

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO
ENFERMEIRO.**

Cláudia de Carvalho Rabello

Contagem - MG
Julho – 2010

Cláudia de Carvalho Rabello

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO
ENFERMEIRO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina/NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira

Contagem - MG

Julho – 2010

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Vinícius e Bruno pelos ensinamentos em como vencer o “demônio” computador.

Meus amados pais Aracy e Luiz Carlos.

Meus irmãos e familiares.

Minha “fiinha”, amiga, aluna e mestre de todas as horas Enf. Janete Silvano.

Meu amado amigo e colega de trabalho Dr. José Aloysio Quadros (in memorian).

Meus colegas de trabalho e grandes colaboradores Cláudia Vanessa Pereira, Renata Duarte, Vera Neuza, Vanessa Iglesias, Maurício de Paulo, Elizabeth Brandão, Angelita Alves, Edilânia Gomes, Eliane dos Santos, Edilamar Alves, Izabella Miriam Peixoto, Maísa Silva, Juliene Natividade (in memorian) e Paolinha Carvalho. Sem eles, certamente não teríamos conseguido concretizar nosso projeto.

E, principalmente, a todas às usuárias cadastradas na ESF 07, por confiarem na nossa seriedade, ética e compromisso profissional.

“Quando se escreve, se pesquisa, poucas são as respostas às nossas perguntas; quanto mais perguntamos, menos achamos respostas e mais perguntamos. Quando achamos que nossas perguntas foram respondidas, outras perguntas irão surgir. O mundo é cheio de dúvidas e perguntas...”

(Edgar da Rosa Ribeiro)

RESUMO

O número de casos de câncer de colo uterino tem aumentado de maneira considerável no Brasil. Atualmente configura-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública em nosso país. De crescimento silencioso, se detectado precocemente sua cura pode chegar a 100% e em grande parte a resolução ocorrerá ainda em nível primário, com baixo custo. A principal estratégia para seu rastreamento é através da citologia oncológica (*Papanicolaou*) popularmente conhecido como "exame preventivo". Já o câncer de mama é a doença mais comum em mulheres, sendo responsável por quase um terço de todas as malignidades femininas. Esse mal é responsável por aproximadamente 18% das mortes por câncer e ocasiona o mesmo número de mortes por ano que os acidentes automobilísticos. Sendo assim, a proposta de uma das equipes de saúde da família do município de Contagem, Minas Gerais, foi realizar "Mutirões de prevenção e promoção à saúde da mulher", com o objetivo de tentar diminuir os índices de morbimortalidade na população de mulheres adscrita à área de abrangência da ESF.

Palavras-chave: Enfermeiro. Câncer de colo uterino. Câncer de mama; Prevenção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4 METODOLOGIA	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
APÊNDICES I, II e III	

1 INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS. Encontra-se na literatura vários conceitos sobre a saúde da mulher. Os mais restritos abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e os amplos interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. Estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), dentre todos os casos de câncer feminino estimados para 2008, na região metropolitana de Belo Horizonte, 17,35% serão neoplasias do colo uterino, perdendo apenas para o câncer de mama (INCA, 2009). Refere ainda que o câncer do colo de útero é uma doença de crescimento silencioso. A detecção precoce do câncer ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois a cura pode chegar a 100% e, em grande número de vezes, a resolução ocorrerá ainda no nível ambulatorial, com procedimentos de baixo custo.

Conforme o Ministério da Saúde (2006) são atribuições do Enfermeiro na atenção ao câncer de colo uterino: realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar atenção domiciliar quando necessário; supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde - ACS e da equipe de enfermagem; manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas e realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce do câncer de colo uterino no Brasil é através do rastreamento, que significa realizar o exame

preventivo, citologia oncótica (*Papanicolaou*), em mulheres sem sintomas, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser mais eficaz.

O INCA admite que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico (*Papanicolaou*) na década de 70, e a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, tinha como objetivo implantar ou ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical e promover ações educativas buscando uma assistência mais integral à saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de detecção precoce do câncer de colo uterino. Porém, a doença continua sendo um problema de saúde pública, pois 30% das mulheres realizam o *Papanicolaou* apenas três vezes na vida, o que explicaria o diagnóstico já na fase avançada em uma proporção de 70% dos casos (INCA, 2009).

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais constitucionais, incluído no texto da Constituição Federal de 1988 (art. 6º, cap. II). Consolida-se como um dever do Estado, que deverá garantir o acesso aos serviços de saúde às mulheres, assegurando a equidade, a igualdade e integralidade das ações, a partir das políticas públicas sociais e econômicas. Na integralidade das ações está incluído a humanização do atendimento à mulher.

Por sabermos que a redução da morbimortalidade de mulheres relacionadas com câncer feminino passa pela realização de exames preventivos de câncer de mama e citologia vaginal, e considerando que o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o controle e monitoramento na atenção básica de saúde de sua população adscrita, decidimos que realizar mutirões de prevenção e promoção da saúde da mulher, seria nossa grande oportunidade.

A partir do conhecimento da realidade local e buscando consolidar a reorganização das ações para a população de mulheres residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 07 (ESF), do município de Contagem, Minas Gerais, deveríamos realizar atividades de avaliação e controle para tomada de decisão técnica que garantisse atenção com qualidade no nível local.

Acreditamos que relatar nossa experiência é uma das formas de instigar outros profissionais para iniciativas semelhantes considerando nossa

responsabilidade na mudança do quadro da morbimortalidade materna, principalmente câncer de mama e do colo uterino. Ressaltamos que a mulher em situação de risco pode ser identificada durante o acolhimento da Equipe de Saúde da Família (ESF) e deve ser acompanhada de maneira sistemática por toda equipe.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Relatar a experiência com mutirões de promoção e prevenção à saúde da mulher, realizados pela ESF 07 do município de Contagem – Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer a atuação do enfermeiro nas ações de atenção à saúde da mulher;
- Promover ações integrais de atenção à saúde da mulher;
- Contribuir para a redução da taxa de morbimortalidade na área de abrangência da ESF07 do município de Contagem-MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças sexualmente transmissíveis

3.1.1 HIV

Human Immunodeficiency Virus agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, identificado em 1983, é o responsável pela pandemia de maior gravidade no planeta (BRASIL, 2004a).

A transmissão ocorre através de relações sexuais (vaginal e anal), da inoculação de sangue e derivados (acidentes com perfurocortantes em profissionais de saúde, agulhas contaminadas em usuários de drogas e transfusão de sangue contaminado) e da mãe infectada para o filho (intra-útero, no parto e por aleitamento materno). Em escala mundial, estima-se que a transmissão através do contato sexual seja responsável por 85-90% das novas infecções que ocorrem diariamente (BRASIL, 2004a).

Refere ainda que a transmissão nas relações sexuais é bidirecional, tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais. O risco da contaminação pode ser aumentado na dependência da existência de outros fatores, tais como presença de úlceras genitais ou de doenças sexualmente transmissíveis, ausência de circuncisão e manter relações sexuais durante período menstrual ou durante a gravidez.

Os principais testes disponíveis para detecção de anticorpos são: Elisa. Imunofluorescência e Western-Blot (BRASIL, 2004a).

A manifestação pelo HIV envolve todos os órgãos e sistemas. Muitas das manifestações clínicas são diretamente imputáveis à ação do vírus, outras são dependentes de infecções oportunistas ou neoplasias. Com o melhor conhecimento da patogenia da infecção e com o desenvolvimento de terapias eficazes, a sobrevivência dos indivíduos infectados pelo HIV é cada vez maior, principalmente se a doença for detectada antes das manifestações clínicas (SCHECHTER; MARANGONI, 1998).

O tratamento da Aids consiste em dois inibidores da transcriptase reversa

análogos de nucleosídeo (TRN) AZT (Zidovudina) + 3TC (Lamivudina). Um inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (TRNN) EFV3 (Efavirenz) e um inibidor da protease (IP) LPV/r (lopinavir) ou ATV (Atazanavir) (BRASIL, 2004b).

3.1.2 Sífilis

Duncan; Schmdt; Giuglian (2004) afirmam que a sífilis é uma doença sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. Os pacientes podem apresentar úlcera indolor e única (infecção primária), ou erupção cutânea, lesões mucocutâneas ou linfadenopatia (infecção secundária). Raramente podem apresentar anomalias cardíacas (aneurisma de aorta), neurológicas (demência, tabes dorsalis) ou lesões mucocutâneas tipo tubérculos ou goma (infecção terciária).

A pesquisa direta (campo escuro) está indicada para material de lesão ulcerada suspeita, podendo ser positiva em condiloma plano e em placas mucosas da fase secundária.

A sorologia não-treponêmica inclui o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasm Reagin). Ambos são exames qualitativos e quantitativos e servem para diagnóstico e seguimento terapêutico. Devem ser solicitados sempre que houver suspeita de doença sexualmente transmissível (DST).

A sorologia treponêmica inclui o teste FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorvent), fundamental para diagnóstico diferencial se VDRL positivo com titulação baixa (cicatriz sorológica ou doença em atividade). Este exame não é útil no acompanhamento, pois resultados falso-positivos podem ocorrer em casos de hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose e lúpus eritematoso sistêmico (DUNCAN; SCHMDT; GIUGLIAN, 2004).

A penicilina é o fármaco de preferência para todos os estágios da doença. A reação de Jarich-Herxheimer é uma reação febril aguda acompanhada por cefaléia, mialgia e outros sintomas, que podem ocorrer dentro de 24h após o início do tratamento. Tratamento inicial: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, dose única. Tratamento tardio: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, três doses semanais (total 7,2 milhões UI) (DUNCAN; SCHMDT; GIUGLIANI, 2004).

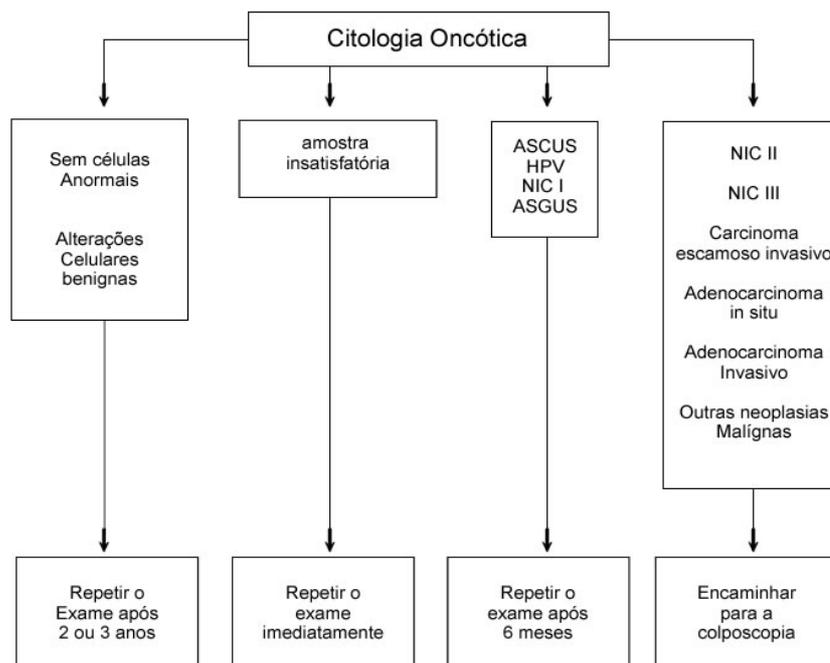
3.1.3 HPV

Os papilomas vírus humanos pertencem à família dos *Papovavírus* ou *Papoviridae*. A especificidade tecidual dos HPV parece ser exclusiva para o epitélio pavimentoso da pele e para as mucosas. A literatura correlaciona os HPV à gênese do carcinoma do trato genital inferior (colo uterino, vagina, vulva, pênis, ânus).

A infecção genital pelo HPV é uma doença sexualmente transmissível (DST). A sua maior incidência ocorre entre os 20 e os 40 anos de idade; é uma doença de maturidade sexual, sendo a idade de insurgência análoga à da gonorréia. A transmissão através de fômites é geralmente admitida.

O diagnóstico de infecção pelo HPV pode ser realizado por citologia, histologia, colposcopia, microscopia eletrônica, imuno-histoquímica e biologia molecular.

O esquema abaixo apresenta as condutas clínicas de acordo com o resultado do exame citopatológico, segundo Camargos; *et al.* (2008):



Legenda: ASCUS: alterações celulares escamosas de significado indeterminado / HPV: papiloma vírus humano / NIC: neoplasia intra-epitelial cervical / ASGUS: alterações

glandulares de significado indeterminado

3.1.4 Condiloma Acuminado

Segundo Schechter; Marangoni (1998), *Condiloma Acuminado* é uma infecção causada por um vírus DNA, não cultivável, pertencente ao grupo *Papovavírus*, também denominado *Papiloma Vírus Humano* (HPV). Inúmeros tipos de HPV são descritos, os quais apresentam certa correlação clínico-evolutiva; HPV-6 é o que mais se relaciona às lesões genitais e, portanto, à transmissão venérea.

Ainda segundo os autores, são lesões vegetantes, úmidas, isoladas ou agrupadas, com aspecto de couve-flor, raramente atingindo proporções gigantescas. Localizam-se preferencialmente na região genital e perigenital de pessoas adultas. Está bem estabelecida a relação entre HPV e carcinoma epidermóide, sobretudo do cérvix uterino, em lesões de longa duração.

As drogas de escolha para o tratamento são: Podofilina, Ácido Tricloroacético (TCA). Também tratáveis com crioterapia, cirurgia e/ou eletrocirurgia.

3.1.5 Vaginites

a) Trichomonas

Segundo Smith (2004), vaginite é uma infecção vaginal ocasionada por um protozoário anaeróbio flagelado, *Trichomonas vaginalis*. Este protozoário é responsável por aproximadamente três milhões de casos por ano, 25% das infecções vaginais. Pode ocorrer em qualquer idade, porém entre 15 e 50 anos tem maior predominância.

Smith (2004) refere ainda que o contato com múltiplos parceiros sexuais é fator de risco para a doença. Em torno de 40% das pacientes são assintomáticas, no entanto, os sinais e sintomas descritos são: prurido ou queimação vulvar, secreção abundante com odor fétido (geralmente aquosa e com coloração verde-amarelada a cinza, “bolhosa” em 25%). Cérvix e parte superior da vagina com pontilhado tipo “morango” (15% patognomônico quando presente), disúria, dispareunia, edema ou eritema de vulva.

As drogas de escolha para o tratamento são: Metronidazol, 1g, pela manhã e à noite, tratamento de um dia ou Metronidazol, 250 mg, 8/8h, durante 7 dias (SMITH, 2004).

b) Gardnerella Mobilluncus

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a *gardnerella mobilluncus* também conhecida como vaginite não específica, é a mais comum das vaginites. É causada por uma alteração na flora vaginal normal, com diminuição na concentração de lactobacilos e predomínio de uma espécie de bactérias sobre outras, principalmente a *gardnerella vaginalis*. Por ter uma causa orgânica, não é considerada uma DST.

O Ministério da Saúde relata que é um corrimento vaginal, geralmente de cor amarela, branca ou cinza, que apresenta odor desagradável. Algumas mulheres o descrevem como “um odor forte com cheiro de peixe” que aparece, principalmente, após uma relação sexual e durante o período da menstruação. Pode gerar ardência ao urinar e/ou coceira no exterior da vagina, porém algumas mulheres podem não apresentar sintoma algum. O autor refere que o corrimento está associado a um desequilíbrio do nível de bactérias normalmente presentes na vagina, causado pela diminuição das bactérias protetoras daquele ambiente. Desenvolve-se quando uma mudança no ambiente da vagina causa o aumento do nível de bactérias prejudiciais - como bactérias do intestino, por exemplo. Pode inclusive ser transmitida entre parceiras femininas (BRASIL, 2010).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2010), alguns cuidados básicos podem ajudar a reduzir o risco de desequilíbrio da natureza da vagina e evitar o desenvolvimento da vaginose bacteriana: usar camisinha durante as relações sexuais; evitar o uso de duchinhas e evitar produtos químicos que podem causar irritação e desconforto na região genital.

A droga de escolha para o tratamento, em geral, é o Metronidazol. Fazer o tratamento completo, mesmo que os sintomas desapareçam antes do fim. Normalmente, os parceiros (de ambos os sexos) não precisam fazer o tratamento de vaginose bacteriana (BRASIL, 2010).

3.2 Câncer do Colo Uterino

Segundo o Instituto do Câncer, o número de casos novos de câncer de colo uterino tem um risco estimado de 20 casos a cada 100.000 mulheres (Região Sudeste). A prevalência é maior em mulheres com início precoce de vida sexual, múltiplos parceiros, tabagistas e usuárias de contraceptivos hormonais a longo prazo (INCA, 2009).

O principal critério de avaliação da eficácia de um programa de rastreamento de um tumor é a diminuição do índice de mortalidade específica na população a qual foi oferecido esse programa. O carcinoma do colo uterino é a neoplasia que mais se presta a um diagnóstico pré-clínico, porque satisfaz, de fato, às seguintes razões: tem uma longa fase pré-invasiva; o diagnóstico e o tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) permitem prevenir a neoplasia invasora e os estágios invasivos diagnosticados, quando assintomáticos, podem ser tratados menos radicalmente e com maior sucesso do que os estágios diagnosticados quando sintomáticos, conforme Camargos; *et al.* (2008).

Camargos; *et al.* (2008) dizem ainda que a citologia é capaz de identificar a NIC no primeiro rastreamento com elevada frequência. Oitenta por cento dos 20% de falsos-negativos são identificados no segundo rastreamento. Assim, o risco de falsos-negativos é em torno de 4%. No entanto, se um segundo rastreamento com intervalo de um ano não for realizado, o percentual de erro será de 20%. Portanto, torna-se ideal a avaliação anual nas primeiras visitas de um programa de rastreamento.

A classificação da citologia oncótica sofreu uma modificação da clássica classificação de *Papanicolaou* para a classificação Bethesda. Em dezembro de 1988, um seminário do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI), realizado em Bethesda, Maryland, resultou no desenvolvimento do Sistema Bethesda para laudo citológico. A inovação do sistema de Bethesda consiste em agrupar as lesões escamosas potencialmente pré-malignas em três categorias: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau (LSIL) e lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (HSIL). As lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau incluem NIC I (displasia leve) e as

alterações do HPV, denominadas atipias colicitólicas. As lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau incluem NIC II e NIC III (displasia moderada, displasia acentuada e carcinoma *in situ*) (CAMARGOS; *et al.*, 2008).

3.3 Câncer de Mama

O câncer de mama (CA) é uma neoplasia maligna da mama classificada de acordo com o tipo celular, a localização e o grau de invasão. O câncer de mama é a doença mais comum em mulheres, sendo responsável por quase um terço de todas as malignidades femininas. Esse mal é responsável por aproximadamente 18% das mortes por câncer e ocasiona o mesmo número de mortes por ano que os acidentes automobilísticos (INCA, 2009).

O Instituto do Câncer (2009) refere ainda que o câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

O câncer de mama quando detectado precocemente, reduz o impacto emocional que a doença costuma trazer, devido a expectativa da mutilação da mama e da alteração estética no corpo feminino.

Para o INCA (2009) este tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.

Provavelmente a incidência do CA de mama aumentou, por estar sendo mais diagnosticado no Brasil e no mundo. Em se tratando de Brasil, a estratégia de saúde da família tem um papel muito importante, pois o programa de saúde da mulher contempla as usuárias com exames anuais na “prevenção” da palpação das mamas, anamnese com a história familiar e mamografias.

Os sintomas do câncer de mama palpável é 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 um aspecto semelhante a casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila e descarga de líquido à expressão do mamilo.

A história familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas pela doença. A idade constitui outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o seu aumento.

Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez.

A sensibilidade do Exame Clínico das Mamas (ECM) varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos, segundo o INCA (2009).

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raio x apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável.

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (INCA, 2009).

Para o INCA (2009) os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama.

No entanto, o INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. Sendo assim, o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro), qualificado para esta atividade (INCA, 2009).

Desde o final da década de 80 o Ministério da Saúde vem realizando campanhas educativas sobre CA de mama visando estimular o auto-exame e a sua detecção precoce, porém, como já mencionado anteriormente, o exame das mamas realizado por profissionais de saúde capacitados não pode ser substituído pelo auto exame das mamas. De modo semelhante, o exame físico não substitui a mamografia (SOC. BRASIL. DE MASTOLOGIA, 2010).

No mundo inteiro já estão bem estabelecidos critérios para realização de mamografia, porém cada país deve ter coerência com a sua realidade. No Brasil, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Mastologia estabelece a idade de 40 anos para início do rastreamento do CA de mama com mamografia, com periodicidade anual, já que no Brasil CA de mama é diagnosticado na maioria das vezes em estágio avançado, com tumores grandes, diferentemente dos Estados Unidos que detectam tumores em estágios iniciais (SOC. BRASIL. DE MASTOLOGIA, 2010).

O país carece, ainda, de centros públicos de investigação do câncer de mama, disponibilizando maior acesso aos exames de mamografia pela população feminina, buscando o diagnóstico precoce e, assim, diminuindo a morbimortalidade da população feminina por este tipo de neoplasia maligna.

3.4 O papel do Enfermeiro da Família na promoção da saúde da mulher

A resolução Conselho Nacional de Educação (CNE)/Conselho Educação em Saúde (CES) nº3, de 07 de novembro de 2001, art.4º, explicitam as competências e habilidades gerais do enfermeiro (CNE/CES, 2001):

1º Atenção à saúde:

Os profissionais da saúde, dentro de seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

O princípio da ética deve ser respeitado, visto que cuidamos de seres humanos, pois no nosso entendimento, a ética deve ser aplicada, sempre que envolver um “ser humano” cuidando de outro “ser humano” (GONÇALVES; *et al.*, 2004).

2º Tomada de decisões:

Função essencialmente gerencial e que faz parte do dia-a-dia do enfermeiro para que a instituição onde trabalhe funcione. É o enfermeiro que gerencia a assistência ao paciente, mas para tal é necessário que tenha as competências necessárias, ou seja, precisa ser rápido nas suas decisões e saber qual atitude tomar a partir das várias situações que lhe são apresentadas rotineiramente em uma instituição de saúde. Esta competência encontra-se descrita da seguinte forma: o trabalho dos profissionais da saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles

devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

3º Comunicação:

Competência que não só tem a ver com o ato de comunicar-se internamente, mas também, externamente, para que o andamento do serviço se faça de forma clara e bem entendida por todos, significa não só passar a informação, mas ser capaz de gerenciar a mesma. Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles informadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público no geral. A comunicação envolve a comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita, o domínio, de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

4º Liderança:

Fundamental na prática gerencial. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores, com liderança na equipe de saúde.

Thofehrn e Leopardi (2006) afirmam que é preciso reconhecer as bases filosóficas e tecnológicas do ato de cuidar, pois se apresenta como trabalho cooperativo, por ser executado por uma equipe.

Segundo Backes; *et al.* (2007), a enfermagem, assim como a sociedade em geral, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e, principalmente, na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais com base nos processos de melhoria contínua.

Requer-se, no entanto, dos enfermeiros responsáveis pelos processos de melhoria, que tenham sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente,

conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente os profissionais, a partir de metodologias dialógicas e reflexivas, capazes de problematizar a realidade concreta e, a partir de então traçar/desenvolver ações inovadoras no campo da assistência, comprometidas com o ser humano enquanto sujeito e agente de mudanças (BACKES; *et al.*, 2007).

Segundo Backes; *et al.* (2007), devemos buscar, enquanto enfermeiros responsáveis pelo processo de melhoria contínua no campo da gerência, desencadear um processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tendo em vista atender às exigências legais da profissão e, principalmente, estimular práticas inovadoras, capazes de romper com os velhos modelos de assistência. Entretanto, não basta somente implementar a SAE, é preciso também criar uma filosofia comprometida com os processos de melhoria contínua, no sentido de assegurar aos pacientes um cuidado com qualidade e humanização.

Humanizar e qualificar a atenção à saúde é aprender e compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seus semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e do gênero (BRASIL, 2004a).

O enfermeiro para prestar assistência de enfermagem com qualidade necessita se inserir na realidade concreta de sua prática de forma consciente, competente, técnica e cientificamente. Assim, a implantação da SAE a partir de um conhecimento específico e de uma reflexão crítica e problematizadora acerca da organização e filosofia do trabalho de enfermagem, constitui-se um instrumento de fundamental importância para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente (BACKES; *et al.*, 2007).

Enquanto forma de valorização do papel do enfermeiro na instituição, a SAE, além de proporcionar maior qualidade à assistência, propicia, também, na concepção dos enfermeiros, maior eficiência, autonomia e cientificidade à profissão, garantindo dessa forma, maior valorização e reconhecimento enquanto um espaço de novas conquistas e uma mudança cultural no papel do enfermeiro, um importante veículo de informação e comunicação entre os componentes da equipe e os demais

profissionais de saúde, além de proporcionar visibilidade e identificar a responsabilidade profissional sobre suas ações (BACKES; *et al.*, 2007).

O enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (ESF) é um profissional que trabalha com a promoção da saúde e a prevenção de agravos, com o cuidado individual e coletivo tendo como núcleo de suas ações a família como um todo. Dentre as ações voltadas para a saúde da mulher, está a prevenção do câncer ginecológico com coleta de citologia oncológica, exame das mamas e orientação ao auto-exame das mamas, busca ativa com sensibilização das mulheres na prevenção do câncer ginecológico e palestras educativas nos grupos educativos e na comunidade, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Goldman (2007) nos diz ainda que a ampla abordagem de dificuldades vivenciadas pela população assistida pela ESF, em especial a mulher, permite não só corrigir danos, mas atuar efetivamente na detecção precoce com uma ação social de relevante interação com todos os constituintes deste ambiente social.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da realização de mutirões de promoção e prevenção à saúde da mulher, pela ESF 07 do município de Contagem – Minas Gerais.

O acesso a publicações foi de fundamental importância para subsidiar a construção da proposta de trabalho, constituindo assim o referencial teórico de sustentação da mesma. Assim, foram feitas consultas a 10 livros clássicos sobre enfermagem e saúde da mulher; 07 artigos publicados em periódicos, acessados em base de dados; 01 portaria municipal de Contagem/MG; 01 protocolo do SUS-Contagem/MG; 01 fluxograma do SUS-BH/MG; roteiro para atenção básica do Ministério da Saúde; 01 estimativa de câncer no Brasil do Ministério da Saúde; resolução do Conselho Nacional de Enfermagem; 01 caderno de atenção básica para controle de câncer do colo uterino e mama do Ministério da Saúde, 01 Resolução do Conselho Nacional de Educação e 01 programa para ações programáticas estratégicas do Ministério da Saúde.

4.1 A experiência em Vargem das Flores

A ESF 07 está situada em Vargem das Flores, Contagem, que de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ESFVF, 2007), possui 1118 famílias cadastradas, com 4817 usuários, dentre eles 767 usuárias em idade fértil e vida sexual ativa.

O município de Contagem pactuou com o Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, para o ano de 2007, a garantia de cobertura de 30% de todas as mulheres em idade fértil e vida sexual ativa para o controle do câncer de colo uterino a partir da coleta de citologia vaginal.

No entanto, optamos por ampliar para 100% a cobertura das mulheres cadastradas na ESF 07, oferecendo ação preventiva integral, executando prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama, câncer de colo uterino além de informações sobre planejamento familiar, a fim de identificarmos o perfil de

saúde da população feminina sob nosso monitoramento para, a partir daí, estabelecermos protocolo de atendimento (Apêndice III), sala de espera e arquivo seriado para controle anual e busca ativa das faltosas.

Para realização de nossa proposta nos espelhamos nos objetivos do Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004/2007 do Ministério da Saúde. Ou seja, promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para 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; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS, como meta aumentar em 30% a cobertura de *Papanicolaou* na população de risco (35 a 49 anos) (BRASIL, 2004b).

Baseados nestas informações, buscamos identificar o problema dentro do programa de saúde da mulher na ESF 7 e criar estratégias práticas que nos permitisse atenção integral à saúde da mulher, de todas as mulheres cadastradas na Equipe, inclusive as que não tinham acesso, devido ao fato de trabalharem no horário de funcionamento da Unidade de Saúde.

Inicialmente foram realizados "Mutirões de promoção e prevenção à saúde da mulher" em 10 (dez) sábados previamente programados e divulgados a partir de convites distribuídos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da ESF 07 às usuárias.

A estratégia do "sábado" decorreu da necessidade de alcançarmos e garantirmos o atendimento daquelas mulheres que, por trabalharem (Vargem das Flores é considerada "Cidade Dormitório") não conseguiam acesso à ESF 07 durante o expediente normal da unidade (2ª a 6ª feira, de 8 às 17h).

Ao buscarmos humanizar a assistência, criamos "Sala de Espera" com oferta de água, cafezinho, música ambiente e palestras educativas sobre uso correto de contraceptivos orais e injetáveis, importância do planejamento familiar, auto-exame das mamas mensalmente com a utilização da "mama amiga", para demonstração da palpação das mamas corretamente e prevenção de doenças sexualmente

transmissíveis, além de desmistificar o preconceito e medo relacionados ao exame preventivo (Apêndice I)

Houve necessidade de dividir os grupos por microáreas em decorrência de fatores de estratificação de risco como bolsões de pobreza, promiscuidade, baixa escolaridade e analfabetismo.

O Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004/2007 tem como princípio para sua aplicação o reconhecimento das diferenças de organização e desenvolvimento tecnológico entre as diversas regiões, estados, e municípios brasileiros. Dessa forma, deve-se contemplar a realidade de cada município, respeitando suas especificidades epidemiológicas e culturais. Da mesma forma as propostas apresentadas consideram a promoção à saúde, a ampliação do acesso aos serviços, a humanização e a melhoria da qualidade de atenção, as condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação da população (esta satisfação está relatada no Apêndice II) e no reconhecimento de direitos (BRASIL, 2004b).

Jara (2001) refere que pertencimento é uma possibilidade de transformação de comportamentos, atitudes e valores para a formação de pessoas e relações capazes de protagonizar um novo paradigma.

Vale ressaltar que os mutirões foram realizados no período de 2006 a 2007.

4.2 Resultados da Experiência

Total de exames realizados: 692

Dados encontrados:

Gardnerella mobilluncus: 149 casos

Trichomonas vaginalis: 09 casos

HPV - NIC I: 04 casos / NIC II: 01 caso / NIC III: 01 caso

HIV positivo: 03 casos

VDRL positivo: 02 casos

Condiloma acuminado: 03 casos

CA de Mama: 01 caso

4.3 Conduatas

As usuárias que apresentaram resultado para *gardnerella mobilluncus* foram tratadas na Unidade de Saúde pela Enfermagem, conforme protocolo da Saúde da Mulher e Portaria Municipal 001/99, da Secretaria de Saúde de Contagem.

As usuárias acometidas com as outras patologias descritas acima tiveram seus casos notificados à Epidemiologia de Contagem/MG e foram encaminhadas conforme Protocolo Municipal do Centro de Referência da Mulher (2008).

Os casos de HPV que necessitaram de cauterização por alta frequência (CAF), foram realizados no Centro de Referência da Mulher, Ressaca, Contagem - MG.

A usuária com câncer de mama foi cirurgiada no ano de 2007 em Hospital de Referência e se encontra em fase de remissão da doença, estando monitorada por mastologista.

Das pacientes que não compareceram 18 (dezoito) alegaram que já faziam controle com ginecologista por possuírem plano de saúde; 04 (quatro) se recusaram por motivos particulares a submeterem aos exames e as demais, 53 (cinquenta e três), alegaram que já haviam realizado exame de prevenção de câncer de colo uterino.

Estas informações foram extraídas do Livro de Citologia da ESF 07, arquivo seriado da ESF 07 para Citologia e prontuários das usuárias que se encontram arquivados na Unidade de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Enfermeiro da Saúde da Família juntamente com sua equipe, de forma autônoma, profissional e ética, é capaz de viabilizar a promoção à saúde e prevenção de doenças através da identificação do problema (neste caso a saúde da mulher), com planejamento, orientação e organização de suas ações que quando colocadas em prática, são capazes de satisfazer tanto quem as executa quanto quem as recebe.

Ações preventivas se bem planejadas, podem alterar práticas e costumes, trazendo para a população feminina melhor qualidade de vida, inclusive diminuindo a demanda por serviços essenciais no futuro como encaminhamentos para rede de especialidades, exames e tratamentos de alto custo como ultrassonografias, ressonâncias magnéticas, tomografias, cintilografias, quimioterapias e radioterapias além de cirurgias como histerectomias e mastectomias.

Ao Enfermeiro da Saúde da Família, cabe orientar o paciente, prevenir a doença e promover a saúde, assim como buscar a recuperação da saúde do indivíduo quando esta já estiver comprometida, por meio de ações eficazes e eficientes como palestras educativas, fazendo busca ativa e educando diretamente o paciente. Visando sempre a prática de um modelo incluyente como é preconizado pelo SUS para a Estratégia de Saúde da Família.

O mutirão de prevenção contribuiu profissionalmente na medida em que proporcionou um melhor entendimento do funcionamento da promoção à saúde na prática e não somente nos livros e manuais. Além disso, nos mostrou que o “pertencimento” é uma via de mão dupla, isto é, a população se deixou pertencer à ESF 07 quando aderiu ao “mutirão” e os profissionais componentes da equipe em contrapartida se mostraram pertencentes àquela população quando assumiram a responsabilidade na concretização do projeto.

Os resultados apresentados ratificam que as ações preventivas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a coordenação da sistematização das ações planejadas, executadas e avaliadas pelo Enfermeiro da Família juntamente com os demais componentes da equipe, em seus

diferentes níveis de atuação, são eficientes no controle de patologias que a longo prazo podem comprometer a saúde integral da mulher.

As ações foram tão impactantes que a comunidade registrou em veículo de comunicação local (Jornal Distrital de Vargem das Flores (2006) - Contagem-MG – Apêndice II), todo seu reconhecimento.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, D. S.; *et al.* Implementação da sistematização da assistência em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol.20 nº 4 São Paulo. Oct/Dec.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**: Brasília (DF): MS, 2004a.

BRASIL. 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. 1. ed., 1ª reimpr.- Brasília: MS, 2004b. 48p. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 13. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília (DF): MS. 2006.

CAMARGOS, A. F.; *et al.* **Ginecologia ambulatorial baseada em evidências**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 15-16 e 244-249.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução CNE/CES nº3, de 07 de novembro de 2001, art.4º**. 2001.

CONTAGEM. **Portaria Municipal 001/99** - SMS Contagem-MG, 1999.

CONTAGEM. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Equipe Saúde da Família Várzea das Flores**, 2007.

CONTAGEM. Protocolo da Saúde da Mulher. SMS/SUS Contagem/MG, 2008.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, I. M.; GIUGLIANI, E. R. J., **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. São Paulo: Artmed; 2004.

GONÇALVES, L.; *et al.* Abordagens metodológicas diferenciadas em aulas práticas de administração de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 395-400, jul/ago. 2004.

GOLDMAN, R. E. **Programa de Saúde da Família: o enfermeiro na atenção à saúde da mulher** São Paulo: Bolina, 2007. p. 6.

JARA, C. J. **As dimensões intangíveis do desenvolvimento sustentável**. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), 2001.

SMITH, R. P. **Ginecologia e obstetrícia de Netter**. 1. ed. São Paulo: Artmed, 2004. p. 82-90 e 308-309.

SCHECHTER, M.; MARANGONI, D. V., **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 486, 557-604.

THOFEHRN, M. B; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-17, jul-set. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Disponível em:

<http://www.sbmastologia.com.br/>

Acesso em 29 de junho de 2010.

DST-AIDS. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS8551104DPTBRIE.htm>

Acesso em 20 de junho de 2010.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: **O Enfermeiro na Atenção a Saúde da Mulher**. Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84201302.pdf>

Acesso em 06 de junho de 2010.

REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM. **O mister da investigação do Enfermeiro**. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000100003

Acesso em 04 de junho de 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/prevenção/programas/vivamulher/unidhistopatologia.asp>

Acesso em 14 de agosto de 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

Acesso em 11 de novembro de 2009.

A SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: **competências e habilidades**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_19.html

Acesso em 11 de novembro de 2009.

APÊNDICE I

Foto 1 - ACS Paola, Angelita, Enf. Cláudia Rabello, ACS Edilamar, Isabela Miriam, Maisa e Edilânia.



Foto 2 - Enf. Cláudia Rabello, ACSs Paola, Edilânia e Isabela Miriam e usuárias em Sala de Espera. OBS: Imagens autorizadas pelas usuárias. Autorizações arquivadas na Unidade de Saúde

APÊNDICE II

Página 2 JORNAL DISTRITAL

De Olho no O poder de

Outubro 2006



“Todo poder emana do povo e em seu nome será exercido...”
própria Constituição Brasileira diz que os representantes do povo devem ser escolhidos pelo voto popular.

... João Leite...
... 11.338 votos; Gil...
... Abramo com 8...
... votos; Pinduca Fer...
... com 6.100 votos; R...
... ríco Correa com 5...
... votos; Jô Moraes...
... 4.100 votos e o...
... votos com mais...
... 2.100 votos, como...
... m. Denis, Jésus L...
... Lúcia Pacifico, Sar...
... to Rodrigues, Mari...
... reza Lara e Rot...
... Cirvalho.

Já para De...

RECONHECIMENTO

A comunidade de Nova Contagem (no lado B) está muito contente com o atendimento das Equipes 7 e 8 do PSF. Segundo os moradores com quem conversei, os profissionais que lá estão têm prestado um excelente serviço, e em nome deles deixo aqui a minhas congratulações à estas equipes. Parabéns!! Vocês são um exemplo a ser seguido.

O PODER DO CONHECIMENTO

Em nossa vivência do rotineiro e tumultuado dia-a-dia estamos a todo momento, sendo bombardeados por milhares de informações, sejam elas de utilidade pública, comerciais, e

... conhecimento, fica esquecido e nos tornamos peões no grande tabuleiro de xadrez da humanidade, sempre movidos de acordo com as necessidades de um outro com maior poder.

Por isso deixo aqui esta mensagem para a reflexão dos nossos leitores: “Experimental de tudo, e fiscal com o que é bom”, aconselha o apóstolo. Experiência, tentativa e erro, constante reflexão e revisão do itinerário tais são os únicos meios pelos quais um homem pode, com a graça de Deus, adquirir conhecimento. Isso não se faz do dia para a noite.

Dizia São Tomás: “A verdade é filha do tempo, não me venham com fulgurações místicas e intuições súbitas”. Mas até mesmo

Deputados Federais eleitos

Maria Lúcia Cardoso (PMDB) 20.214 do total de 78.242 votos

Pastor Mário de Oliveira (PSC) 13.499 do total de 77.719 votos

Maria do Carmo

Lara (PT) 13.247 do total de 86.506 votos

Jô Moraes (B) 10.662 votos

Juvenil Alve (PT) 10.104 votos

Deputados Estaduais eleitos

Ademir Lucas (PSDB) 37.098 do total de 56.042 votos

Carlin (PC do B) 12.875 do total de 21.048 votos

Antonio Genaro (PSC) 10.665 do total de

Pinduca Fer (P) 16.099 do total de 3.554 votos

Durval An. (PT) 10.933 do total de 3.807 votos

Gilberto Abr

Resumo Brasileiro tra

Foto 3 - Jornal Distrital de Nova Contagem/MG - outubro de 2006.

APÊNDICE III

Protocolo da Equipe de Saúde da Família 07 – Vargem das Flores – Contagem/MG Baseado em Problema	
<p>Cidade: Contagem/MG Equipe: ESF 07 Vargem das Flores Área de Abrangência: 06 microáreas – descritas no item “observações”</p>	<p>Problema: Incidência de vaginite, vaginose/DIP/NIC I, II e III + CA do colo uterino e CA de mama na área de abrangência da ESF 07</p>
Caracterização do Problema	Plano de Intervenção
<p>Magnitude: - Nº de mulheres c/PCCU em atraso; - As que nunca realizaram o exame; - Óbitos por CA de mama.</p> <p>Transcendência: - Queixa recorrente da população feminina da falta de acesso ao PCCU como forma de prevenir doenças e/ou tratamento para as já instaladas.</p> <p>Vulnerabilidade: - Capacidade de enfrentamento do problema da equipe (Conhecimento/Criatividade/Recursos).</p> <p>Efeitos: - Aumento do nº de casos de NIC em idade precoce; - Aumento do nº de casos de CA de mama em estadiamento avançado da doença (diagnóstico tardio)</p> <p>Determinantes: - Início das atividades sexuais precocemente; - Falta de orientação quanto a higiene corporal às relações sexuais e planejamento familiar; - Importância do uso de coberturas (preservativos) às relações sexuais como prevenção para DST e gravidez indesejada; - Dificuldades de acesso às especialidades.</p>	<p>Objetivos: - Prevenção da incidência de DIP, vaginite, vaginose e NIC I, II e III; - Prevenção da incidência e detecção de CA no colo uterino através do diagnóstico de lesões pré-cancerosas (displasias) e controle (acompanhamento) pós-tratamento; - Prevenção da incidência de CA de mama.</p> <p>Elenco de atividades/Responsáveis: (anotações no verso)</p> <p>Mecanismos de Acompanhamento/Avaliação: (anotações no verso)</p>

Protocolo da Equipe de Saúde da Família 07 –Vargem das Flores – Contaagem/MG - Baseado em Problema					
Atividades	Med	Enf	AE	ACS	Acompanhamento/ Avaliação (Indicador – descrição no verso)
1 – Coleta de dados				X	- Mapear os grupos de risco por microárea; - Saber o grau do problema e assim prestar melhor assistência e orientações.
2 – Classificação das mulheres quanto ao grau de risco: - Mulheres sem coleta de PCCU há mais de 10 anos - Mulheres s/coleta de PCCU com menos de 10 anos - Mulheres que nunca realizaram o exame	X	X	X	X	- Saber o grau do problema e assim prestar melhor assistência e orientações.
3 – Convite para todas as mulheres para realização do exame (coleta do PCCU), visando atingir 100% da população de mulheres com idade fértil e vida sexual ativa (por estratificação de risco) – Todos os sábados (20 coletas) – perfazendo 80 coletas mês.				X	- Atingir a população alvo.
4 – Realização do PCCU com sala de espera para que as mulheres recebam tratamento excepcional com cafezinho, música ambiente, distribuição de cartilhas e preservativos além de orientações quanto a importância do autoexame das mamas p/prevenção de CA de mama, ginástica pélvica, palestras sobre DST e planejamento familiar além de danças e atividades lúdicas para melhor compreensão das orientações.	X	X	X	X	- Proporcionar as mulheres atendidas conforto, segurança, privacidade e prazer ao procurar a ESF 07 para a realização do exame de PCCU, diminuindo o constrangimento durante a coleta do exame e aproveitando o tempo de espera com orientações, buscando sempre formas mais interessantes de passar as informações preventivas e orientar quanto a possíveis dúvidas e medos que a mulher possa ter. - Controlar os retornos e tratamentos para que as mulheres se sintam seguras quanto a continuidade da assistência a elas prestada (relação de confiança, criação e fortalecimento de vínculos).
5 – Identificar os casos de DIP/vaginite/vaginose, NIC I,II,III e CA de colo de útero além de casos suspeitos de CA de mama. Orientar adequadamente a mulher quando do resultado do exame . Encaminhar às especialidades cabíveis quando necessário.	X	X	X	X	- Tratar as acometidas por patologias, monitorar os casos suspeitos e/ou confirmados encaminhados para as Especialidades. Repetir a coleta do exame se necessário. - Controlar os retornos e tratamentos para que as mulheres se sintam seguras quanto a continuidade da assistência a elas prestada (relação de confiança, criação e fortalecimento de vínculos).
6 – Criação de arquivo seriado de controle de citologia, em que todas as mulheres tenham uma ficha informando a data da coleta, resultado, tratamento , data da próxima coleta e informações sobre encaminhamento às Especialidades cabíveis.	X	X	X	X	Controlar os retornos e tratamentos para que as mulheres se sintam seguras quanto a continuidade da assistência a elas prestada (relação de confiança, criação e fortalecimento de vínculos).

Indicadores da ESF 07 – Vargem das Flores – Contagem/MG

- 1 – Nº total de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa
Nº de mulheres que nunca colheram PCCU
- 2 – Nº total de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa
Nº de mulheres sem coleta de PCCU há mais de 10 anos
- 3 – Nº de casos de Vaginite/Vaginose/DIP
População total de mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa
- 4 – Nº de casos de NIC I, II e III e CA do colo do útero
População total de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa
- 5 – Nº de casos de CA de mama
População total de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa

OBSERVAÇÕES:

- Área de Abrangência da ESF 07, divididas em 06 microáreas – Vargem das Flores/Contagem/MG:

Beco Barroca
 Rua Hércules
 Rua Pôr do Sol
 Beco Santa Clara
 Beco Santa Cruz
 Beco Santa Maria
 Beco Santa Rosa
 Beco São Gerônimo
 Beco São João Batista
 Beco São Luiz
 Rua VL 24
 Rua VL 30 (61 à 491 e 500 à 981)
 Rua VL 30 (1951 à 2248)
 Rua VL 31 (107 à 464)
 Rua VL 31 (207 à 440)
 Rua VL 32
 Rua VL 35 (10 à 2011)
 Rua VL 36
 Rua VP 2 (2663 à 3230)
 Rua VC 4

- Número de Famílias cadastradas na ESF 07 na ocasião da realização do mutirão de prevenção – **1.118 famílias**
- Número de usuários cadastrados na ESF 07 na ocasião da realização do mutirão de prevenção – **4.670 usuários**
- Número de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa cadastradas na ESF 07 na ocasião da realização do mutirão de prevenção – **767 usuárias**
- Número de coletas realizadas durante a realização do mutirão de prevenção – 692
- Não realizaram a coleta – **75 usuárias**
- **Pactuação do Município de Contagem com o Ministério da Saúde (MS) para realização de citologia oncótica do colo uterino – 30% do número de mulheres em idade fértil e vida sexual ativa cadastradas nas ESF durante um ano.**