

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

BÁRBARA PAMMELA DE ASSIS PEREIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE / MG

2010

BÁRBARA PAMMELA DE ASSIS PEREIRA

**ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

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.

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

CONSELHEIRO LAFAIETE / MG

2010

BÁRBARA PAMMELA DE ASSIS PEREIRA

ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER:
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

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.

Orientadora: Prof^a. Maria José Cabral Grillo

BANCA EXAMINADORA

Maria José Cabral Grillo

UFMG

Eulita Maria Barcelos

UFMG

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2011

RESUMO

A Atenção à Saúde da Mulher merece destaque visto que as mulheres são a maioria da população brasileira. Dentre as ações que devem fazer parte do Programa de Atenção Integral à Mulher, as ações de controle do câncer de mama e de colo de útero tem sido um dos desafios da Atenção Básica, controle que é considerado prioridade nacional. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma Equipe de Saúde da Família na implantação do Protocolo de Saúde da Mulher no Município de Piranga, Minas Gerais, e discutir o papel do fichário rotativo de Saúde da Mulher enquanto instrumento de apoio ao controle câncer de mama e de colo de útero. Esse estudo se caracteriza como um relato de experiência vivenciada pela Equipe Saúde em Ação, da Unidade Básica de Saúde de Santo Antônio do Guiné, da zona rural do município de Piranga, no período de 2008 a 2010. Foram analisados dados disponíveis em bases de dados do Departamento Municipal de Saúde Piranga (Atenção Integral a Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde, do Sistema de Informação em Saúde (SIAB), o Diagnóstico de Saúde realizado pela equipe da Estratégia da Saúde da Família Saúde em Ação, o caderno de registro do procedimento do exame preventivo e as fichas do fichário rotativo do citopatológico das mulheres. Também foi realizada uma revisão de literatura para fundamentação teórica da experiência a ser relatada. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos com análise descritiva. Após a análise observa-se que ocorreu um aumento do número de mulheres que realizam o exame citopatológico e exame clínico das mamas nas unidades básicas de saúde, promovendo maior controle e captação das mulheres cadastradas na área de abrangência, padronizando o serviço e, conseqüentemente, diminuindo o número de lesões mais graves.

Palavras chave: fichário, controle, câncer.

ABSTRACT

The Women's Health Care noteworthy since women are the majority of the population. Among the actions that should be part of the Program of Integral Attention to Women, efforts to control breast cancer and cervical cancer has been one of the challenges of primary care, control that is considered a national priority. The objective of this study is to report the experience of a Family Health Team in the implementation of the Protocol on Women's Health in the City of Piranga, Minas Gerais, and discuss the role of the binder rotary Women's Health as a tool to support cancer control breast and cervical cancer. This study is characterized as an account of lived experience in the Health Action Team, the Basic Health Unit of St. Anthony of Guinea, the rural municipality of Piranga, in the period 2008 to 2010. We analyzed available data in databases of the Municipal Department of Health Piranga (Integral Attention to Women's Health, Health Surveillance System for Health Information (SIAB), Diagnostic Health conducted by the staff of the Family Health Strategy Health Action, contract registration procedure of screening and chips from rotary binder cytology of women. We also performed a literature review of the theoretical basis for experience to be reported. the results are presented in graphical format with descriptive analysis . After the analysis it is observed that there was an increase in the number of women who had Pap smears and clinical breast examination in primary health care, promoting greater control and capture of women registered in the area covered by standardizing the service and consequently decreasing the number of more serious injuries.

Keywords: binder, control, cancer.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. OBJETIVOS.....	09
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
4. METODOLOGIA.....	18
5. PRÁTICA VIVENCIADA.....	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES:

GRÁFICO 1 Número de exames Papanicolau e exame clínico das mamas21

DIAGRAMA DE VENN 122

ANEXOS

ANEXO 1 27

ANEXO 2 28

ANEXO 3 29

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é constituída por um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Ela é o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS) e está orientada “pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social” (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é constituída, principalmente, por medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, envolvendo o controle da Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Idoso e do Trabalhador, dentre outros usuários do sistema, com o objetivo de atender às demandas da população, melhorando a qualidade de vida da comunidade. A Atenção à Saúde da Mulher merece destaque visto que as mulheres são a maioria da população brasileira, representando mais de noventa e sete milhões de cidadãs e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2010).

Dentre as ações que devem fazer parte do Programa de Atenção Integral à Mulher, aquelas relacionadas ao controle do câncer de mama e de colo de útero têm sido um dos desafios da Atenção Básica; controle que é considerado prioridade nacional.

Atualmente, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (BRASIL, 2009). O câncer do colo do útero corresponde à cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo (BRASIL, 2000). No decorrer dos anos, vem ocupando destaque nas taxas de morbi-mortalidade entre a população feminina, especialmente nos países em desenvolvimento (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003). Cerca de 50.000 (cinquenta mil) novos casos são diagnosticados anualmente (RAMOS; URBANETZ, 2004).

No Estado de Minas Gerais, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência e o primeiro em mortalidade por câncer nas mulheres, seguido pelo câncer do colo do útero (MINAS GERAIS, 2003). Essa situação chega a ser inacreditável, considerando que detecção precoce do câncer de mama pode ser realizada pelas próprias mulheres, através do auto-exame das mamas e/ou dentro do consultório médico ou de enfermagem através do exame clínico das mamas, sendo estes a prevenção

primária. Independente do objetivo da consulta demandada pela usuária deveria fazer parte da atenção integral à saúde da mulher a investigação clínica para a detecção precoce do câncer de mama.

Segundo o Ministério da Saúde, com o objetivo de diminuir a ocorrência (incidência e a mortalidade) de câncer de mama e do colo do útero, estão sendo inseridas nas unidades básicas de saúde ações de promoção, prevenção e controle. Para alcançar esses objetivos, no Brasil, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o Programa Viva Mulher, do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama (BRASIL, 2006b).

De acordo com Bicalho e Aleixo (2002), o Programa Viva Mulher, implantado no final da década de 1990, é composto por medidas de prevenção do câncer de colo uterino, como palestras educativas em grupos, orientações domiciliares, coleta de exame preventivo Papanicolaou e busca ativa das mulheres.

O câncer do colo do útero tem um desenvolvimento bastante demorado e, por isso, as alterações celulares são facilmente detectadas no exame preventivo, o que indica sua realização como ação de controle. Mulheres diagnosticadas precocemente têm prognósticos de 100% de cura (BRASIL, 2002a).

Atualmente, no Brasil, a estratégia principal para o controle do câncer do colo de útero, baseia-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolaou), sendo um método seguro e de baixo custo (BRASIL, 2002a). Ele consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde recomenda que a coleta seja feita anualmente e, após dois anos consecutivos de coleta e dois exames com resultados negativos para displasia ou neoplasia, o exame pode ser repetido a intervalos de três anos (BRASIL, 2002a; COELHO; PORTO, 2009), exceto em mulheres portadoras do vírus HIV. Considerando o risco para estas mulheres, o controle deverá ser realizado anualmente (COELHO; PORTO, 2009).

Porém, ainda é baixo o número de mulheres que realizam o preventivo anualmente. Segundo Ramos (2009), estimativas mostram que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolaou. A não realização do exame pelas mulheres tem sido registrada como falta de adesão ao mesmo, ocasionada por diversos motivos, tais como: falta de informações ou não compreensão das informações sobre o câncer do colo do útero, sobre a técnica de coleta

e importância do exame; sentimento de medo do exame e, principalmente, medo do resultado positivo para câncer (FERREIRA, 2009).

No município de Piranga, local onde foi realizado este estudo, a situação não era diferente, até o momento em que foi implantado o fichário rotativo de mulheres cadastradas no programa de controle de câncer de colo de útero e de mama.

Existem 06 (seis) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 02 (duas) na zona urbana e 04 (quatro) na zona rural, correspondendo a 100% de cobertura a uma população estimada, em 2010, de 17.511 (dezessete mil e quinhentas e onze habitantes), o que corresponde a uma densidade populacional de 26,16 hab/km² (IBGE, 2010).

A equipe onde atuo, denominada Saúde em Ação, é constituída por 16 (dezesseis) profissionais sendo 03 (três) de nível superior (médico, enfermeira e cirurgião dentista), 03 (três) técnicos de enfermagem; 02 (dois) auxiliares de enfermagem; 01 (um) auxiliar de consultório dentário e 07 (sete) agentes comunitários de saúde. De acordo com os dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), em 2010, a população da área de abrangência da equipe Saúde em Ação é constituída por 2.649 (duas mil e seiscentas e quarenta e nove) pessoas distribuídas em 696 (seiscentas e noventa e seis) famílias cadastradas. Entre a população, 1.329 (mil e trezentas e vinte nove) são do sexo masculino e 1.320 (mil trezentas e vinte) do sexo feminino. A população de mulheres em idade alvo para câncer é de 1.112 (mil e cento e doze) mulheres e, dessas, 509 (quinhentas e nove) estão na faixa etária entre 25 (vinte e cinco) a 59 (cinquenta e nove) anos (PIRANGA, 2009).

Os programas voltados para a saúde da mulher são os que de certa forma ocupam maior tempo do enfermeiro, isto devido ao fato de abranger todas as fases da vida da mulher, com ênfase na fase reprodutiva. Durante a consulta de enfermagem à mulher é realizado o exame clínico das mamas e o exame especular do colo uterino, permitindo a identificação de possíveis lesões pré-malignas das mamas, colo uterino e infecções vaginais e também a coleta para o exame citopatológico.

No ano de 2008, as mulheres realizavam o exame citopatológico na consulta de enfermagem por livre demanda, ou seja, elas procuravam as unidades e marcavam seus exames. Muitas delas realizavam o exame mais de uma vez ao ano e outras nem sabiam que a coleta era realizada na unidade. Consequentemente, não faziam o exame preventivo ou acessavam outros serviços para fazê-lo. A busca ativa das mulheres faltosas era inexistente, visto que era utilizado apenas um caderno de registro de exames realizados, não tendo o controle de pacientes faltosas.

Em 2009, com a implantação do Protocolo de Saúde da Mulher do município de Piranga, foi introduzido o fichário rotativo para controle da realização do exame citopatológico que deveria ser realizado pelas mulheres de 25 (vinte e cinco) a 59 (cinquenta e nove) anos. O fichário rotativo tem como objetivo controlar o comparecimento das mulheres à coleta do exame preventivo e, conseqüentemente, facilitar a busca ativa das faltosas e melhorar a vigilância sobre as lesões precursoras e estágios iniciais do câncer de colo uterino e das mamas (PIRANGA, 2008).

Considerando a grande extensão territorial do município e a dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a introdução do fichário rotativo foi de suma importância para a organização do serviço de enfermagem e das agentes comunitárias de saúde, promovendo maior controle e captação das mulheres cadastradas na área de abrangência. Portanto, tendo em vista o significado desse resultado e a importância de sua divulgação, ao ter que definir um tema para a realização do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), eu optei por abordar o controle do câncer de mama e de colo de útero. O relato de experiência foi o formato escolhido para apresentar a minha realidade e a influência da organização do processo de trabalho nos resultados alcançados por uma equipe de saúde da família.

2. OBJETIVOS

Relatar a experiência da equipe Saúde em Ação na implantação do Protocolo de Saúde da Mulher no município de Piranga, Minas Gerais.

Discutir o papel do fichário rotativo de saúde da mulher enquanto instrumento de apoio ao controle câncer de mama e de colo de útero.

3. METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como um relato de experiência vivenciada pela Equipe Saúde em Ação, da Unidade Básica de Saúde de Santo Antônio do Guiné, da zona rural do município de Piranga, Minas Gerais, na reorganização do programa de controle de câncer de mama e do colo de útero, no período de 2008 a 2010.

Para o desenvolvimento desse estudo foram analisados dados disponíveis em bases de dados do Departamento Municipal de Saúde Piranga (Atenção Integral a Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde, do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e o Diagnóstico de Saúde realizado pela equipe de PSF Saúde em Ação. Também foram coletados dados junto às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que, por terem a visita domiciliar como atividade principal de seu cotidiano, sabem informar, por exemplo, se há usuárias que utilizam serviço suplementar de atenção à saúde. A revisão de literatura, contribuiu para fundamentação teórica da experiência a ser relatada.

Realizou-se um levantamento e análise de 136 fichas de cadastro de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos que realizaram ou não o exame citopatológico do colo do útero.

Após o levantamento e análise dos dados, foram obtidos resultados relativos ao número de pacientes faltosas, nível de adesão após a implantação do fichário rotativo e comparativo do número de coletas dos anos pesquisados.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar descrito por Starfield (2002).

A Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sendo estas responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. A prevenção é uma necessidade na atenção básica e tem a função, na saúde pública, de proporcionar o bem estar à população (STARFIELD, 2002).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2004a). A humanização do atendimento através do acolhimento, orientações comunitárias e atuação em equipe, fazem a diferença para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sendo estas práticas importantes para realização dos princípios do SUS.

O acolhimento se dá em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, o que indica a necessidade de que todos que atuam em saúde da família tenham, entre suas qualidades, a capacidade de escuta (AYRES, 2004). Uma escuta qualificada promove interação entre profissionais e pacientes, contribuindo para a formação de vínculo, obtendo melhores resultados na atenção oferecida.

O vínculo é considerado uma importante estratégia de construção de uma relação de confiança e adesão às propostas das equipes de saúde da Família, a

[...] constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro (CAMPOS, 2003, p.68-69).

Outra estratégia utilizada pela equipe é o exercício da prática pedagógica voltada para a solução das necessidades da população e está diretamente relacionado ao

conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam. Isso porque, “cada ´gente` é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido e atendido de forma integral, numa relação de vínculos institucionais e emocionais” (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 18).

Neste sentido uma educação para a saúde eficaz serve como base sólida para o bem-estar do indivíduo e da comunidade. O ensino é um instrumento integrador que todas as enfermeiras usam para prestar assistência aos pacientes e famílias para desenvolverem comportamentos de saúde eficazes e alterarem padrões de estilo de vida que predispõem as pessoas aos riscos de saúde. Educação para saúde, portanto, é uma ligação direta para resultados bem sucedidos com o cuidado do paciente nas clínicas (SMELZER; BARE, 2002).

Dentre os usuários do sistema de saúde, as mulheres merecem uma atenção especial com relação ao cuidado prestado e a educação para a saúde, visto que, são as que mais utilizam o serviço de saúde e respondem pelos cuidados de crianças e idoso, quando necessário. Nos últimos anos, elas têm alterado o perfil social no Brasil com mudanças no seu papel na sociedade como: redução da taxa de fecundidade, crescimento no mercado de trabalho, escolaridade e contribuição na renda familiar (COELHO; PORTO, 2009).

Ainda segundo Coelho e Porto (2009), com o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, houve mudanças no padrão e estilo de vida familiar, levando-as à maior procura e responsabilidade pelos seus próprios cuidados com a saúde.

A escolaridade das mulheres brasileiras também merece destaque. Em média, elas possuem um ano a mais de escolaridade em comparação aos homens (COELHO; PORTO, 2009).

Com relação à saúde da mulher, o câncer tem sido um importante problema de saúde pública, representando cerca de 10% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Um dos desafios da Atenção Básica para a integralidade à saúde da mulher é o controle do câncer uterino e do câncer de mama, sendo estes um problema de saúde pública mundial. O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina.

Por apresentar incidência crescente e elevada taxa de mortalidade entre as mulheres ocidentais, principalmente as maiores de cinquenta anos de idade, o câncer de mama é destaque na literatura Brasileira. No Brasil, estima-se a ocorrência de quarenta mil novos casos, acarretando quatro mil mortes por ano (RAMOS; URBANETZ, 2004).

Ramos e Urbanetz (2004) afirmam que uma entre oito e dez mulheres que sobrevivem na faixa etária de cinquenta e oito anos poderá ter câncer de mama. A doença tem importância primordial, visto que a sua prevalência e incidência corresponde a trinta e dois por cento de todas as neoplasias malignas predominantes no Brasil.

Em países desenvolvidos e nos estados do Sul do Brasil, a previsão em relação ao câncer de mama para 2005 era de duzentos e onze mil mulheres portadoras da doença, das quais vinte por cento morreriam (RAMOS; URBANETZ, 2004).

Segundo Branco (2005), para que se possa diagnosticar precocemente o câncer de mama deve haver uma modificação na forma de agir e pensar, não somente da população, mas, também, dos profissionais da saúde. Ou seja, é preciso que se tenha “[...] uma mudança efetiva de mentalidades que permita, de fato, uma eficaz Educação para a Saúde, de forma a prevenir e diagnosticar precocemente o câncer” (BRANCO, 2005, p.3).

A detecção precoce do câncer de mama pode ser realizada pelas próprias mulheres, através do auto-exame das mamas e dentro do consultório médico ou de enfermagem através do exame clínico das mamas, sendo estes a prevenção primária.

Estudos realizados na Finlândia e no Reino Unido mostraram benefícios do auto-exame das mamas na redução das taxas de mortalidade. O auto-exame deve ser incentivado pelo seu baixo custo e pela sua abrangência, fazendo parte integrante da conscientização feminina sobre a importância do câncer de mama (RAMOS; URBANETZ, 2004).

Os mesmos autores afirmam que, o exame clínico das mamas deve ser realizado pelo menos uma vez ao ano e sua eficácia depende da qualidade da sua realização. O exame pode detectar lesões menores e é mais importante em mulheres jovens, já que essas, geralmente, ainda não realizam o exame de mamografia de rastreamento.

Ainda de acordo com Ramos e Urbanetz (2004), a prevenção secundária é realizada através, principalmente, da mamografia e a detecção do câncer de mama através do rastreamento mamográfico foi capaz de reduzir a mortalidade da doença em trinta por cento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) as evidências induzem que a triagem mamográfica deve ser realizada entre as mulheres de 50 a 69 anos com o máximo de dois anos entre os exames. O rastreamento em mulheres mais jovens, entre 40 a 49 anos, não deve ser ignorado visto que demonstraram menor impacto, porém significativo, em cerca de treze por cento dos casos. Contudo, para o governo, a inclusão das mulheres nesta faixa etária aumenta muito o custo, pois é alto o número de falsos

resultados da mamografia, aumentando o número de procedimentos invasivos (RAMOS; URBANETZ, 2004).

Já o câncer do colo do útero corresponde cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo (BRASIL, 2000). Cerca de 50.000 (cinquenta mil) novos casos são diagnosticados anualmente (RAMOS; URBANETZ, 2004).

As taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam elevadas no Brasil e, do ponto de vista temporal, vem aumentando: em 1979, a taxa era de 3,44/100.000, enquanto em 1998 era de 4,45/100.000, o que corresponde a uma variação percentual relativa de 29%. Os números de óbitos e casos novos esperados para o ano de 2001 em todo o país são, respectivamente, são de 3.725 e 16.270 (COELHO; PORTO, 2009). O número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 foi de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009).

Marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (BELO HORIZONTE, 2008).

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos (BRASIL, 2002a).

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro), a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno, e o uso de anticoncepcionais (BELO HORIZONTE, 2008).

A mulher com situação de risco pode ser identificada durante o acolhimento ou na consulta ginecológica e deve ser acompanhada periodicamente.

A prevenção primária do câncer de colo uterino é feita com a correção de alguns desses fatores de risco, estimulando a prática do sexo seguro, correção das doenças nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. Durante a relação sexual é uma das formas de se evitar o contágio pelo HPV (Papiloma Vírus Humano), vírus com papel importante para o desenvolvimento do câncer e suas lesões precursoras.

Já a prevenção secundária, é a detecção precoce do câncer de colo ou de suas lesões precursoras, sendo que a curabilidade pode chegar a 100% dos casos (BRASIL, 2002a).

Atualmente, a estratégia principal para o controle desta doença no Brasil, baseia-se na disponibilização do exame citopatológico (Papanicolaou), sendo um método seguro e de baixo custo (BRASIL, 2002a). Contudo, sua técnica de realização é suscetível a erros de coleta e de preparação da lâmina e na interpretação dos resultados (MARTINS; THULER; VELENTE, 2005).

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico para a detecção precoce do câncer do colo do útero, sendo um poderoso aliado da saúde das mulheres, permitindo iniciar o tratamento antes que o câncer se desenvolva.

Segundo Pinho e França-Junior (2003), no estado de São Paulo, a introdução do teste Papanicolaou ocorreu em meados da década de 1970 e foi ampliado com a implantação do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM) em 1983, que tinha como objetivos, ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical, promover ações educativas na prevenção da doença.

O Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama - foi lançado em 1997, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002).

Conforme Bicalho e Aleixo (2002), o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama atua com medidas de prevenção, através de orientações domiciliares, palestras educativas, panfletos, realização do exame preventivo de Papanicolaou e busca ativa das mulheres faltosas. Dentre as medidas citadas a mais importante é a coleta do exame preventivo de Papanicolaou, para isto, foram desenvolvidas oficinas de capacitação de enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família com aulas práticas e teóricas sobre o assunto. As mulheres devem ser estimuladas a realizar atividade física regular, evitar o tabagismo e o etilismo. A mulher fumante além de ter maior risco de câncer de colo de útero, pode ocorrer dismenorréia,

irregularidades menstruais, antecipação da menopausa e até a infertilidade (BRASIL, 2002).

A estruturação deste programa prevê, dentre outras coisas, a prevenção, detecção precoce e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo. Neste sentido, o exame preventivo é priorizado para a faixa etária de 25 a 59 anos com periodicidade preconizada para um exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. Em mulheres que tenha sido identificado algum fator de risco, como a infecção pelo HPV, o exame deverá ser realizado anualmente (BRASIL, 2002).

Pesquisas mostram que, no Brasil, a maior parte dos exames preventivos do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente aquelas que comparecem com maior frequência nas unidades básicas de saúde. Isso faz com que haja uma subutilização dos serviços e menor eficácia do programa de rastreamento, não atingindo as mulheres na faixa de risco.

Em 1998, as ações do Programa “Viva Mulher” foram estendidas a todos os municípios do Brasil por meio de campanha nacional. A partir daí, observou-se um aumento na oferta de exames citopatológicos no país. Antes de 1988, o número de exames realizados não ultrapassava sete milhões por ano. Em 1988, houve uma campanha e esse número subiu para 10,3 milhões. Já em 2002, ocorreu uma intensificação da oferta, aumentando para 12,2 milhões de exames (MARTINS; THULER; VELENTE, 2005).

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) é o sistema de informação do Ministério da Saúde que é utilizado para o fornecimento de dados sobre os procedimentos de citologia, histopatologia e controle de qualidade dos exames preventivos do colo do útero. Ele é uma ferramenta importante para que os profissionais de saúde possam avaliar e planejar ações pertinentes ao bom desempenho do controle do câncer do colo do útero e é alimentado pelo preenchimento correto dos dados da ficha de requisição do exame citopatológico. Por meio desse Sistema é possível acompanhar a prevalência, a qualidade, o rastreamento e cobertura do câncer do colo do útero (BELO HORIZONTE, 2008).

5. PRÁTICA VIVENCIADA

Em 2007, alguns profissionais de saúde inseridos no Programa Saúde da Família do município de Piranga, participaram de uma capacitação sobre a implantação do fichário rotativo de mulheres pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Dessa forma, esses participantes conheceram a tecnologia e sua aplicabilidade na organização do processo de trabalho dentro da unidade de saúde.

O uso do fichário rotativo, elaborado em moldes cubanos, é uma articulação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais com os municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família para o controle do câncer do colo uterino, por meio do Programa Viva Mulher. Tem como objetivos controlar o comparecimento de mulheres à coleta do Papanicolaou, facilitando a busca ativa das mulheres faltosas e prevenindo lesões precursoras e estágio iniciais do câncer do colo de útero (BRASIL, 2002). Este fichário (ANEXO 1) é dividido em 15 (quinze) partes, sendo 12 (doze) referentes aos meses do ano e as outras 03 (três) separadas em “coleta atrasada”, “fora de área ou da faixa etária” e “aguardando resultado”.

Com o uso dessa ferramenta pela equipe, com o enfermeiro colocando a ficha da usuária no mês de retorno, os agentes comunitários de saúde podem fazer o acompanhamento da situação das mulheres em relação aos exames preventivos e monitorar o retorno agendado e outros encaminhamentos.

No dia da coleta, a ficha (ANEXO 2) da usuária que será atendida é separada e utilizada durante a consulta para coleta do exame, sendo feitas as anotações requeridas, também no prontuário da mesma. Após a realização da consulta a ficha é colocada no fichário, no local especificado como aguardando o resultado. Ao chegar o resultado do exame, o mesmo é analisado pela enfermeira e registrado na ficha do arquivo rotativo e no prontuário da usuária. Se o resultado indicar alguma alteração, é realizado encaminhamento para o clínico e/ou para o ginecologista de referência. O retorno da paciente é agendado segundo a periodicidade definida pelo Ministério da Saúde e a ficha é arquivada no mês correspondente da próxima coleta no ano seguinte.

As consultas são agendadas pelo agente comunitário juntamente com a disponibilidade da agenda do enfermeiro. São entregues às mulheres as recomendações (ANEXO 3) para a coleta, com a data, local e horário da realização do exame. As marcações são feitas de forma harmônica junto com as ACS's de forma a organizar e facilitar o trabalho da equipe.

Pensando na grande extensão territorial do município e a dificuldade de acesso às UBS, a introdução do fichário rotativo foi considerada como uma possibilidade de captação precoce e busca ativa das mulheres faltosas da área de abrangência, além da organização do trabalho, padronizando a forma de monitoramento das mulheres.

Em 2008, o município não aplicava o fichário rotativo como método de controle e organização do serviço e busca ativa de pacientes. O atendimento era realizado por livre demanda e, em razão disso, era baixo o índice de adesão ao exame preventivo. Apesar da divulgação e convocação das mulheres para o comparecimento e realização do exame, pouco se obtinha de êxito, pois o controle de chamadas não seguia nenhuma metodologia padronizada. Naquele ano, somente 28 (vinte e oito) mulheres compareceram. Importante repetir que a população de mulheres na faixa alvo para câncer é de 1.112 (mil e cento e doze) mulheres e, dessas, 509 (quinhentas e nove) estão na faixa entre 25 (vinte e cinco) e 59 (cinquenta e nove) anos, sendo, portanto, nosso público alvo. Também foi considerada uma causa do não comparecimento a mudança do profissional enfermeiro e, conseqüentemente, a falta de tempo para a construção do vínculo.

Em 2009, o município adotou o fichário rotativo como método de controle e organização do trabalho da enfermagem. A proposta era dinamizar o trabalho e trazer mais eficiência na busca ativa das mulheres faltosas, buscando a cobertura total. Em seu primeiro ano, a equipe pode perceber o resultado positivo que foi considerado como decorrente do controle eficaz e a forma adotada para a convocação das mulheres. No ano seguinte os resultados foram ainda mais animadores.

No gráfico 1, apresentado a seguir, é possível perceber a evolução do programa do ponto de vista quantitativo dos exames realizados nos anos de 2008, 2009 e 2010.

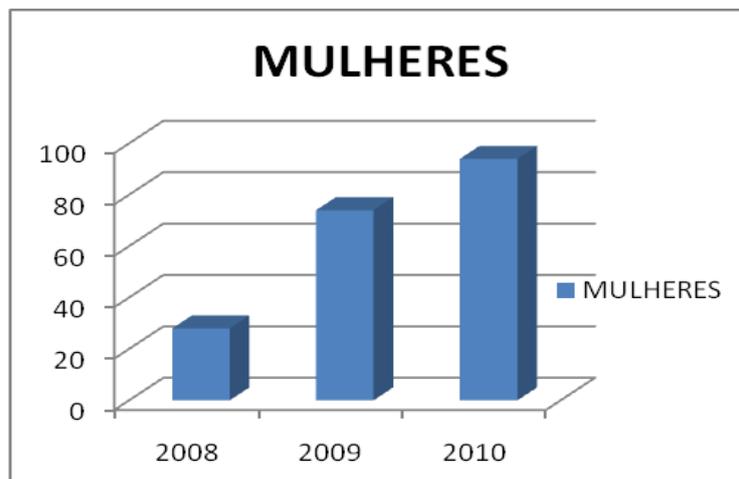


Gráfico 1 – Número de exames Papanicolaou e exame clínico das mamas realizados pela Equipe Saúde em Ação - 2008 a 2010.

Pela análise do gráfico pode-se perceber que foi crescente o número de mulheres que realizaram o exame preventivo de câncer de colo do útero e de mama. Em 2009, após a aplicação da tecnologia do fichário rotativo, obteve-se um aumento de 164,2% em relação ao ano anterior, elevando para 74 (setenta e quatro) o número de mulheres que realizaram o exame. Em 2010, após 2 (dois) anos de aplicação do fichário rotativo, a marca de 94 (noventa e quatro) comparecimentos, um aumento significativo de 235,7% em relação a 2008. Embora o percentual de aumento tenha diminuído de 2009 para 2010, foi observado um acréscimo de 20 mulheres, significando 27% de aumento.

Após dois anos, portanto, conseguimos como resultado, um total de 136 mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde de Santo Antônio do Guiné. Das 28 mulheres que compareceram em 2008, 23 mulheres, ou seja, 82% retornaram para consulta no ano seguinte. Com a aplicação do fichário, a organização e convocação para consultas foram modificadas, tornando mais eficiente, o que fica demonstrado em 2009 quando, além das consultas de retorno, mais 51 mulheres iniciaram o controle preventivo. No ano de 2010, 84% dos atendimentos foram de retorno e 31 realizaram o primeiro atendimento, o que está representado no diagrama a seguir.

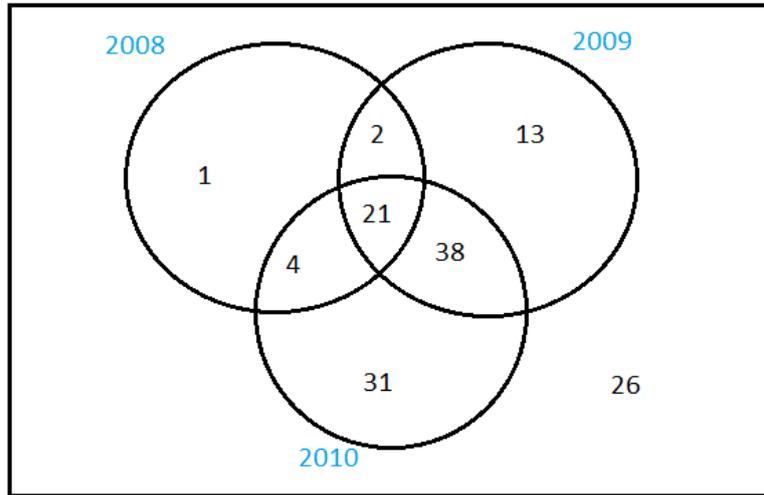


Figura 1- Diagrama de Venn representando a disposição total e detalhada do número de mulheres que compareceram e/ou não à realização do exame preventivo do colo do útero.

Ao analisar o diagrama de Venn observa-se que: apenas 01 (uma) mulher compareceu somente em 2008, 13 (treze) compareceram somente em 2009, 31 (trinta e uma) compareceram somente em 2010 e, 26 (vinte e seis) não compareceram para a coleta em nenhum dos anos citados. Isso demonstra que gradativamente vem ampliando o número de mulheres que realizam o primeiro atendimento, resultado da estratégia de utilização do método do fichário rotativo na busca ativa das mulheres compreendidas na faixa etária pesquisada. Em fim, pode-se concluir que o crescimento de atendimento, efetivando maior cobertura das mulheres, foi notório.

De acordo com a pactuação do município de Piranga, com relação ao número de exames realizados no ano, a meta é atingir 100% de mulheres na faixa entre 25 (vinte e cinco) e 59 (cinquenta e nove) anos convidadas para a coleta do exame, sendo que deverão ser realizados, no mínimo, 40% de coletas de acordo com o número de mulheres cadastradas na área adscrita.

Apesar das dificuldades encontradas, contamos com o apoio da gestão local de Piranga, visto que, os materiais necessários são disponibilizados de forma a atender a demanda. Por meio da continuidade do trabalho e o aprimoramento da técnica pode se alcançar resultados almejados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família constitui uma nova maneira de reversão do modelo assistencial centrado na doença, para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Dentre essas ações, a Equipe Saúde em Ação inseriu em seu contexto de trabalho estratégias para o controle do câncer de mama e do colo de útero, visto que estes são, mundialmente, problemas de saúde pública.

A introdução do exame citopatológico para as mulheres de 25 (vinte e cinco) a 59 (cinquenta e nove) anos foi uma das medidas de controle do câncer de mama e de útero. Quando detectados precocemente, as portadoras têm grande percentual de cura, reduzindo assim, as taxas de morbi-mortalidade.

Por meio deste relato espero ter demonstrado que o fichário rotativo pode ser uma ferramenta de suma importância para a organização do serviço de saúde, que deve ser utilizada por profissionais qualificados e comprometidos com a promoção de ações de controle e que facilitem o acesso das mulheres ao serviço. Em nosso serviço, após a implantação do fichário rotativo, foi notório o aumento de mulheres que compareceram à UBS para realização do exame citopatológico. Através desta tecnologia, observa-se um maior controle na busca ativa das mulheres faltosas, bem como o número de exames realizados, facilitando o monitoramento das mulheres.

A construção de vínculo com a população também contribuiu para o aumento da adesão às mulheres ao exame, atingindo um público maior.

A partir dos resultados conseguidos com o uso do fichário rotativo de mulheres e sua contribuição na organização do serviço, a Equipe de Saúde da Família Saúde em Ação também introduziu, em seu processo de trabalho, o fichário da Criança e do Hiperdia. O primeiro tem contribuído com o monitoramento dos cartões espelhos das crianças de 0 (zero) a 05 (cinco) anos de idade e o segundo com a organização das consultas programadas dos pacientes hipertensos e diabéticos, de acordo com a classificação de risco de cada um.

A realização desse trabalho contribui para minha formação profissional, pessoal e de toda a equipe que de alguma forma participa de todas as atividades desenvolvidas e resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, saúde e educação*, v.8, n.14: p.73-92, 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal. *Protocolo de atenção à saúde da Mulher. Prevenção e controle do câncer do colo do útero*. Belo Horizonte: SMS. 2008.

BICALHO e ALEIXO 2002. O programa “Viva mulher”: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama. *Revista Mineira de Saúde Pública*, nº 01, ano 01. 2002.

BRANCO, Isaura Maria Bata Henriques Peixoto. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. *Texto & Contexto- Enfermagem*. vol.14 no. 2 Florianópolis Apr.-June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000200012&script=sci_arttext> acesso em junho 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Implantando o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*. Coordenação e Vigilância. Rio de Janeiro. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ações de enfermagem no controle do câncer. Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer*. Rio de Janeiro. 2002.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria Nacional de assistência a saúde. *Falando sobre o câncer de colo do útero*. Coordenação de Prevenção e vigilância. Rio de Janeiro 2002a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Caderno de atenção básica nº 17. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Caderno de Atenção Básica, n. 13. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília. DF, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em: 12 agosto 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso*. Rio de Janeiro, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. *Sistema de informação sobre mortalidade 2006 – 2007: dados de declaração de óbito*. Brasília: DATASUS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Brasília, 2009. Disponível em <www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo>. Acesso em 27 de setembro de 2011.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 68-69.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula. F.; *Saúde da Mulher*. Belo Horizonte: Nescon. UFMG, Coopmed, 2009

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não realização do exame Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Escola Anna Nery. *Revista de enfermagem*. V.13, n.2, abr-jun 2009.

GUERRA, Maximilino Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, INCA, V. 5, 227-134. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE) Cidades, MG. 2010.<www.ibge.gov,BR> http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=315080&corhomem=3d4590&comulher=9cdbfc>. Acesso em: 20 jun 2011.

MARTINS, Luis Felipe Leite; THULER, Luiz Claudio Santos; VALENTE, Joaquim Gonçalves. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais (Viva-vida)*. Belo Horizonte. ESPMG, 2003.

PINHO, Adriana de Araújo; FRANÇA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer do colo do útero: um modelo teórico para analisar a acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Revista Brasileira Materno- Infantil*. Recife, 3, 95-112, jan – mar. 2003.

RAMOS, Jose Geraldo, URBANETZ, Almir Antônio. *Programa de atualização em Ginecologia e Obstetrícia. (PROAGO)*. Ciclo 1, Módulo 1 e 2. Editora Panamerica. Porto Alegre, 2004.

RAMOS, Jose Geraldo, URBANETZ, Almir Antônio. *Programa de atualização em Ginecologia e obstetrícia. (PROAGO)*. Ciclo 2, Modulo 4. Editora Panamerica. Porto alegre, 2006.

RAMOS, Sérgio dos Passos. *Exame Ginecológico Preventivo do Câncer Papanicolaou: Citologia Oncótica. Atenção a Saúde da Mulher*. Campinas: Editora; 2007. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/exame2.htm>>. Acesso em: 08 ago. 2009.

PIRANGA. Departamento de Saúde. *Diagnóstico de Saúde da Equipe de PSF Saúde em Ação*; 2009.

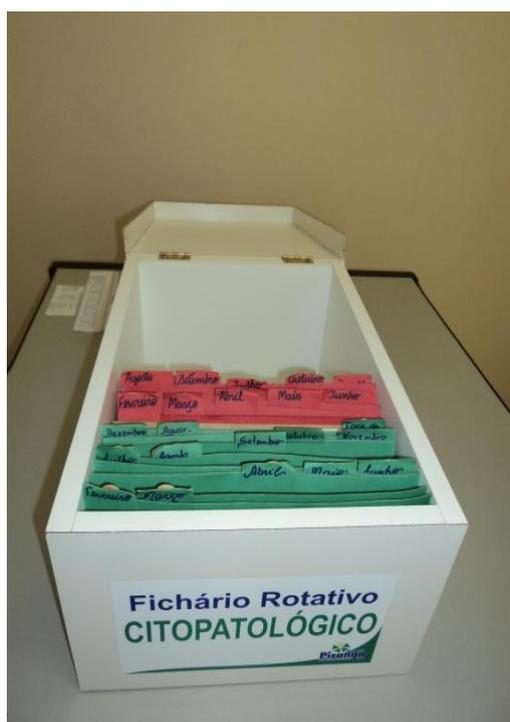
PIRANGA. Departamento de Saúde. *Protocolo de Enfermagem. Atenção Integral à Saúde da Mulher - Piranga – MG*, 2008.

SMELTZER, Suzane C. BARE, Brenda G. BRUNNER & SUDDARTH *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 2002.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, equilíbrio e tecnologia*. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José C.; SOARES, Sonia Maria. *Práticas Pedagógicas em Atenção à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: NESCON / UFMG. 2009.

ANEXO 1



ANEXO 2

 DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE CONTROLE DO EXAME CITOPATOLÓGICO (PAPANICOLAU) CÉRVICO-VAGINAL		
01) NOME DO PACIENTE (completo, não abreviado)		03) FICHA Nº.
02) ENDEREÇO COMPLETO (Av., Rua, nº, complemento, bairro)		04) DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
		05) IDADE _____
06) MENARCA _____ MENOPAUSA _____ G _____ P _____ A _____	07) MÉTODO ANTICONCEPCIONAL <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> CAMISINHA <input type="checkbox"/> INJETÁVEL <input type="checkbox"/> DIAFRAGMA <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> OUTRO _____	
08) ORIENTAÇÃO SOBRE O AUTO-EXAME DAS MAMAS		
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____

AL-11

ANEXO 3

RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO/PREVENTIVO

1. Não estar menstruada;
2. Não ter relações sexuais, 3 dias antes;
3. Não usar remédios locais, 7 dias antes;
4. Parto normal ou cesariano (90 dias depois);
5. Aborto (45 depois);
6. Tomar banho antes da consulta;
7. TRAZER DOCUMENTOS DE IDENTIDADE, CPF E CARTÃO SUS.

Nome:.....

Data:..... Horário:.....

Local:.....

Nome do Profissional:.....