudadas, apenas 62 que fizeram o exame em 2008 o repetiram em 2009, representando 7,9% do total de exames realizados.

Durante o ano de 2008 foram realizadas 293 coletas de exame preventivo sendo que 206 dessas mulheres estavam na faixa etária entre 25 e 59 anos, significando uma cobertura de 26,3% das mulheres nessa faixa etária (considerando 784 mulheres residentes na área de abrangência da UBS/PSF São Bento que estão nesta faixa etária). Portanto, mesmo que a maioria do atendimento tenha sido para mulheres na referida faixa etária, representando 70,3% dos exames realizados, a cobertura foi ainda muito baixa.

No ano de 2009 a quantidade de exames realizados foi relativamente maior, 408 exames, com um percentual também maior de mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (75,0%). Isto correspondeu a uma taxa de cobertura de 39,0%.

Na Tabela 2 podem ser visualizados os dados que foram coletados e que permitem que sejam feitas as afirmações anteriores.

TABELA 02 - Distribuição dos exames de preventivos realizados pelo PSF São Bento sem discriminação da idade e de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, durante os anos 2008 e 2009.

ANO	Atendimentos sem discriminação de faixa etária		Atendimentos de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	
	Total	Média/mês	Total	Média/mês
2008	293	24,42	206	17,2
2009	408	34	305	25,42

Fonte:- Fichário rotativo das mulheres pesquisadas.

Experiências realizadas na Finlândia e Islândia demonstraram eficácia na redução da mortalidade por câncer de colo uterino em 17 a 32 %, quando se tem uma cobertura de mulheres rastreadas entre 75 e 80% (Brasil, 2002a). Portanto a cobertura de exame preventivo, do PSF São Bento, quando relacionada com o estudo supra, se apresentou incipiente. Uma das recomendações feita pela comunidade científica internacional é que antes de se repetir o exame preventivo de uma mulher é necessário garantir que toda a população alvo do programa já tenha realizado o exame (BRASIL, 2002b).

Para o Ministério da Saúde, após dois anos consecutivos de coleta e dois exames com resultados negativos para displasia ou neoplasia, o exame pode ser repetido com intervalos de três anos (BRASIL, 2002). Essas recomendações também foram abordadas no módulo de saúde da mulher do CEABSF onde as autoras destacam que essa conduta não se aplica em mulheres portadoras do vírus HIV (COELHO; PORTO, 2009).

No caso em estudo, foram identificadas 62 mulheres que repetiram o exame. Se por um lado isto é positivo, por outro pode ser uma utilização inadequada do programa, caso sejam usuárias que já têm dois exames preventivos em anos consecutivos. Este dado indica, também, que 335 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos não compareceram na UBS/PSF São Bento durante esse período para a realização do exame.

Tendo como referência o número de mulheres que atualmente estão na faixa etária de 25 a 59 anos (784), pelos dados apresentados no Quadro 01 é fácil identificar que, mantido o número médio de consultas realizadas por mês, não será possível aumentar a cobertura à essa população. Novos esforços e estratégias são necessários para atingir as metas de coleta de preventivo nas mulheres e causar impacto no programa de redução de câncer de colo uterino. Fica evidente, também, que o arquivo rotativo não está sendo usado de forma adequada, necessitando investimento de toda a equipe.

Não servindo como justificativa, mas sim como mais um desafio a ser enfrentado, percebe-se que, na comunidade da área de abrangência da UBS/PSF São Bento, ainda há muitos mitos com relação à realização do exame de preventivo e relatos de que o exame causa dor, constrangimento, ou que só precisa ser feito por prostitutas. Por outro lado, algumas mulheres nem sequer esperam o intervalo para a realização de novo exame e querem fazê-lo de seis em seis meses, sem indicação.

Em relação aos resultados dos exames, na Tabela 03 podem ser visualizados os tipos de alterações detectadas.

TABELA 03 - Tipo de alterações detectadas em material colhido em mulheres de 25 a 49 anos da área de abrangência da UBS/PSF São Bento nos anos de 2008 e 2009.

Resultados dos exames preventivos alterados em diferentes mulheres durante os anos:	2008	2009
Células atípicas de significado indeterminado. Escamosas: possivelmente não neoplásicas (ASCUS)	8	4
Atipias em células escamosas. Lesão intra epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra epitelial grau I.	2	1
Células atípicas de significado indeterminado. Escamosas: não se pode afastar lesão de alto grau	1	0
Atipias em células escamosas. Lesão intra epitelial de alto grau compreendendo neoplasias intra epiteliais grau II e III	2	0

Fonte: Fichário rotativo das mulheres pesquisadas.

Dos exames realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, durante o ano de 2008, 13 (6,3%) apresentaram resultado alterado. Destes, 02 (0,97 %) apresentaram displasias leves ou lesões intra-epitelial cervical de grau I (NICI).

Pelos dados teóricos, cerca de 60,0% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30,0% podem apresentar persistência da lesão como tal e, das demais, menos de 10,0% irão evoluir para NIC II, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1,0% (Brasil, 2002b).

Em relação aos demais exames com alteração, 03 (1,4%) indicaram como resultado uma displasia moderada ou NIC II e ou NIC III, lesões de alto grau. Todas as pacientes que apresentam essas lesões foram submetidas a exames complementares (colposcopia e/ou biopsia), e encaminhadas para um tratamento adequado.

Fica evidente, pelos dados analisados, que urge organizar o Programa de Prevenção de Câncer de colo uterino na UBS/PSF São Bento, priorizando o atendimento a todas as mulheres na faixa etária preconizada. Os melhores resultados já encontrados foram em países em que o programa de rastreamento é organizado, isto é, não é feito de forma oportunista como ocorre na UBS/PSF São Bento do Município de Novo Cruzeiro. Logo, é preciso estabelecer e implementar estratégias para atrair essa demanda reprimida para a Unidade de Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que não são satisfatórios os índices de cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero encontrados na UBS/PSF São Bento. Este estudo veio confirmar que um programa de prevenção de câncer de colo uterino feito de maneira desorganizado, com baixa cobertura, não é eficiente para causar impacto. Apesar dos esforços dos profissionais e da parceria com os Agentes Comunitários de Saúde na identificação dessas mulheres, o sentimento é de decepção após análise dos resultados e discussão.

Os resultados do quantitativo da coleta de preventivo do Município de Novo Cruzeiro são suficientes para cumprir a pactuação com a Gerência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, obviamente porque é pactuado um índice baixo, correspondente a 30% das mulheres de 25 a 59 anos. Como não existe um programa dentro da UBS/PSF para que a própria equipe analise os dados e possa tentar propor soluções, a expectativa, antes da realização do trabalho, era de encontrar uma cobertura melhor. Mas esse resultado encontrado estimulará a equipe cada vez mais na busca de melhoria do atendimento e dos índices de cobertura.

A estratégia está na organização de um programa de cobertura eficiente que por meio de atividades educativas, facilitação da realização do exame pelas mulheres da zona rural, criação de postos de atendimento dentro das próprias comunidades, trabalho em parceria com o Agente Comunitário de Saúde e priorização do vínculo entre a Equipe de Saúde e a Comunidade.

Há uma necessidade de melhorar a eficiência na comunicação direta com essas mulheres, trabalhar com visitas domiciliares, palestras nas comunidades, utilização de material áudio-visual e mostrar o porquê do exame e quais problemas ele pode evitar e detectar é fundamental para conscientizar todas as mulheres sobre o autocuidado e a importância do rastreamento de câncer de colo uterino. Palestras nas comunidades estão sendo realizadas, com a finalidade de estreitar a relação

com essas mulheres, sanando dúvidas e incertezas que possam impedir o acesso das mesmas à UBS/PSF. Trabalhar com a prevenção primária também é uma medida muito importante na efetivação do programa, conscientizar as mulheres sobre os malefícios do fumo, as vantagens da postergação do início da atividade sexual, diminuição da paridade e manejo das doenças sexualmente transmissíveis (DST) fazem parte da integralidade da assistência a essas mulheres.

Outros aspectos importantes, que precisam ser observados, são a garantia da qualidade do sistema de gestão e coordenação do programa. Todos os aspectos deverão funcionar adequadamente, não só a comunicação e os aspectos técnicos, mas, também, a qualificação dos profissionais, garantindo, às mulheres, a possibilidade de acesso a um programa de qualidade e que funcione adequadamente.

REFERÊNCIAS

MORAES, Marcos F. Programa Viva Mulher. Editorial. **Rev Brasil. Cancerol.** Volume 43, n^o2, Abr/Mai/Jun 1997. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v02/editorial.html>. Acesso em 25. jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle de Câncer do colo uterino: **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uteropdf>. Acesso em: 25 jul 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uteropdf. Acesso em: 25 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: **Manual técnico dos profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaudepdf>. Acesso em: 25 mai 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Conhecendo o Viva Mulher**: Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama.

Rio de Janeiro: 2005a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo-view.asp?id=140>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.439/GM. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantado em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em: 25 jul 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer/>. Acesso em 25 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010a. Disponível em <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A_03&item=3>. Acesso em 28 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. Qual a situação atual da doença? Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em 28 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Relatório de gestão 2003 a 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CESAR, Juraci Almeida *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19,n.5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/c>

sp/v19n5/ 17808.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2009.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003. IBGE, Comunicação Social, 25 de maio de 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=370. Acesso em: 25 jul 2010.

IIBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf>. Acesso em: 25 mai 2010.

NAKAGAWA, J.T.T.; SHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Brás. Enferm**, v.63 n.2 Brasília, março/abril 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lang=pt<http://www.cervicalcheck.ie/>>. Acesso em: 07 de jul 2010.

SILVA, Terezinha Tenório da; *et al.* Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2006; 28(5): 285-91. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n5/a04v28n5.pdf>>. Acesso em: 24 jul 2010.