

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

VERÔNICA PEDERSANE NUNES DE CASTRO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:  
INTEGRALIDADE E EMPODERAMENTO

Belo Horizonte

2010

VERÔNICA PEDERSANE NUNES DE CASTRO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER:  
INTEGRALIDADE E EMPODERAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Tutor: Ana Maria Chagas Sette Câmara

Belo Horizonte

2010

Dedico este trabalho aos meus pais  
e ao meu querido esposo, maiores  
incentivadores desta minha  
conquista.

Agradeço a todos os que me ajudaram na elaboração deste trabalho: colegas do Centro de Saúde Vila Cemig e do CEABSF.

*“A educação sozinha não  
transforma a sociedade, sem ela  
tampouco a sociedade muda.”*

Paulo Freire

## RESUMO

**Introdução:** A Atenção à Saúde da Mulher é um dos pilares da proposta da Secretaria de Saúde de Prefeitura de Belo Horizonte, sendo o Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher um novo modelo de abordagem assistencial às mulheres em todas as fases de sua vida. Desenvolve as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, e a prevenção do colo de útero e mama. Neste contexto, a educação em saúde surge como estratégia para promover saúde e prevenção primária e secundária de tais doenças nas mulheres. **Objetivo:** Revisar a literatura de educação em saúde e fazer um relato de prática de uma experiência de educação em saúde no contexto da Saúde da Mulher: Prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero e Mama. **Método:** Foi realizada a apreciação da literatura e a busca foi realizada em bases de dados eletrônicas Medline, SciELO, no período entre novembro até abril de 2010. Os descritores “educação em saúde”, “promoção de saúde”, “relato de experiência”, foram combinados nas estratégias de busca e os termos correspondentes em inglês. Ao mesmo tempo foi realizado o Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig, no que tange a saúde da Mulher. A partir disso foi proposto um trabalho de educação em saúde para a população feminina usuária do serviço. **Resultados:** Observou-se que, no CS Vila Cemig não haviam grupos sistematizados para atender a essa parcela da população feminina, as orientações e agendamentos eram individualizados, restritos aos momentos das consultas de enfermagem e aos acolhimentos principalmente. Foi proposto um grupo de educação em saúde conduzido pelo enfermeiro da equipe, e com um único encontro mensal. A partir da revisão da literatura, optou-se pela metodologia roda de conversa, com o tema prevenção do câncer de colo de útero e mama para as mulheres com vida sexual ativa, o auto-cuidado e a importância do exame citopatológico e exame clínico das mamas. **Conclusão:** A educação em saúde, realizada em rodas de conversa estimulou o auto-exame das mamas, a inserção do exame clínico das mamas das mulheres durante as consultas de enfermagem e o exame de prevenção de coleta de citopatológico. As mulheres relataram ações voltadas ao auto-cuidado e autonomia em saúde. A atividade também estabeleceu o vínculo das mulheres com o serviço. Acredita-se, portanto, que a implantação da educação em saúde, em especial em rodas de conversa, na rotina de trabalho da equipe de saúde contribui significativamente para a promoção da saúde da mulher e mudança de postura dos profissionais da atenção básica junto à população feminina.

**Palavras-chave:** educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças, detecção precoce, câncer de colo de útero e mama e relato de experiência.

## ABSTRACT

**Introduction:** Attention to Women's Health is a pillar of the proposal of Belo Horizonte Health's Department, and the Program of Integral Assistance to Women's Health a new model of approach care to women at all stages of their life. Develops actions of health promotion, disease prevention, and prevention of cervix and breast cancer. In this context, health education emerges as a strategy to promote primary and secondary health prevention of such disease in women. **Objective:** Review the literature on health education and give an account of practical experience of health education in context of the Woman's Health: Prevention and early detection of cervix and breast cancer. **Methods:** It was performed an appraisal of the literature and the search was conducted in electronic databases Medline, SciELO, in period from November until April 2010. The descriptors "health education", "health promotion" and "experience story" were combined in search strategies and corresponding terms in English. At the same time was performed a Situational Diagnosis of Vila Cemig Health Center, concerning about women's health. From this was proposed a work in health education for the female population of the services users. **Results:** It was observed that in the Vila Cemig Health Center had not a systematized group to meet this portion of the female population, the guidelines and schedules were individualized, restricted to times of nurse consultations and mainly to the attendances. It was proposed a group of health education conducted by nurse team, and with a single monthly meeting. From the review of literature, it was opted for the conversation wheel methodology, with the theme prevention of cervix and breast cancer for women with active sexually life, self-care and importance of Pap smear and breast examination. **Conclusion:** Health education, held in conversation wheel, stimulated self-breast examination, insertion of the clinical breast examination of women during the visits by nurses and preventive examination for cytological collection. Women reported actions involving self-care and autonomy in health. The activity also established the relationship of women with the service. It is believed, therefore, that the implementation of health education, particularly in conversation wheel, the routine work of health staff contributes significantly to promote women's health and change in attitude of professional primary care with the female population.

**Keywords:** health education, health promotion and disease prevention, early detection of cervix and breast cancer and experience story.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição de Usuários por Sexo e Equipe .....	23
FIGURA 2 – Distribuição de Mulheres por Faixa Etária (Equipe 03).....	24
FIGURA 3 – Atendimentos dos Profissionais do CS Vila Cemig .....	24
FIGURA 4 – Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico da Equipe 03 do CS Vila Cemig – Antes da Implantação da Educação em Saúde .....	28
FIGURA 5 – Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico da Equipe 03 do CS Vila Cemig – Após a Implantação da Educação em Saúde .....	33



## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1: Comparação da Incidência do Câncer de Colo de Útero e Mama.....	11
TABELA 2: Distribuição de Usuários por Faixa Etária e Equipe.....	23
TABELA 3: Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico do CS Vila Cemig.....	25

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EVOLUÇÃO E CONCEITOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>O RELATO DE PRÁTICA.....</b>	<b>22</b>
3.1	O CS Vila Cemig .....	22
3.2	Deficiências do Cenário Encontrado no CS Vila Cemig.....	26
3.3	Motivadores para a Nova Proposta de Trabalho .....	28
3.4	Aplicação de uma Metodologia Estruturada .....	29
3.5	Resultados Obtidos com este Trabalho .....	32
3.6	Proposta de Continuidade.....	39
<b>4</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE A – Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig.....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE B – Material: Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Mama .....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE C – Fotos do Momento Educação em Saúde .....</b>	<b>75</b>
	<b>ANEXO A – Termo de Autorização .....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Constituição Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deve propiciar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, de forma que todos possam ser atendidos de forma integral e igualitária. O estado de saúde do homem é a confluência de fatores bio-psico-social-cultural em que está inserido, portanto a saúde não pode ser considerada apenas como sendo ausência de doença. O conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), diz que: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade” (LUNELLI, 2006). Por isso, cuidar da saúde da população com uma demanda que cresce a cada dia se torna um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde (MS), em 1994, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturando a Atenção Básica à Saúde, propõe o Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 2002). Dentre suas práticas, o Programa Saúde da Família (PSF) deve procurar reorientar as ações de saúde, com ênfase nas práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando de forma crítica e contextualizada. Por isso, a integralidade no atendimento prestado é um dos princípios do SUS, que deve ser priorizado quando se trata da assistência à saúde.

O PSF em Belo Horizonte foi implantado em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e consolidado em 2003 com o programa “BH - Vida: Saúde Integral” (PBH, 2009). A Atenção à Saúde da Mulher é um dos pilares da proposta da Prefeitura de Belo Horizonte, sendo o Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), um novo modelo de

abordagem assistencial às mulheres em todas as fases de sua vida (MARTINS, 2001 *apud* VOLKMER, 2008).<sup>1</sup>

. Desenvolve as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como a prevenção do colo de útero e mama.

O enfermeiro, como membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser capaz de desenvolver ações na Atenção à Saúde da Mulher, que visam reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero e mama, bem como suas consequências físicas, psíquica e social.

O “Programa Nacional de controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher”, proposto pelo Ministério da Saúde, atua para a detecção precoce da doença e de suas lesões precursoras, garantindo acesso e tratamento adequado, e propiciando qualidade no atendimento à mulher. (MS, 2006)

Abaixo, segue a **TABELA 2** comparativa acerca da incidência do Câncer de Colo de Útero e Mama, conforme o INCA (2009), quanto ao número de casos novos esperados para o ano de 2010 e o risco estimado a cada 100 mil mulheres, considerando Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, respectivamente.

**TABELA 1: Comparação da Incidência do Câncer de Colo de Útero e Mama**

Localidades	CA de Colo (esperados/ano)	Risco Estimado (a cada 100 mil mulheres)	CA de Mama (esperados/ano)	Risco Estimado (a cada 100 mil mulheres)
<b>Brasil</b>	18.430	18	49.400	49
<b>Minas Gerais</b>	1.330	12,93	4250	41,21
<b>Belo Horizonte</b>	210	15,21	950	70,19

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2009)

O câncer de colo de útero, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos

<sup>1</sup> MARTINS, C.A. *O Programa da Assistência Integral da Saúde da Mulher*. Goiania, 2001.

novos por ano no mundo, culminando com a morte de 230 mil mulheres por ano. Já o câncer de mama é o mais frequente entre as mulheres. Ainda de acordo com o INCA, o câncer de mama deverá ter o maior número de registros em Minas Gerais e em Belo Horizonte, em 2010. Enquanto que o câncer de colo do útero, também tem grande predominância em todo o Estado e na capital mineira, sendo a segunda maior incidência. Diante de tais incidências, o câncer de colo de útero e mama é hoje um problema de saúde pública que merece atenção.

Deve-se destacar que a prevenção primária (prevenção da ocorrência) ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Contudo, a prevenção secundária (detecção precoce) é possível e necessária para que o prognóstico de tais doenças seja favorável, uma vez que quando o câncer é diagnosticado em estágio inicial, as chances de cura são altas. (INCA, 2009) É importante destacar que os custos social e humano diante do câncer de colo e mama são grandes, podem trazer muitas vezes sequelas emocionais e físicas para a mulher e levar ao óbito quando não diagnosticados precocemente, além de gerar gastos enormes para o sistema público de saúde.

Na atenção primária à saúde, é possível ampliar o acesso da mulher ao serviço, orientar o ao auto-cuidado, estimular o auto-exame das mamas, promover hábitos de vida saudáveis, propiciar o exame clínico das mamas e o exame citopatológico – papanicolau – para todas as mulheres que possuem vida sexual ativa pelo profissional de saúde anualmente, bem como encaminhar para tratamento especializado, se for necessário.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos (1989; 1999) citado por Alves (2007) destaca os da Atenção Básica (AB) como um contexto privilegiado para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde. A consideração do autor justifica-se pela particularidade destes serviços, caracterizados por maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Para Mendes (1996) citado por Alves (2005)<sup>2</sup>, os serviços de Atenção Básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

---

<sup>2</sup> MENDES, E.V. *Um Novo Paradigma Sanitário: a Produção Social da Saúde*. In: MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

A educação em saúde, ao prevenir doenças e agravos ao bem-estar humano, potencializa a redução de custos junto aos vários contextos da assistência e favorece a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à sua saúde. (CHAVES, 2006 *apud* LOPES, 2009)<sup>3</sup>

Ressaltando a importância da educação em saúde, ALVES (2002) ressalta que: “A educação deve propiciar experiência de aprendizagem e de criatividade para construir conhecimentos e desenvolver habilidades para acessar fontes de informação sobre assuntos variados. A educação em saúde deve estar voltada para entender a educação não só como melhoria pedagógica, necessária para desenvolver a reflexão crítica, mas voltada para o compromisso da transformação social.”

Neste contexto, a educação em saúde surge como estratégia de promover saúde e prevenção primária e secundária de tais doenças nas mulheres, deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade no qual está inserida. A palestra educativa em roda de conversa mediada pelo enfermeiro é instrumento pedagógico eficaz para informar e permitir trocas entre as mulheres e a profissional, favorecendo para que as informações possam circular no grupo. (NASCIMENTO, e SILVA, 2009)

O enfermeiro do PSF deve se manter em educação permanente, sendo capacitado com conceitos e atitudes necessárias à sua prática com postura crítica, sendo capaz de atuar diante de uma situação problema buscando superá-la e transformá-la, e assim refletir sobre seu processo de trabalho a fim de melhorá-lo a cada dia.

Este estudo se propôs a fazer uma revisão de literatura sobre educação em saúde, e um relato de experiência da prática de educação em saúde da mulher no Centro de Saúde Vila Cemig. Está estruturado em dois capítulos. O primeiro apresenta a revisão da literatura perpassando pela construção histórica da criação das práticas de educação em saúde e o segundo o relato da prática de educação em saúde no contexto Saúde da Mulher.

Na revisão da literatura a busca foi realizada em bases de dados eletrônicas Medline, SciELO, no período entre novembro de 2009 a abril de 2010. Os descritores “educação em

---

<sup>3</sup> CHAVES, E.S. et al. *Eficácia de Programa de Educação para Adultos Portadores de Hipertensão Arterial*. Rev. Bras. Enfermagem. Rio de Janeiro, 2006.

saúde”, “promoção de saúde”, “relato de experiência”, foram combinados nas estratégias de busca e os termos correspondentes em inglês: *health education*, *health promotion* e *reporting experience*. Foram selecionados 87 artigos escritos em português e inglês, publicados a partir de 1997 que continham no título ou resumo alguma das palavras chaves. Foram selecionados os artigos que apresentassem como tema principal de investigação a educação em saúde, promoção de saúde e relato de experiência. A partir dos critérios de inclusão, 26 artigos foram selecionados, todos publicados nos últimos 10 anos. Não foi critério de exclusão o desenho do estudo.

## 2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EVOLUÇÃO E CONCEITOS

Para se entender a educação em saúde dos tempos atuais, é preciso buscar na história subsídios que a sustentam enquanto práxis, uma vez que ela não surgiu pontualmente. Foi um processo de criação e construção a partir de conceitos articulados, permeados e entrelaçados à concepções de saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças, dentre outros, assim formando uma espiral onde cada um obteve um pouco do outro, assim sucessivamente.

Nas cidades européias, na segunda metade do século XIX, as ações de saúde eram direcionadas ao controle social e sanitário atendendo aos interesses da classe dominante, pois em virtude da industrialização e precarização das classes populares, havia o risco de epidemias e rebeliões, assim, difundiram-se regras de higiene e condutas morais. No Brasil, o mesmo discurso sanitário se fazia presente, onde o que se prevalecia era o saber técnico em detrimento do saber popular. (LUNELLI, 2006)

Dessa forma, no Brasil ao final do Segundo Reinado, o regime republicano imperava, mantendo uma política de desigualdades, beneficiando os mais ricos e condenando a maioria da população a condições precárias. Com esta situação predominante, por volta de 1890 e 1900, a população foi assolada com várias doenças, como a varíola, febre amarela, peste bulbônica, febre tifóide e a cólera, matando milhares de pessoas. Diante dessa calamidade presente e com interesses voltados à indústria iniciante, foi criado o primeiro modelo de assistência à saúde, conhecido como sanitarismo campanhista. E foram iniciadas nas grandes cidades, as desinfecções, hospitalizações compulsórias dos pacientes acometidos pelas doenças infecciosas. (ALVES, 2005)

De acordo com Costa (1987) citado por Alves (2005)<sup>4</sup>, a estratégia da educação em saúde neste período foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes,

---

<sup>4</sup> COSTA, N.R. Estado, Educação e Saúde: a Higiene da Vida Cotidiana. Cad. Cedes, nº 4, 1987.



comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão de corpo, da saúde, da doença, enfim do ‘bom’ modo de andar a vida.

As primeiras práticas de educação em saúde surgiram em virtude de controlar as epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, dentre outras, nos grandes centros urbanos, pois tais epidemias estavam trazendo transtornos para a economia agroexportadora de café. Incluía-se, então, a vacinação em massa da população de forma compulsória, liderado por Oswaldo Cruz, a fim de controlar e evitar a disseminação das doenças. (ALVES, 2007)

Nestes primeiros movimentos de educação em saúde surgiram cartazes e panfletos educativos, mas a maior parte da população era analfabeta, por isso foram criados programas de rádios para divulgar informações sobre higiene e prevenção de doenças. Surgiu então a educação sanitária, nos anos 20, com o objetivo de validar as ações que vinham sendo adotadas. Já na década seguinte, as ações coletivas continuavam voltadas ao combate às doenças infecciosas e parasitárias e houve uma expansão da assistência médica individual. (LUNELLI, 2006)

Assim, o conceito de saúde reemergiu em um cenário político que atendia aos interesses de uma classe econômica minoritária, mas que detinha força, e onde a saúde era considerada apenas como sendo ausência de doença. As suas ações eram pontuais, fragmentadas, individualista e curativistas, demonstrando sinais de pouca resolutividade e eficácia. A partir da sua redefinição como sendo considerado um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 (LUNELLI, 2006), esta concepção ganha novos entendimentos e perspectivas.

Com a criação da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), na década de 60, sob influência norte americana, houve um despertar para a participação comunitária e educação de grupos. Paulo Freire aparece como figura de destaque, movimentando o cenário vigente e propondo uma nova lógica, a dialógica, como prática educativa, contribuindo também na ampliação do conceito de saúde, voltado mais para o social. Contudo, sua proposta não deu continuidade, por enquanto, devido a opressão do regime militar em 1964. Porém, com os movimentos sociais emergentes, surgiram as primeiras experiências, onde os profissionais de saúde começam a se relacionar com os grupos populares. (LUNELLI, 2006)

Contudo, a intervenção do Estado, até então, era voltada para o lucro e a assistência era baseada no modelo hospitalocêntrico com atendimento da demanda espontânea, esta situação fazia com que não se estabelecesse o vínculo e co-responsabilização dos envolvidos, tanto dos profissionais, quanto dos usuários do serviço e isso precisava ser reavaliado.

Mas, continuando esse despertar, na década de 70, continuou a haver um movimento e questionamento sobre a onipotência do Estado na vida das pessoas, bem como a arbitrariedade do sistema de saúde, que atendia a imposição da classe dominante. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, movido por ações populares, desencadeou uma série de reivindicações importantes rumo a transformação do sistema de saúde vigente, destacando-se o acesso a saúde de forma igualitária, solidária, democrática e justa a todos. (ALVES, 2002)

Tudo isso culminou em 1978, com a Conferência de Saúde de Alma Ata, onde houve um importante marco, enfatizando a intersetorialidade, no qual o setor saúde deve trabalhar junto ao setor social e econômico, para assim garantir condições básicas necessárias para se fazer valer o conceito de saúde proposto. Tal fato propiciou o início de uma jornada rumo a melhoria da qualidade da assistência à saúde que vinha sendo prestada a população. (LUNELLI, 2006)

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 constituiu-se como um evento político sanitário principal, cujos principais aspectos se destacam: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. (LUNELLI, 2006)

Então, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), se criou condições necessárias para que a Constituição Brasileira, em 1988 garantisse o direito à saúde de todo cidadão, devendo o Estado prover recursos de forma a assegurar o acesso aos serviços: é criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde e as Leis 8080/90 e 8142/90, e posteriormente normatizado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB's), objetivando com isso assegurar à prestação da assistência a população na promoção, proteção e recuperação da saúde priorizando o caráter preventivo. (ALVES, 2002)

Mercadante (2002) *apud* Lunelli (2006)<sup>5</sup> diz que a promoção da saúde emerge e se fortalece como diretriz orientadora da Política Nacional de Saúde. A consolidação do SUS se relaciona intimamente com a concretização das estratégias de promoção de saúde a serem construídas com a participação da população, propiciando assim o desenvolvimento de potencialidades dos cidadãos e o reforço à ação comunitária.

Com a mudança da política de saúde no Brasil, privilegiando a Atenção Básica (AB) como um novo campo de atuação para os profissionais da saúde, e abriu-se espaço para a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como forma de viabilizar a proximidade do serviço com a comunidade. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002)

Embora desenhada inicialmente como um programa, a Saúde da Família passou a figurar enquanto estratégia prioritária para a reorganização da AB de acordo com os preceitos do SUS. A AB compreende um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Privilegia práticas democráticas e participativas sob aspecto gerencial e sanitário. Organiza o trabalho por equipes dirigidas a territórios bem delimitados. (BRASIL, 2006) A Equipe de Saúde da Família (ESF) devido a sua delimitação de território de atuação e proximidade com a população local, se constitui em um espaço privilegiado. E é nesse terreno fértil que as ações de educação em saúde devem acontecer e, para assim, ser assegurada a integralidade da assistência.

A educação em saúde, segundo Chaves (2006) citado por Lopes (2009)<sup>6</sup>, ao prevenir doenças e agravos ao bem-estar humano, potencializa a redução de custos junto aos vários contextos da assistência e favorece a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à sua saúde. Complementando a esta, Alves (2002) considera que com a educação em saúde melhora-se a qualidade de vida dos indivíduos assistidos, diminuem-se os gastos exarcebantes com a saúde e a demanda hospitalar, resultante da defasagem entre os recursos e as necessidades da população.

---

<sup>5</sup> MERCADANTE, O.A (Org) *Evolução das Políticas do Sistema de Saúde do Brasil*. In: FINKELMAN, J. (Org), *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

<sup>6</sup> CHAVES, E.S. et al. *Eficácia de Programa de Educação para Adultos Portadores de Hipertensão Arterial*. Rev. Bras. Enfermagem. Rio de Janeiro, 2006.

Lopes (2009) também destaca que o enfermeiro é um educador por natureza, que ao sistematizar e individualizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998) citado por Bernardino, (2007)<sup>7</sup> também ressalta o enfermeiro enquanto educador para saúde, no qual considera a enfermagem como uma profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir sua máxima capacidade funcional tão rapidamente possível, e ressaltando ainda que o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para saúde.

As concepções de educação em saúde podem ser delineadas por ser tradicional e dialógico. O modelo tradicional é predominantemente biologicista, individualista, curativista, no qual o conhecimento é transmitido de forma verticalizada e unidirecional. Apenas o profissional - técnico - é que detém o saber e este por sua vez deve ser imposto a fim de ditar comportamentos. Em contrapartida, o modelo dialógico proposto por Paulo Freire, se baseia na lógica de troca de saberes e experiências entre o profissional e a comunidade. Esta é implicada na construção do conhecimento, é participativa, se propõe uma co-responsabilização dos envolvidos, e estes devem ser por sua vez, autônomos e empoderados quanto ao auto-cuidado.

Lunelli (2006) ressalta que, com a influência do método de educação popular proposto por Paulo Freire e dos movimentos sociais da década de 70, percebe-se que a educação em saúde busca ser uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares, e instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os envolvidos no processo educativo estabelecido a partir de um processo dialógico. Conforme Smeke e Oliveira (2001) citado por

---

<sup>7</sup> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [S.I]: Ordem dos Enfermeiros, 1996. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt>>

Alves (2005)<sup>8</sup>, surge aí, uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses.

Wendhausen e Saupe (2003) citados por Lunelli (2006)<sup>9</sup> consideram alguns elementos importantes ao incorporar esta nova concepção de educação em saúde, tais como: o estabelecimento de uma nova relação com o usuário, com processos de comunicação mais horizontais, que privilegiam o diálogo entre saberes diferentes que se complementam; respeito pelo outro e por sua alteridade; concepção positiva de saúde e acentuação dos recursos pessoais e comunitários; participação e empoderamento (*empowerment*) individual e coletivo do usuário; consideração de que a Educação em Saúde permeia todas as atividades assistenciais (formais ou informais).

*Empowerment* pode ser traduzido como sendo parte do campo de ação da promoção da saúde, com reforço da ação e participação comunitária. É a habilidade de pessoas/grupos conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir de modo a melhorar sua situação de vida. (Teixeira, 2002 *apud* Lunelli, 2006).<sup>10</sup>

Ainda segundo Teixeira (2002) citado por Lunelli (2006)<sup>11</sup>, o empoderamento pode ser individual / psicológico (se referindo a habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida), organizacional (se refere ao controle democrático, onde cada membro compartilha informações e poder) e o comunitário (aquele onde indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos em esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades).

Assim, considerando a importância do empoderamento do ator social, explícito até então, o profissional da saúde, particularmente o enfermeiro, deve se configurar no papel de destaque, sendo facilitador nas ações de educação em saúde, possibilitando a interlocução entre a teoria e a práxis e permitir a análise crítica-reflexiva do conhecimento pelas usuárias a

---

<sup>8</sup> SMEKE, E.L.M; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) A Saúde nas Palavras nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

<sup>9</sup> WENDHAUSEN, A. SAUPE, R. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.12, nº1, jan/mar 2003.

<sup>10</sup> TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de Idosos em Grupos Direcionados à Promoção da Saúde. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2002.

<sup>11</sup> TEIXEIRA, M. B. Empoderamento de Idosos em Grupos Direcionados à Promoção da Saúde. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2002.

partir de suas vivências, a fim de assegurar a participação, co-responsabilização e o autocuidado das envolvidas.

Desta forma, faz-se pertinente a articulação entre a educação em saúde e sua aplicabilidade no contexto das práticas de saúde do enfermeiro do PSF. Segue, portanto, o relato de experiência a prática de educação em saúde à mulher, cujo tema, escolhido devido a sua relevância social, foi a prevenção do câncer de colo de útero e mama para as mulheres que possuem vida sexual ativa, incentivando o auto-cuidado e a adesão à consulta de enfermagem para realização do exame citopatológico e exame clínico das mamas.

### **3 O RELATO DE PRÁTICA**

#### **3.1 O CS Vila Cemig**

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi possível realizar o Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig (Apêndice 1), no que tange a saúde da Mulher. Observou-se o elevado número de mulheres que se encontravam na fase considerada reprodutiva e não realizavam a prevenção (citopatológico) conforme estabelece o Ministério da Saúde. Tal fato, portanto, motivou o interesse em discutir a importância e eficácia da educação em saúde no contexto da prevenção e promoção da saúde, bem como a detecção precoce do câncer do colo de útero e mama.

O Centro de Saúde Vila Cemig está localizado na região do Barreiro, no município de Belo Horizonte, e abrange aproximadamente 2.780 famílias e 11.120 pessoas, segundo levantamento realizado pelo Centro de Saúde (CS) em 2008. A área de abrangência do CS inclui a Vila Cemig, o Conjunto Esperança (antigos moradores do lixão do bairro Nova Granada) e parte do bairro Flávio Marques Lisboa. Atende uma população de elevado e muito elevado risco. Possui 03 equipes completas, sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, e quatro agentes comunitárias de saúde. Conta com quatro auxiliares de enfermagem de apoio, ginecologista, pediatra e assistente social, dois auxiliares administrativos e uma gerente, totalizando 33 funcionários aproximadamente.

As tabelas a seguir, ilustram alguns dados pertinentes para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sobre a população da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig. Tais dados englobam as três Equipes de Saúde da Família. Deve-se destacar que a Equipe 99 refere-se a pessoas que não foram devidamente cadastradas no banco de dados da Unidade em suas devidas equipes, mas que pertencem à área de abrangência do C.S.

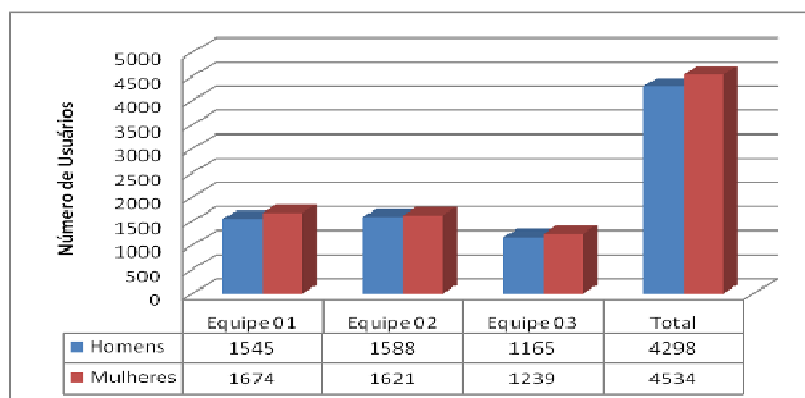
A **TABELA 2** a seguir demonstra o total de residentes da área de abrangência do CS Vila Cemig, discriminado por faixa etária, no intuito de demonstrar o perfil da população local.

**TABELA 2: Distribuição de Usuários por Faixa Etária e Equipe**

Faixa Etária	Equipe 01	Equipe 02	Equipe 03	Equipe 99	Total
< 14 anos	1045	1019	791	328	3183
15 – 19 anos	376	390	298	139	1203
20 – 65 anos	1993	2290	1678	729	6690
> 65 anos	144	212	153	70	579
<b>Total</b>	<b>3558</b>	<b>3911</b>	<b>2920</b>	<b>1266</b>	<b>11655</b>

Fonte: Censo BH Social / SMSA-BH (Atualizado: 12/2008).

A seguir, na **FIGURA 1**, é ressaltada a população local, levando em consideração a equipe e o sexo, com isso, pode-se perceber a importância de se estabelecer um trabalho voltado às mulheres. Sendo, portanto, a equipe 03 a que possui uma população menor, se comparada às demais.



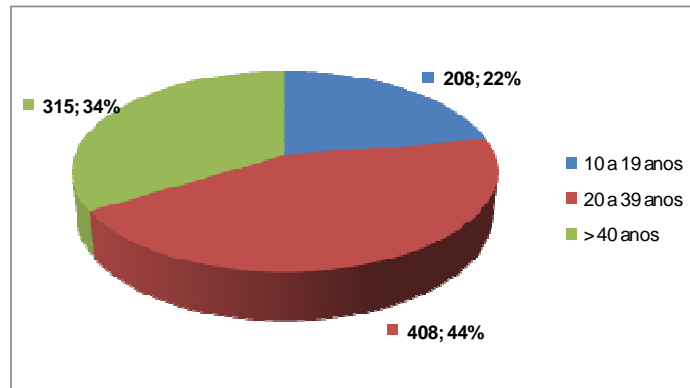
**FIGURA 1 – Distribuição de Usuários por Sexo e Equipe**

Fonte: Dados Coletados pelas Agentes Comunitárias de Saúde no Período de Janeiro à Novembro/2008.

Na Erro! Fonte de referência não encontrada. a seguir, é apresentada o número de mulheres discriminadas por faixa etária na área de abrangência da equipe 03, e observa-se que



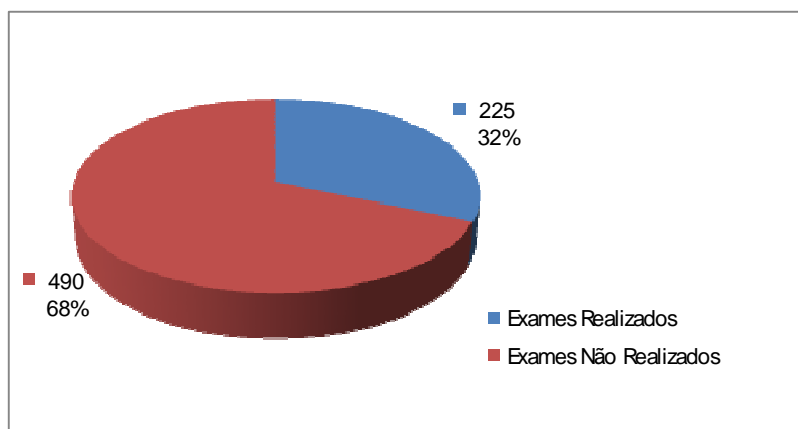
não há o número de pessoas do sexo feminino menores de 10 anos, pois esse não era objeto do estudo.



**FIGURA 2 – Distribuição de Mulheres por Faixa Etária (Equipe 03)**

Fonte: Dados Coletados Pelas das Agentes Comunitárias de Saúde no Período de Janeiro à Novembro/2008.

Na sequência, é apresentada a **FIGURA 3**, com os atendimentos dos enfermeiros das equipes, a produtividade do enfermeiro de apoio, ginecologista de apoio e o enfermeiro supervisora de estágio da Faculdade Universo, gerando então a cobertura do CS Vila Cemig. Observa-se que embora a cobertura ainda esteja a desejar, se encontrando abaixo de 50%, vê-se um esforço conjunto da Unidade em prestar o serviço. Com isso, pode-se demonstrar que deve se investir num trabalho cuja finalidade é aumentar o acesso das mulheres no serviço de saúde e possibilitar a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos profissionais da atenção primária.



**FIGURA 3 – Atendimentos dos Profissionais do CS Vila Cemig**

Fonte: Dados Extraídos do Sistema Gestão de Janeiro/Setembro de 2008.

A porcentagem de cobertura foi calculada considerando-se o total de mulheres entre 20 e 49 anos - dados do levantamento epidemiológico realizado pelas agentes comunitárias de saúde da Unidade no ano de 2008.

Por fim, na **TABELA 3**, a seguir é apresentada a cobertura da coleta do exame citopatológico realizada pelas mulheres da área de abrangência da Equipe 03 do CS Vila Cemig, realizada exclusivamente pelo enfermeiro, da equipe, no ano de 2008 e no primeiro semestre de 2009. Sendo esses dados de relevância para o trabalho, de educação em saúde, implantado após este período.

**TABELA 3: Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico do CS Vila Cemig**

2008				2009	
1º semestre		2º semestre		1º semestre	
Vagas	Exames coletados	Vagas	Exames coletados	Vagas	Exames coletados
160	80	136	65	96	49
(100%)	(50%)	(100%)	(47%)	(100%)	(51%)

Fonte: Dados Extraídos do Caderno de Controle do enfermeiro de Janeiro/2008 a Julho/2009.

A Equipe 03 permaneceu sem o profissional médico durante praticamente todo o ano de 2009. Foi diante do diagnóstico local e deste cenário adverso que a equipe resolveu investir na educação em saúde, e na proposta de prevenção do câncer de colo de útero e mama. Junto a esta atividade, houve um incentivo para a coleta do exame de prevenção (papanicolau) e o exame cínico das mamas, além da solicitação de mamografias pelo ginecologista da Unidade, para as mulheres que tinham indicação clínica.

É pertinente considerar que até então, não havia sido realizada pelos profissionais da Unidade qualquer iniciativa no intuito de promover educação em saúde para as mulheres e assim possibilitar o aumento no índice de cobertura dos exames citopatológicos. Essa situação ocorreu principalmente devido ao excesso de trabalhos e demandas da população sobre equipe, inviabilizando por isso tais iniciativas, mas quando essa se viu sem o profissional médico, foi motivada a reavaliar o processo de trabalho que vinha desempenhando.

Por conseguinte, durante a realização da disciplina "Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde", do CEABSF, houve a possibilidade de propor ações e intervenções para o problema diagnosticado, surgindo então, a assistência à Saúde da Mulher como foco de intervenção, e resultando no relato de experiência da inserção da educação em saúde para promover saúde no contexto do PSF.

Seguindo o princípio da Integralidade, as ações preventivas por meio das atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF. (Alves, 2005). Segundo Costa e López, 1996 (*apud* Alves, 2005)<sup>12</sup>,

“a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”.

A educação em saúde para prevenção do câncer de colo de útero e mama, juntamente com a captação das mulheres para a realização do papanicolau (prevenção, citopatológico) e exame clínico das mamas o mais precocemente possível, permite que o enfermeiro esteja mais próximo da população feminina, assumindo uma posição de grande importância no processo de assistência à saúde da mulher. É possível fortalecer o vínculo, respeitando as ações propostas pelo Ministério da Saúde, o acesso igualitário e universal às mulheres, contemplando a realidade vivenciada no local.

### **3.2 Deficiências do Cenário Encontrado no CS Vila Cemig**

Visando o acompanhamento da crescente demanda das mulheres por atendimento e consulta de enfermagem para realização da prevenção do câncer de colo de útero e mama, o maior e principal desafio para a equipe foi criar uma estratégia que atendesse a necessidade da população feminina e ao mesmo tempo possibilitasse a otimização do processo de trabalho do enfermeiro.

Dessa forma, buscou-se um embasamento teórico no intuito de subsidiar as ações a serem propostas e assim sugerir uma estratégia eficiente, gerando como principal fruto, o conteúdo deste trabalho.

---

<sup>12</sup> COSTA, A.; LÓPEZ, E. Educacion para La Saúde: a Higiene da Vida Cotidiana. Cad. Cedes, nº 4, 1996.

Assim, observou-se que, não haviam grupos sistematizados para atender a essa parcela da população feminina, as orientações e agendamentos eram individualizados, restritos aos momentos das consultas de enfermagem e aos acolhimentos principalmente. Estes utilizados por uma clientela eletiva sedenta por ser ouvida, interessada em conseguir acesso igualitário no serviço de saúde, que por sua vez gerava uma demanda exarcebada para o acolhimento. Como não havia avaliação de classificação de risco dos usuários do serviço, o acolhimento aos casos considerados agudos estava comprometido.

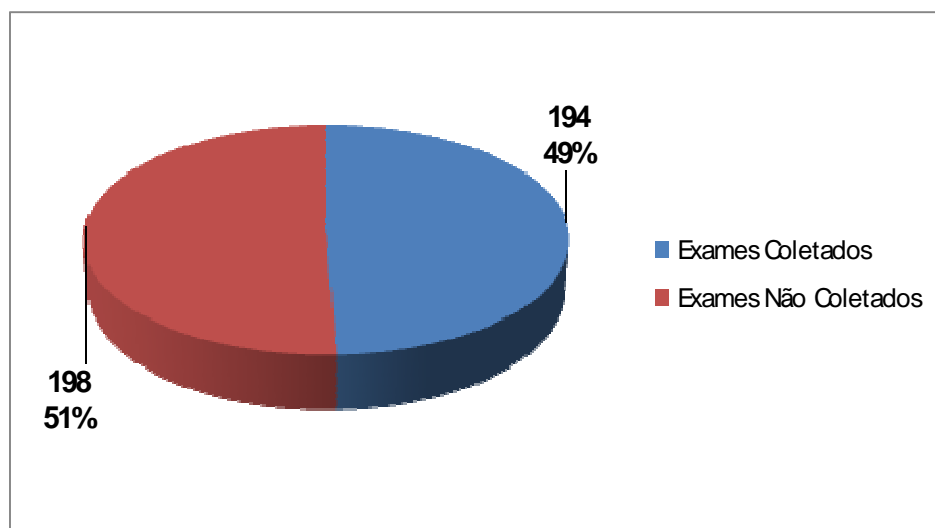
Outro fator relevante, diz sobre a própria seleção e avaliação dos grupos de risco a quem devem ser priorizados os atendimentos das prevenções, pois, uma vez que não haviam critérios pré-estabelecidos pela equipe, as mulheres que eram profissionais do sexo, as que tinham vida sexual promíscua, as que trabalhavam fora de casa, dentre outras, conseguiam orientação e agendamento de consulta, de acordo com a ordem de chegada e com a disponibilidade das vagas do enfermeiro. Os atendimentos eram realizados rapidamente, não havia tempo e nem tranquilidade para o diálogo com a mulher assistida. Este processo de trabalho fez com que o vínculo entre o enfermeiro e as mulheres não fosse estabelecido de forma adequada.

Acreditava-se que muitas das que buscavam orientações e consulta para realizar a prevenção não compareciam a estas, devido a falta de comprometimento e coresponsabilização sobre seu estado de saúde-doença, bem como devido a pouca importância e/ou conhecimento quanto ao câncer de colo de útero e mama. Assim, o índice de absentismo às consultas era alto.

Para se ter uma dimensão do índice de absentismo, no primeiro semestre de 2008 era disponibilizada 08 vagas por semanas, sendo ao todo 160 vagas e apenas 80 (50%) mulheres apareceram para realizar o exame. Diante disso, no semestre seguinte, o enfermeiro diminuiu esse número de vagas, passando então para 06 vagas por semana, sendo oferecidas 136 vagas, e ainda assim compareceram apenas 65 mulheres, que corresponde há 47% de adesão. Esse cenário ficou ainda pior no semestre seguinte, porque não havia mais médico na equipe, e o enfermeiro se viu pressionado a atender um grande número de demanda espontânea e não voltou seu olhar para esse problema, assim, foram disponibilizadas apenas 90 vagas, destas compareceram 49 pessoas (54%).

A seguir, na **FIGURA 4**, é apresentada a cobertura da coleta do exame citopatológico realizada pelas mulheres da área de abrangência da Equipe 03 do CS Vila Cemig, realizada

exclusivamente pelo enfermeiro da equipe, no ano de 2008 e no primeiro semestre de 2009, antes da implantação da educação em saúde.



**FIGURA 4 – Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico da Equipe 03 do CS Vila Cemig – Antes da Implantação da Educação em Saúde**

Fonte: Dados coletados pelo enfermeiro que realizava as prevenções.

É possível então observar a baixa adesão das mulheres às consultas de enfermagem para a realização do exame de prevenção.

### **3.3 Motivadores para a Nova Proposta de Trabalho**

Diante das dificuldades encontradas foi pensada uma estratégia que possibilitasse a ampliação do acesso das mulheres ao serviço de saúde, criando um espaço onde houvesse trocas de experiências e saberes entre a população e equipe de saúde e assim permitir o empoderamento e a integralidade da assistência.

De acordo com as agentes comunitárias de saúde (acs's), as próprias mulheres demandavam uma atividade que contemplasse a troca de experiências e saberes. Primeiramente, então, foi proposta a palestra educativa, monológica com transmissão de conhecimentos de forma unidirecional, como se as mulheres não tivessem nada a contribuir. Foi observado que os primeiros grupos compareceram poucas mulheres. Assim, foi preciso reavaliar e propor um novo formato para essa prática em saúde. Houve uma identificação com a proposta metodológica proposta por Paulo Freire, privilegiando o método dialógico e

problematizador. Fez-se a opção para o trabalho com o grupo em formato de roda de conversa, no intuito de literalmente facilitar as informações e trocas de experiências das envolvidas.

Segundo Nascimento e Silva (2009), a roda de conversa é uma metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo, motivar a autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia.

### **3.4 Aplicação de uma Metodologia Estruturada**

Grupo Preventivo: “Desvelando os mitos do Exame Papanicolau e incentivando o Auto-Cuidado”

Foi proposto um trabalho em grupo, conduzido pelo enfermeiro da equipe, com um único encontro mensal. Os encontros aconteceram no salão cedido pela Igreja Católica, próximo ao Centro de Saúde, com duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos.

As acs` s inicialmente tinham como função, captar apenas as mulheres de risco, as mais vulneráveis (garotas de programas, as que não compareciam ao Centro de Saúde há mais de 02 anos, as que possuíam história familiar de Câncer de Útero e Mama, etc.), e realizavam suas buscas-ativa, convidando-as à participar do grupo. Contudo, uma vez que foi garantida assistência a tal público, e a demanda cresceu, o projeto se expandiu de forma a atingir a todas que quisessem participar da educação em saúde. Segue, então, a descrição do encontro, que é dividido em quatro momentos:

#### **1º momento: “Apresentação dos Profissionais”**

As participantes são convidadas a se acomodarem em cadeiras, distribuídas em formato de roda. Após a chegada de todas, há um momento de apresentação, onde cada participante se apresenta, inclusive os profissionais de saúde (enfermeira, acs` s), a fim de se estabelecer uma melhor interação entre as usuárias e profissionais.

## **2º momento: Apresentação do Tema: “Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Mama”**

Faz-se a apresentação dos temas já previamente estabelecidos e abaixo descritos (Apendice 2) e a discussão com as integrantes do grupo.

- Epidemiologia do Câncer do colo de útero:

O câncer de colo de útero é uma doença de crescimento lento e silencioso. A detecção precoce do câncer do colo de útero ou de lesões precursoras é plenamente justificável, pois a cura pode chegar a 100% e, em grande número das vezes a resolução ocorrerá ainda a nível de atenção básica. Nesse momento também é discutido sobre o câncer de mama. Fazendo uma interlocução sobre como elas entendem tais doenças. (INCA, 2009)

- Principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo do útero:

São trabalhados neste momento, os fatores de risco mais preponderantes para o aparecimento das lesões precursoras e a possibilidade do desenvolvimento do câncer propriamente dito: Vírus do Papiloma Humano (HPV), sendo este transmitido na relação sexual, uso prolongado de anticoncepcional, relação sexual precoce, tabagismo, multiplicidade de parceiros, baixo nível sócio econômico e imunossupressão. É importante destacar que ao se trabalhar tais fatores, são realizados uma prévia sobre seus conhecimentos acerca do assunto. (BRASIL, 2006)

- Relação entre HPV e Câncer do colo de útero:

É conversado sobre a correlação entre o Vírus do Papiloma Humano (HPV), sendo este um vírus da família Papilomaviridae capaz de induzir lesões de pele ou mucosa. Responde por 20% das infecções em mulheres com vida sexual ativa. Está presente na maioria das infecções clinicamente aparentes, verrugas genitais visíveis, e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis e no ânus. Por se tratar de lesões precursoras, o seu aparecimento pode estar relacionado ao posterior desenvolvimento do câncer de útero. (BRASIL, 2006)

- Conceito do Exame Papanicolau:

É investigado neste momento o que elas sabem sobre o exame supracitado, se já realizaram o que acharam etc. E assim, juntamente a essa, se explicava sobre a técnica de

coleta do material (células) do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice. É demonstrado os materiais usados para realização do exame. E como é realizado o procedimento propriamente dito, explicando que para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se a escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira (*Espátula de Ayres*) e de uma escovinha endocervical (*Tipo Campos da Paz*). (BRASIL, 2006)

- Periodicidade para realização do Exame de Prevenção:

Na sequencia, é conversado sobre a periodicidade para realização do exame de prevenção, sendo indicado prioritariamente para mulheres acima de 20 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), depois de dois exames citopatológicos do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Neste momento, é comum acontecer muitas discussões sobre tal afirmação. (BRASIL, 2006)

- Recomendações para realização do Exame de Papanicolau:

Neste momento é necessário recomendar às mulheres alguns preparos para o dia em que for realizar o exame. Tais como: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta; evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta; não usar espermicidas ou cremes vaginais, nas 48 horas anteriores ao exame; e as mulheres são orientadas que o exame não deve ser realizado no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. Em situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada. (BRASIL, 2006)

- Auto-exame da Mamas:

O auto-exame das mamas (AEM) é o exame das mamas que deve ser realizado mensalmente pela própria mulher com o intuito de verificar a presença de alterações nos seios. Quando fizer o auto-exame nas mamas, deve-se atentar para dor mamária, protuberâncias, ondulações, checarem a espessura dos seios e liberação de líquidos pelo mamilo. Mediante a qualquer achado clínico anormal deve-se orientar a procurar assistência



médica. O exame deve ser realizado mensalmente a partir do 20 anos de idade e sendo uma semana após a menstruação, já que na fase pré-menstrual a mama torna-se edemaciada, dolorosa e muitas vezes formam-se nodulações, prejudicando a palpação. As mulheres menopausadas deverão escolher um dia do mês para realizá-lo. (INCA, 2009)

Neste momento, as mulheres são convidadas a se levantarem e realizar juntamente com o enfermeiro os passos para realização do auto-exame das mamas, sendo este, um momento de descontração e participação de todas ( Apêndice 3). E é ressaltado também que o auto-exame das mamas não exclui o exame clínico das mamas, que deve ser realizado anualmente pelo profissional de saúde.

### **3º momento: Iteração entre as Usuárias e o enfermeiro**

Esta é a hora em que as usuárias mais uma vez têm a oportunidade de esclarecer qualquer dúvida que não tenha sido bem entendida, e ainda qualquer outro assunto que elas acreditem ser interessante. É um espaço aberto para discussão de temas de interesse das mulheres, aparecendo dúvidas sobre os sintomas da menopausa, ressecamento vaginal, métodos contraceptivos, a necessidade de realizar a mamografia, dentre outros.

### **4º momento: Agendamento do Exame de Prevenção**

Por fim, todas as mulheres são convidadas a agendarem uma consulta de enfermagem para a realização do exame de prevenção.

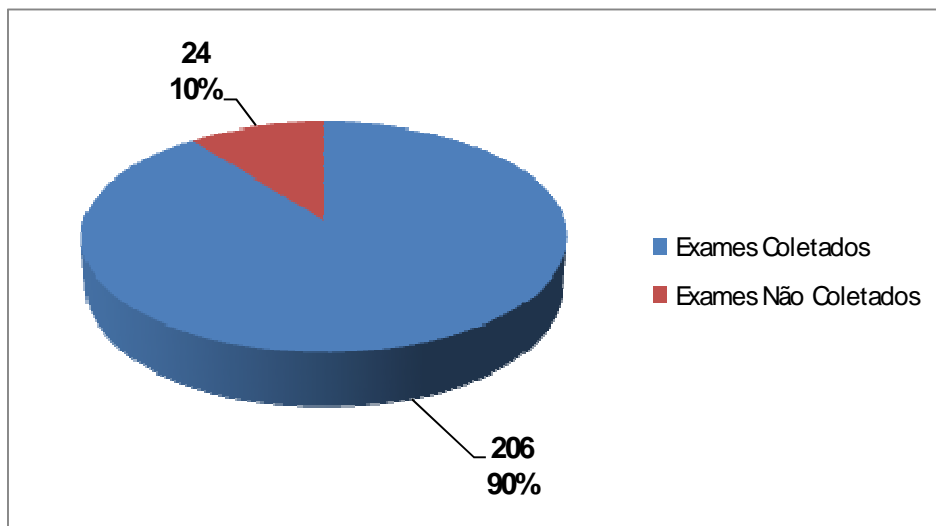
Ao final do trabalho, no apêndice, encontram-se os slides de apresentação do trabalho de educação em saúde direcionado ao grupo de mulheres, porém deve-se ressaltar que este serve como linha guia dos assuntos a serem discutidos no grupo, mas que o enfermeiro não faz uso destes na forma de projeção em parede, exceto a foto com a anatomia feminina, e as imagens que apresenta a técnica de coleta do citopatológico.

## **3.5 Resultados Obtidos com este Trabalho**

Uma vez que se buscou atuar na prática de educação em saúde visando a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres na prevenção do câncer de colo de útero e mama, conseqüentemente esperava-se que isso impactasse no serviço de saúde. Portanto, os resultados obtidos com este trabalho, podem ser divididos tanto em qualitativos, quanto quantitativos.

Rose (2010), relata que uma política de saúde não pode ser avaliada propriamente até que respostas quantitativas possam ser dadas para ao menos estas principais questões: a efetividade e a segurança das intervenções; a aceitabilidade, a resposta, a adesão ao rastreamento e a intervenção (se foi apropriada e de longo prazo); e ainda o custo de se prevenir um evento crítico tanto para os profissionais como para os participantes (em termos emocionais, físicos e sociais).

Após a implantação do grupo de discussão sobre saúde da mulher, observou-se um aumento na adesão das mulheres nas consultas de enfermagem, aumentou a cobertura dos exames e obviamente diminuiu o índice de absenteísmo. Sendo demonstrado na **FIGURA 5** a seguir:



**FIGURA 5 – Cobertura da Coleta do Exame Citopatológico da Equipe 03 do CS Vila Cemig – Após a Implantação da Educação em Saúde**

Fonte: Dados coletados pelo enfermeiro que realizava as prevenções.

Entre os 90% de exames coletados constam as 15 mulheres que não realizaram o exame de prevenção porque estavam menstruadas, ou haviam mantido relação sexual com o parceiro no dia anterior ao exame. Foram incluídas no quadro, porque compareceram na consulta para justificar a não possibilidade de realização do exame e para agendar nova data, demonstrando portanto uma valorização e respeito com o serviço prestado, um empoderamento sobre sua condição e co-responsabilização no processo.

Ao analisar os dados, é possível demonstrar que a partir do momento da inserção da roda de conversa como estratégia de educação em saúde, houve um aumento do índice de adesão, chegando a 90%. Vale lembrar que quando a educação em saúde era realizada por palestras até julho de 2009, esse índice era de 49%. Foi percebido também que houve uma boa cobertura dos exames de prevenção, totalizando 24,20% de coleta de citopatológico, em apenas seis meses de implantação, considerando a população feminina acima dos 20 anos.

Outro impacto importante diz sobre a realização dos exames clínicos das mamas. Antes não era realizado em todas as mulheres, devido a dificuldade de aceitação e compreensão acerca da dimensão da doença, e ainda pela falta de vínculo estabelecido com a profissional, por isso, várias ficavam receosas em se expor. Após se discutir a importância de tal exame no grupo de educação em saúde, e se estabelecer o vínculo, 100% das mulheres solicitaram que fizesse o exame, no momento da consulta.

Embora não se tenha dados estatísticos, observou-se também o despertar das mulheres para o auto-cuidado, pois grande parte destas relataram ser capazes de realizar o auto-exame das mamas, sem dificuldades, principalmente as mais jovens, algumas até conseguiram identificar nódulo na mama.

Dos 206 exames de prevenção realizados, foram detectados quatro resultados alterados, sendo que dois apresentavam lesão intraepitelial de baixo grau, compreendendo efeito citológico pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I, e os outros dois mostravam neoplasia intra-cervical de grau II.

Cabe salientar, que tais dados representam 1,94% sobre os 206, que a princípio pode parecer insignificante, mas com isso foi possível evitar que essas mulheres adoecessem por um longo período de sofrimento físico e emocional, caso a detecção fosse tardia. Isso também implica em melhoria da qualidade de vidas destas mulheres, da sua sobrevivência, e até mesmo em impacto social e para o serviço de saúde, diminuindo possíveis custos de tratamentos especializados e internações, caso necessário.

As mulheres se viam antes, limitadas a alguns momentos para esclarecerem quaisquer dúvidas acerca do seu corpo, sua condição, bem como para agendar sua consulta de enfermagem para a realização do exame de prevenção. Ao se implantar a roda de conversa como estratégia de educação em saúde na rotina de trabalho da equipe, observou-se que o acesso às orientações da enfermeira, bem como ao diálogo aberto foi facilitado.

E ao viabilizar e criar esse espaço para as mulheres, melhorou a acessibilidade ao serviço de saúde. Vale lembrar que anteriormente, a demanda era agendada, conforme as vagas disponíveis e por ordem de chegada, e isso fazia com que, as que não conseguissem, principalmente as do grupo de risco que não costumavam frequentar a Unidade, e as que trabalhavam deixavam de ser atendidas ou fossem procurar por este em outro lugar.

É importante destacar a função das acs's neste processo , uma vez que elas intermediam as ações de saúde e desempenham sua função de forma mais efetiva diante da população, captando e convidando as mulheres para participarem do grupo de educação em saúde e divulgando o trabalho.

Alvim, e Ferreira, (2007), em seu artigo sobre a perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem, ressaltam que a prática dialógica do enfermeiro no contexto da educação popular em saúde anuncia um discurso transformador, mediado pela participação do sujeito (cliente) de forma ativa, crítica, e questionadora e não por uma participação por extensão. E ainda complementa que essa prática educativa se coloca em posição contrária àquela cunhada ao modelo verticalizado, em que não há troca de informações, saberes e de práticas, mas se perpetua pela presença de um discurso monológico, em que uma pessoa fala a outra não “com” a outra.

No que diz respeito a dinâmica de funcionamento do grupo acontecer em forma de roda de conversa, não foi por acaso, uma vez que a integração entre os membros são facilitadas e mais articuladas. Esta colocação vem de encontro ao trabalho desenvolvido por Santos, e Penna, (2009) sobre educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido, em que resalta a roda de conversa como metodologia da prática educativa, completando que nesta, há abertura para que as usuárias falem de outros assuntos de seu interesse, bem como seus questionamentos e, além disso, esta proposta tem o intuito de favorecer a participação das usuárias e a troca de experiências entre elas.

Com isso, pode-se se dizer que embora o grupo seja um espaço formal de educação em saúde, há descontração durante sua execução. Nestes encontros, que são planejados para quarenta e cinco minutos, normalmente excedem esse tempo, com a participação efetiva de todos.

Portanto, o grupo representa mais do que um momento de troca de saberes entre as envolvidas, é o espaço para as mulheres serem ouvidas e fazerem-se ouvir. Nesse espaço, o

profissional é figura intermediadora, que facilita a dinâmica de funcionamento e estabelece coesão nas argumentações dispostas.

Rolim *et al* (2004) em seu artigo que descreve um relato de experiência sobre Mulheres em uma aula de hidroginástica: experienciando o interrelacionamento grupal, consideram que trabalhar com grupos oportuniza aos enfermeiros, a compreensão do sentir, do pensar e do agir de modo diferente, usando o conhecimento técnico-científico, envolvendo as relações humanas em busca de uma nova proposta de ação educadora em uma enfermagem reflexiva determinando ações transformadoras na sociedade. Com isso, pode-se dizer que a proposta de se trabalhar em grupos propicia um ganho tanto para as usuárias do serviço quanto para o profissional de saúde.

Ao se propor o grupo, foi possível então estabelecer o vínculo, na medida em que as mulheres frequentavam o encontro, se diminuía a distância física e emocional entre a profissional e as usuárias. Dessa forma, por meio desse trabalho, passou haver um reconhecimento da figura do enfermeiro diante das mulheres e conseqüentemente da comunidade local. Na medida em que essa relação de confiança entre ambas ganhou força, o vínculo ficou mais estreito e o absenteísmo às consultas reduziram consideravelmente.

É necessário ressaltar, que conforme a mulher se apropriava das experiências desenvolvidas e vivenciadas no grupo, ela despertava para uma nova forma de se posicionar no cenário, sendo um ator social de fato, e tendo uma atitude mais pró-ativa diante da sua condição. Diante disso, houve também um estímulo para que as mulheres tivessem ações voltadas ao auto-cuidado e autonomia em saúde.

Neves, e Cabral, (2008) em seu artigo sobre Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde, relata que

“Tendo em vista a teoria freiriana, a mulher cuidadora, por meio do conhecimento/educação como instrumento libertador, é quem pode fazer a tomada de consciência buscando o controle de sua vida por meio do empoderamento individual. Ao fazer uma reflexão sobre sua condição (tomada de consciência) e possuir os elementos necessários por meio da ação-reflexão-ação, poderá realizar uma transitividade da consciência ingênua para a crítica.”

Com isso, deve-se destacar que, a partir do momento em que a mulher se empoderou da sua condição, ela saiu da posição de passividade e passou a ser co-responsável pela sua vida e principalmente sobre sua saúde. O profissional também “saiu de trás da mesa” e passou

a ser atuante na comunidade, sendo de fato um promotor de saúde. Essas duas situações se cruzam e se transformam positivamente, gerando bons frutos.

Pode-se considerar também, que havia uma relação custo/efetividade positiva de tais ações de educação em saúde, pois eram realizadas no nível primário de atenção à saúde e não necessitavam investimentos financeiros dispendiosos, e atingia um número maior de mulheres, em pouco tempo. E a partir dessa prática, foi possível o estímulo ao auto-exame das mamas, a inserção do exame clínico das mamas das mulheres durante as consultas de enfermagem e o exame de prevenção de coleta de citopatológico, que é realizado com técnicas simples e segurança pelo enfermeiro.

Marinho, *et al* (2003) em seu artigo sobre o conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde diz exatamente sobre o investimento cada vez maior dos profissionais em programas preventivos eficazes e abrangentes para prevenção de Câncer de Mama, descrevendo que o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado indubitavelmente, ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a realização do auto-exame da mama, do exame clínico e do exame de mamografia.

Este mesmo autor ressalta ainda que os recursos destinados à saúde da população estão aquém do necessário, sendo fundamental que se lance mão de alternativas possíveis para tentar corrigir esta distorção e propiciar o diagnóstico mais precoce possível dos tumores que afetam a mama, sendo o auto-exame, com certeza uma das etapas importantes nesse processo de identificação dos tumores mamários. E que, a ausência de programas dirigidos à identificação de tumores da mama, pode trazer prejuízos para a paciente, onde esta perde a chance de cura, sofre mutilação, tem tratamentos com maior grau de sofrimento, com repercussões para toda família, e também traz prejuízo para o Estado que acaba tendo aumento das despesas com o tratamento de casos que poderiam ter sido diagnosticados mais precocemente.

Além disso, o exame de prevenção também é considerado de baixo custo se comparado aos tratamentos especializados e havendo ainda a possibilidade da solicitação de mamografia bilateral para as mulheres que tiverem indicação para tal pelo ginecologista da Unidade, fortalecendo o trabalho multiprofissional.

É importante que os profissionais estejam conscientes de seu papel enquanto promotores de saúde e estejam continuamente informando e estimulando a população quanto ao auto cuidado em suas consultas e por meio da educação em saúde.

Neste sentido, Branco (2005) em seu artigo sobre a Prevenção do Câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem, diz que a educação em saúde face ao câncer terá que ter como objetivos a desmistificação do mesmo, a motivação da população para a adoção de estilos de vida saudáveis, dando-lhes a conhecer os sinais de alerta do câncer e motivá-la para a participação em rastreios oncológicos.

Deve-se considerar também que a partir do momento que o enfermeiro verificou que houve alteração do resultado do exame citopatológico e ou da mamografia, é realizada a busca-ativa dessas mulheres que são imediatamente captadas pela acs da área e são encaminhadas para o ginecologista da Unidade, a fim de iniciar tratamento e propedêutica do colo no nível local ou secundário de atenção à saúde. Com esse trabalho é assegurado à mulher a garantia da integralidade da assistência prestada, tantos pelos profissionais envolvidos (enfermeiro e ginecologista), quanto pelo nível secundário de atenção à saúde.

Assim, a equipe também lança um novo olhar sobre o processo de trabalho que vinha realizando até então, suas ações eram desarticuladas e sem continuidade tanto para a equipe, quanto para as mulheres, que se sentiam “soltas”. O processo instituído, passou a ser mais sistematizado, e a equipe passou acompanhar os casos, assegurando continuidade da assistência até que o caso seja resolvido, e assim, garantindo mais apoio para a mulher.

Os pontos descritos ao longo deste texto apresentaram uma dimensão acerca da relevância do assunto da educação em saúde para assegurar integralidade e empoderamento das mulheres e como essa pode implicar diretamente na práxis da equipe de saúde da família em curto prazo. A longo prazo espera-se que os resultados possam continuar sendo positivos e impactantes para todos, tanto para a profissional de saúde, quanto para as usuárias do serviço, bem como para a saúde pública.

Pode-se dizer que para realização da prática de educação em saúde desenvolvida na Unidade Básica, foi necessário que a profissional “se colocasse no lugar da usuária”. E nessa estratégia intimamente relacionada com as ações cuidadoras, pode ser concebida enquanto dispositivo produtor de um saber, que, por sua vez, contribuiu para a autonomia e

emancipação da usuária e conseqüentemente da comunidade, propiciando, uma impulsão para que as mulheres questionem e participem.

Assim, Figueiredo e Ayres, (2002), em seu artigo sobre a Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP, apresenta as repercussões das ações preventivas realizadas, bem como da sua efetividade, afirmando que a Unidade de Saúde pode ser uma excelente desencadeante e provedora de ações preventivas, ao mesmo tempo em que provoca um estímulo às mulheres que frequentam os serviços de saúde. Tal assertiva vem ao encontro do relato de experiência descrito ao longo deste trabalho, validando mais uma vez a importância de tais práticas de saúde no contexto do PSF.

Por tudo isso, pode-se concluir que a implantação da ação de educação em saúde para melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres do CS Vila Cemig foi de grande relevância social, sendo esta ação apenas o ponto de partida para que outras propostas possam surgir.

### **3.6 Proposta de Continuidade**

O projeto de se criar uma estratégia que possibilitasse algo inovador e que ao mesmo tempo fosse de simples aplicação e execução, no contexto da saúde da mulher no CS Vila Cemig, fez despertar o olhar para a melhoria contínua do processo de trabalho da equipe.

Dessa forma, a partir deste trabalho, fica como sugestão de continuidade, a criação do “arquivo rotativo”. Esse terá como objetivo sistematizar o trabalho já iniciado, onde cada mulher que participou da atividade de educação em saúde e realizou a prevenção no mês e ano corrente, terá uma ficha de acompanhamento, constando o resultado do exame.

Esta por sua vez será disposta no mês e ano que a mulher deverá realizar novamente tal exame, pois vale lembrar que a OMS preconiza que dois exames consecutivos negativos para displasia ou neoplasia, pode ser repetido a intervalos de três anos. No mês do ano que ela deverá realizar o exame, será realizada a busca ativa dessa mulher, pela acs da área.

Para se verificar a importância dessa proposta, foi realizado um raciocínio prático. Considerando que na área de abrangência da equipe 03 tem aproximadamente 931 mulheres com idade acima de 10 anos, sendo 208 entre 10 e 19 anos, então, pode-se estimar que há em média 827 mulheres acima de 15 anos, idade que muitas já possuem vida sexual ativa e ficam mais expostas a contrair o vírus HPV.



Com o trabalho da equipe, sem a sistematização proposta, seriam necessárias aproximadamente 68 vagas de consultas por mês, ou seja, 17 vagas por semana, para cobrir essa demanda e a cada ano. Uma vez que é inviável que o enfermeiro tenha 17 vagas de consulta disponíveis por semana, fica difícil sanar essa demanda, que cresce a cada dia e assegurar/garantir atendimento a 100% das mulheres todos os anos.

Ao passo que a OMS permite que a prática seja reorganizada de forma mais efetiva. Ou seja, o arquivo rotativo permitirá que um maior número de mulheres possa se beneficiar e ter acesso igualitário à educação em saúde, bem como na realização da prevenção e assim sistematizando seu processo de trabalho.

Diante disso, e com a criação da educação em saúde e da proposta do arquivo rotativo bem como da sistematização da assistência, o enfermeiro pode disponibilizar 09 vagas por semana sem comprometer sua rotina de trabalho, 36 por mês e consequentemente 432 vagas por ano, de forma que em dois anos é possível que todas as mulheres tenham tido acesso igualitário ao serviço de saúde e com qualidade.

É pertinente também que, através desta experiência exitosa, possa ainda ser sugerido inclusão desta atividade de educação em saúde para prevenção do câncer de colo de útero e mama das mulheres na rotina de trabalho das outras equipes do CS Vila Cemig, bem como sua divulgação na rede básica de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, e quem sabe sua implantação nesta.

A partir dessa prática, foi possível o estímulo ao auto-exame das mamas, a inserção do exame clínico das mamas das mulheres durante as consultas de enfermagem e o exame de prevenção de coleta de citopatológico, que é realizado com técnicas simples e segurança pelo enfermeiro. Diante disso, houve também um estímulo para que as mulheres tivessem ações voltadas ao auto-cuidado e autonomia em saúde. Ao se propor o grupo, foi possível então estabelecer o vínculo

Por fim, fica como sugestão a criação de um protocolo sistematizado de atendimento à mulher pelo profissional enfermeiro no contexto do PSF, incentivando-os a investir na educação em saúde como forma de propiciar a mulher, condições de empoderamento sobre sua vida e estimulando o auto-cuidado e sua co-responsabilização, bem como lhes assegurar o acesso igualitário e a integralidade da assistência a partir da AB, conforme os preceitos do SUS.

## **4 CONCLUSÕES**

O fruto deste trabalho foi extremamente significativo e relevante, pois, por meio dele abriu-se a oportunidade de se expandir à prática e o processo de trabalho, sair da “zona de conforto” e se movimentar rumo a atitudes mais pró-ativas. Também foi possível que o processo ensino-aprendizagem se cruzasse com a vida real e se transformasse numa experiência inovadora, encantadora e única.

Além disso, foi possível demonstrar através dos resultados deste trabalho, que a educação em saúde responde satisfatoriamente a demanda da população, e se faz possível na aplicação da rotina de trabalho dos profissionais da AB. Isso quer dizer que, basta que a profissional saia da inércia, tenha iniciativa e faça a diferença!

Acredita-se, portanto, que a implantação da educação em saúde, em especial em rodas de conversa, na rotina de trabalho da equipe de saúde enquanto uma nova forma de pensar e agir contribui significativamente na mudança de postura dos profissionais da atenção básica e da população feminina, foco desta estratégia, visto que são visíveis e positivos os resultados alcançados.

## 5 REFERÊNCIAS

- ALVES, A.P.P. et al. *O enfermeiro como Educador*. Rev. De Pedagogia, ano 03, nº 06. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <<http://www.fe.unb.br/revistadepedagogia/numeros/06/nota14.pdf>>. Acesso em: 06/01/2010.
- ALVES, G.G. *As Práticas Educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva da Abrasco. v.0341. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 24/11/2009.
- ALVES, V.S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. In: Interface-Comunic., Saúde, Educ., v.9, nº16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> Acesso em: 22/11/2009.
- ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. *Perspectiva Problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem*. Rev. Texto e Contexto, Florianópolis, Abril/Junho, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>>. Acesso em: 29/01/2010.
- BERNARDINO, A., et al. *Os Enfermeiros enquanto Agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCEPS)*. Distrito de Leiria, 2007. Disponível em: <<http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/113/1/OS%20ENFERMEIROS%20ENQUANTO%20AGENTES%20DE%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20PARA%20A%20SA%C3%9ADE%20Valida%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escala%20de%20Pr%C3%A1ticas%20e%20Comportamentos%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde..pdf>> Acesso em: 06/01/2010.
- BRANCO, I.M.B.H.P. *Prevenção do Câncer e Educação em Saúde: Opiniões e Perspectivas de Enfermagem*. Rev. Contexto Enfermagem, Portugal, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a12v14n2.pdf>>. Acesso em: 29/01/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico: Profissionais de Saúde*. M.S. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_profissionaisdesaude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf)>. Acesso em: 14/11/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama*. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Nº 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 25/05/2010.

FIGUEIREDO, R., AYRES, J.R.C.M.. *Intervenção Comunitária e Redução da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0751.pdf>>. Acesso em: 25/05/2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. *Câncer do Colo do Útero*. Disponível em: Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=326](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326)> Acesso em: 14/11/2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama – Viva Mulher*. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140)> Acesso em: 14/11/2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER *Síntese de resultados e comentários sobre CA de Mama e Útero*. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5)>. Acesso em: 21/03/2010.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. *Tendências das Ações de Educação em Saúde Realizadas por Enfermeiros no Brasil*. Rev. Bras. Enfermagem, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>> Acesso em: 06/01/2010.

LUNELLI, T. *Equipes de Saúde da Família: Concepções e Práticas de Educação em Saúde*. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, 2006. Disponível em: <[https://www6.univali.br/tede/tde\\_arquivos/4/TDE-2007-08-31T070044Z-238/Publico/Tatiana%20Lunelli.pdf](https://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2007-08-31T070044Z-238/Publico/Tatiana%20Lunelli.pdf)>. Acesso em: 06/01/2010.

MARINHO, L.A.B. *et al. Conhecimento, Atitude e Prática do Auto-exame das Mamas em Centro de Saúde*. Rev. Saúde Pública, Campinas, SP, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17471.pdf>>. Acesso em: 25/05/2010.

NASCIMENTO, M.A.G.; SILVA, C.N.M. *Conversa e Oficinas Temáticas Experiências Metodológicas de Ensino-Aprendizagem em Geografia*. Apresentado no 10º Encontro Nacional de Prática de Ensino em Geografia. Set, 2009. Porto Alegre. Disponível em: <[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20(36).pdf)>. Acesso em: 10/05/2010.

NEVES, T.E.; CABRAL, I.E. *Empoderamento da Mulher Cuidadora de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde*. Rev. Contexto Enfermagem, Florianópolis, Jul/Set, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a17v17n3.pdf>> Acesso em: 25/05/2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte*. Comunicação, 2009. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CBkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pbh.gov.br%2Fsmsa%2Ffixo%2Fplano\\_macro\\_cidade\\_saudavel\\_revisado.doc](http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CBkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pbh.gov.br%2Fsmsa%2Ffixo%2Fplano_macro_cidade_saudavel_revisado.doc)>

&ei=pmURTLuFCIKHuAeOrfGvAQ&usg=AFQjCNELuftI9Tk2iHA3RGjebeimT9pRbA>.  
Acesso em: 24/11/2009.

ROLIM, K. M.C. et al. *Mulheres em uma Aula de Hidroginástica: Experienciando o Interrelacionamento Grupal*. Rev. Brasileira em Promoção da Saúde, v.17, nº 001, 2004. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40817203.pdf>> Acesso em: 25/05/2010.

ROSE, G. *Estratégias da Medicina Preventiva*. Trad. Armando Henrique Norman. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2010.

SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. *A educação em Saúde como Estratégia para o Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido*. Rev. Texto e Contexto, Out/Dez., Florianópolis, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>> Acesso em: 29/01/2010.

VASCONCELOS, E.M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989 e VASCONCELOS, E.M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. Apud ALVES, G.G. *As Práticas Educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva da Abrasco. Porto Alegre, RS, 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 24 nov.2009.

VOLKMER, C. Et al. *Educação e Cidadania para a Saúde da Mulher: Um relato de Experiência na Extensão Universitária da Univali*. Itajaí, 2008. Disponível em: <<http://revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/viewFile/1688/1342>>. Acesso em: 25/05/2010.

## **APÊNDICE A – Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig**

Universidade Federal de Minas Gerais

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Pólo: Belo Horizonte

Turma: Beta

Módulo: 03

Atividade: 09

## **Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig**

Discente: Verônica P. N. de Castro

Belo Horizonte, 10 de Janeiro de 2009.

## **INTRODUÇÃO:**

O Centro de Saúde Vila Cemig situa-se na regional Barreiro, no município de Belo Horizonte. O Centro de Saúde Vila Cemig possui sede própria e um anexo, denominado “Casa de Apoio”. Comporta três ESF, sendo que duas localizam-se na própria sede e a outra no anexo denominado Casa de Apoio. A sede situa-se a Rua: Coletivo, 48; a principal da Vila Cemig. E a Casa de Apoio a Rua: José do Monte, 142; no bairro Flávio Marques Lisboa.

O Município de Belo Horizonte apresenta-se em localização estratégica em relação aos demais centros urbanos do país, pois possui adequado e fácil acesso aéreo e rodoviário. Cercada pela Serra do Curral, foi inaugurada em 1897 como a nova capital de Minas Gerais.

Possui dimensão geográfica de 330,9Km<sup>2</sup> de área, com população estimada em 2.424.295 habitantes (IBGE 2007) e região metropolitana que integra 34 municípios. Vale destacar que a região metropolitana de Belo Horizonte é responsável por 34,44% do PIB de Minas Gerais e a terceira em importância econômica da indústria nacional.

Para adequada gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove distritos sanitários: Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Noroeste, Leste, Centro-Sul, Oeste e Barreiro.

O Distrito Sanitário Barreiro, possui 20 Centros de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 serviço de Atendimento Domiciliar (PAD), 01 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), 01 Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Reabilitação (NASF-R), 01 Farmácia Distrital, 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM) e 02 Academias da Cidade. As primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) em Belo Horizonte foram implantadas a partir de Fevereiro de 2002. A rede de Atenção Básica em Belo Horizonte conta hoje com 513 ESF, organizadas e distribuídas em 146 Centros de Saúde e com uma cobertura de 75% da população.

A Vila Cemig está localizada na Regional Barreiro, em Belo Horizonte, sendo vizinha aos Bairros Flávio Marques Lisboa e Conjunto Esperança. A vila recebeu esse nome, dado pelos moradores, devido à subestação de luz da CEMIG, próxima ao local. Segundo moradores mais antigos da comunidade, a área ocupada pela vila pertencia à antiga Fazenda Bonsucesso. A área verde possuía várias nascentes de água, que eram atrativos para as pessoas e serviam como referência de localização, já que a princípio não existiam ruas na vila.

De acordo com a Urbel – Cia. Urbanizadora de Belo Horizonte, as primeiras ocupações ocorreram no final da década de 1950. Apesar de a comunidade ainda não ter completado meio século, algumas das primeiras pessoas a habitarem o local já faleceram. Segundo a Companhia Urbanizadora, em 1959, José Rita e José Nogueira, atualmente falecidos, se instalaram com suas famílias onde hoje é a Rua Ema. Dona Heliadora dos Santos, viúva do Sr. Juvercino Romano dos Santos, também conta que foi uma das primeiras moradoras da vila, chegando à vila por volta de 1962, onde construiu a residência em que ainda mora, na Rua Clara. No início, residiam na vila somente estas três famílias. A forma de acesso às casas se dava por trilhas da antiga fazenda. Segundo D. Heliadora, as famílias construíram e residiram na vila tranquilamente, até que a polícia começou a intimidá-los a abandonarem suas casas, sob a alegação de invasão de terreno. De acordo com as informações da Urbel, os conflitos entre policiais e comunidade perduraram até 1972, quando 40 famílias já moravam na vila. Do final de 1972 até meados de 1973, houve um aumento de moradores em torno de 90%. Já em 1975, a vila contava com uma população em torno de aproximadamente 4.000 pessoas. Segundo dados da URBEL/PBH, era interesse comum de a população local apoiar a criação de uma Associação de Moradores para representar os moradores perante as reivindicações de melhorias e direitos públicos. Em 1977 foi fundada a Associação Pró-Melhoramento da Vila Cemig, tendo o Senhor Juvercino como primeiro presidente.

Em 1979, a associação contava com cerca de 2.400 sócios e se reuniu para primeira construção coletiva da vila, a Capela Nossa Senhora Aparecida. Com apoio do Padre Jeremias os moradores lutaram para conseguir energia elétrica, água encanada, esgoto e ônibus pra atender à vila.

A instalação da energia elétrica exigiu a abertura e definição de ruas, quando então os moradores se uniram em mutirão e abriram as 17 principais ruas da Vila. Entretanto, ainda hoje existem na vila alguns pontos que não possuem iluminação legalizada, como é o caso do local conhecido pelos moradores como Antenas, situado próximo às antenas da subestação da Cemig.

A Vila foi uma das incluídas, na década de 1980, no PRODECOM – Programa de Desenvolvimento das Comunidades, do Governo do Estado, sendo conquistada nessa época a instalação de redes de esgoto e água, a urbanização de ruas, que contou com a participação dos moradores em mutirão, e uma sede para Associação Comunitária. Na mesma época, como



iniciativa do Sr. José Ramos, a praça da comunidade ganhou o Cruzeiro, ponto de referência na vila. Ele carregou nas costas a cruz que hoje fica no local, desde a Igreja Cristo Redentor, na entrada do Bairro Flávio Marques Lisboa, até a praça, que ficou conhecida como Praça do Cruzeiro. Como fruto do trabalho da Associação foi criado uma creche comunitária para os filhos dos moradores e implantado posto médico na vila. Em 1984, a Associação promoveu uma manifestação em prol do título de propriedade dos imóveis da vila, que resultou no comparecimento do então Governador de Minas Gerais, Tancredo Neves à comunidade. A ação culminou na conquista de 692 títulos de propriedades e alguns outros em fase de regularização. Hoje existem muitas propriedades que ainda não têm documentação regularizada.

A área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig inclui a Vila Cemig, o Conjunto Esperança e parte do bairro Flávio Marques Lisboa. A Vila Cemig possui hoje uma área de 282.000m<sup>2</sup> e uma população estimada em 9789 habitantes e 2741 famílias. O Conjunto Esperança possui uma população estimada de 2652 pessoas. (fonte: Distrito Sanitário Barreiro, PBH; 2008).

O Conjunto Esperança existe há 12 anos, construído com o objetivo de transferir os moradores da área de risco (“Lixão”) do bairro Nova Granada. Na ocasião, 500 casas populares foram construídas.

Na sede do Centro de Saúde, existe atendimento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) 02 e 03, Equipe Azul e Equipe Vermelha, respectivamente. Além do atendimento do Ginecologista de Apoio. Na Casa de Apoio acontece o atendimento da ESF 01, Equipe Verde e atendimento individual da Assistente Social. O espaço físico da sede é inadequado, os atendimentos dos profissionais das ESF Azul e Vermelha precisam acontecer de forma alternada, com horários de atendimento de Demanda Programada pré-estabelecidos; pois não existem consultórios suficientes para todos os profissionais. A Casa de Apoio comporta Sala de Curativos, Sala de Vacina, Equipe de Zoonoses e atendimento da Equipe Verde. Os Grupos Operativos de Gestantes, RN's (Grupo Zero), Grupo de Nutrição e atendimento dos estagiários (Acadêmicos de Enfermagem e Nutrição) acontecem no espaço físico aos fundos da casa (quintal). No momento, a casa é alugada e foram realizadas algumas adaptações físicas para o atendimento em saúde.

A ESF 01 é composta por 01 Médico Generalista, 01 Enfermeira, 02 Auxiliares de Enfermagem e 04 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A ESF 02 conta com 01 Médico

Generalista, 01 Enfermeiro, 02 Auxiliares de Enfermagem e 05 ACS e a ESF 03 possui 01 Médico Generalista, 01 Enfermeira, 01 Auxiliar de Enfermagem e 04 ACS. O Centro de Saúde Vila Cemig possui ainda 01 Ginecologista, 01 Assistente Social, 01 Enfermeira de Apoio, 04 Auxiliares de Enfermagem de Apoio, 03 Auxiliares Administrativos, 02 Equipes de Saúde Bucal (Modalidade 01 – 01 Dentista e 01 Auxiliar de Consultório Dentário por equipe) e 01 Gerente.

As tabelas apresentadas neste trabalho sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional do Centro de Saúde Vila Cemig, englobando as três Equipes de Saúde da Família: ESF 01, ESF 02 e ESF 03. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias (como por exemplo o SIAB, o GEREPI e o Sistema de Gestão em Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte), entrevistas com informantes-chave e observação ativa. Para a realização deste diagnóstico foi constituída uma equipe formada pelos profissionais da equipe de saúde da família de cada ESF, pessoas da associação de moradores, relato de profissionais de apoio do Centro de Saúde Vila Cemig, representante de uma Igreja Evangélica e também de uma Igreja Católica do bairro e da comunidade em geral.

Para programação das etapas e atividades a serem desenvolvidas na elaboração do diagnóstico situacional, cada ESF ficou responsável por realizar observação ativa, entrevista com um morador da área de abrangência da equipe e compilação dos dados obtidos em cada entrevista. Os profissionais Enfermeiros de cada ESF se reuniram para elaboração do Roteiro de Entrevista da Comunidade e cada um ficou responsável pela coleta específica de dados provenientes de bases do Sistema de Informação da Prefeitura de Belo Horizonte (SIAB, GEREPI, Sistema de Gestão em Saúde, URBEL), IBGE. As ACS também contribuíram para o fornecimento de dados, repassando informações atualizadas sobre cada microárea.

Após primeira coleta de dados realizada, tudo foi discutido com as Equipes de Saúde da Família (ESF 01, ESF 02 e ESF 03). Os dados foram elaborados e rediscutidos com cada ESF. Após discussão, cada Enfermeiro das respectivas ESF se reuniu e transformou os dados em informações pertinentes ao Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig. Tal diagnóstico encontra-se demonstrado a seguir em forma de tabelas, gráficos e informações de observação ativa.

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

As tabelas a seguir ilustram o perfil demográfico da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig. Tais dados englobam as três Equipes de Saúde da Família.

**Tabela 01: Tabela da faixa etária por equipe na área de abrangência do C.S. Vila Cemig/ 2008 (Atualizado em 10/12/2008)**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Equipe 01</b>	<b>Equipe 02</b>	<b>Equipe 03</b>	<b>Equipe 99</b>
< 14 anos	1045	1019	791	328
15 – 19 anos	376	390	298	139
20 – 65 anos	1993	2290	1678	729
> 65 anos	144	212	153	70
<b>Total</b>	<b>3558</b>	<b>3911</b>	<b>2920</b>	<b>1266</b>

Fonte: Censo BH Social/ SMSA-BH

**Tabela 02: Tabela do sexo por equipe na área de abrangência do C.S. Vila Cemig no período de Janeiro à Novembro de 2008**

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Equipe 01</b>	1545	1674
<b>Equipe 02</b>	1588	1621
<b>Equipe 03</b>	1165	1239
<b>Total</b>	<b>4298</b>	<b>4534</b>

Fonte: Dados coletados pelas ACS no período de Janeiro à Novembro/2008

**Tabela 03: Crianças de 0 a 5 anos por Equipe na área de abrangência do C.S. Vila Cemig no período de Janeiro à Novembro de 2008**

<b>Equipes</b>	<b>0 a 5 anos</b>
<b>Equipe 01</b>	254
<b>Equipe 02</b>	290
<b>Equipe 03</b>	230
<b>Total</b>	<b>774</b>

Fonte: Dados coletados pelas ACS no período de Janeiro à Novembro de 2008

## ASPECTOS GEOGRÁFICOS E AMBIENTAIS:

A estrutura de saneamento básico da comunidade Vila Cemig não é muito adequada, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A Vila Cemig possui áreas críticas, consideradas como elevado e muito elevado risco; áreas com declive acima de 47% do território total e algumas localizações inundáveis. As tabelas a seguir ilustram de um modo geral, aspectos geográficos e ambientais da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig:

**Tabela 04: Aspectos Ambientais da Vila Cemig e Conjunto Esperança.**

ASPECTOS AVALIADOS	VILA CEMIG E FLÁVIO MARQUES LISBOA	CONJUNTO ESPERANÇA
NÚMERO DE DOMICÍLIOS	1341	834
ESGOTAMENTO SANITÁRIO	73,4%	96,4%
ABASTECIMENTO DE ÁGUA (COPASA)	95,6%	95,8%
COLETA DE LIXO	81,0%	92,3%
TIPO DE CASA (ALVENARIA)	92%	95%

Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2000. URBEL. Plano Global Específico, 2002.

**Tabela 05: Aspectos de abastecimento de água por ESF.**

Abastecimento de Agua	PSF01 CS VILA CEMIG	PSF02 CS VILA CEMIG	PSF03 CS VILA CEMIG
Cisterna, Nascente, Poço Artesiano	6	5	4
Rede Não Oficial	29	17	32
Rede Oficial	799	769	514
<b>TOTAIS</b>	<b>834</b>	<b>791</b>	<b>550</b>

Fonte: Cadastro Censo BH Social, PBH; 2007.

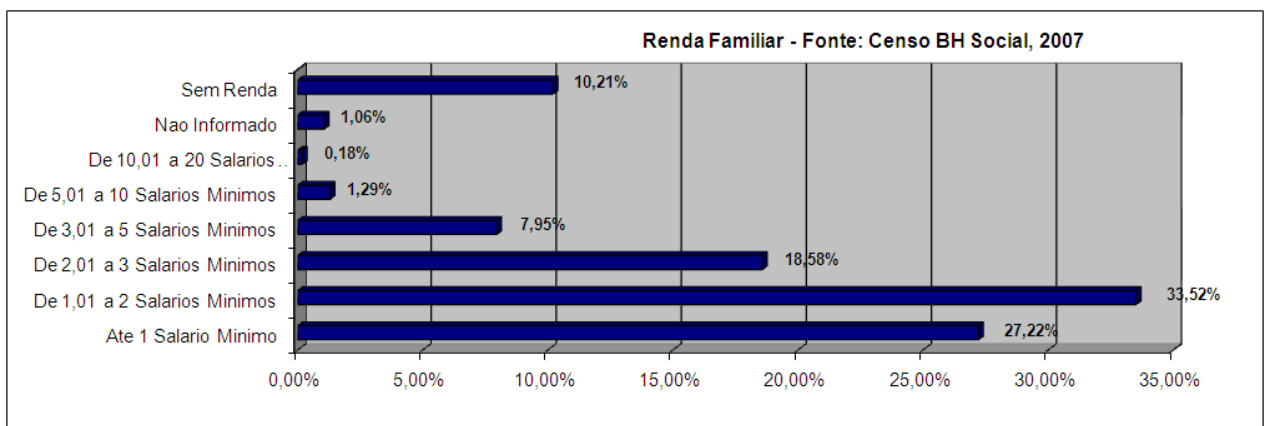
## ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS:

Conforme dados coletados pela gerente do Centro de Saúde Vila Cemig Dalva Amaral, durante a realização de seu trabalho de campo do curso de Capacitação e Desenvolvimento Gerencial em setembro de 2006, a grande maioria da população da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig possui como ocupação às funções de pedreiro, cozinheira, costureira e serviços gerais.

A partir de observação ativa e dados informais das Agentes Comunitárias de Saúde, a renda familiar local é de 01 a 02 salários mínimos. Muitos moradores recusam-se a declarar sua renda devido à participação no tráfico.

A tabela a seguir demonstra a renda familiar das famílias da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig:

**Tabela 06: Renda Familiar dos usuários adscritos da Vila Cemig e Conjunto Esperança.**



**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:****Tabela 07: Morbidade referida na área de abrangência do C.S. Vila Cemig - 2007 / 2008  
(Atualizado em 10/12/2008)**

Morbidade Referida	2007	2008
Hepatite	5	2
Dengue	26	15
hanseníase	0	0
tuberculose	1	4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>29</b>

Fonte: SINAN

**Tabela 08: Total de óbitos por Faixa Etária segundo Causa (Cap CID10) na área de abrangência: C.S.Vila Cemig/ 2007**

Causa (Cap CID10)	< 1 Ano	5-14 Anos	15-24 Anos	25-34 Anos	35-44 Anos	45-54 Anos	55-64 Anos	> 65 Anos	Ign	Total
<b>Total</b>	1	2	3	3	4	5	9	17	1	<b>45</b>
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	0	1	1	1	0	2	4	1	0	<b>10</b>
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	0	0	0	0	0	1	3	9	0	<b>13</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	0	0	0	0	1	0	0	3	0	<b>4</b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	0	0	0	0	0	0	2	0	0	<b>2</b>
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>2</b>
<b>XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	0	1	0	0	1	1	0	0	0	<b>3</b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	0	0	2	2	2	1	0	1	0	<b>8</b>

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação - SMSA / Observações: Última atualização em 24/07/2008.

Incluídos óbitos fetais e não fetais.

**Tabela 09: Número de nascidos vivos por Faixa Etária da Mãe (9) segundo Peso ao Nascer na área de abrangência do C.S. Vila Cemig/2007.**

Peso ao Nascer	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
1000g a 1499g	0	0	0	0	1	0	0	1
1500g a 1999g	0	0	0	0	0	1	0	1
2000g a 2499g	0	2	4	2	1	1	0	10
2500g a 2999g	0	13	15	14	6	3	0	51
3000g a 3999g	1	14	16	14	11	3	2	61
4000g e mais	0	3	2	0	0	0	0	5
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>129</b>

Fonte: Gerência de Epidemiologia e Informação – SMSA-BH

**Tabela 10: Total de Hipertensos, Diabéticos, Diabéticos Insulino-dependentes, asmáticos, desnutridos, acamados e restritos em domicílios, portadores de Sofrimento Mental por Equipe de Saúde da Família na área de abrangência do C.S. Vila Cemig no período de Janeiro à Novembro/2008.**

	Equipe 01	Equipe 02	Equipe 03
<b>Hipertensos</b>	171	481	223
<b>Diabéticos</b>	38	109	40
<b>Diabéticos. Insulino- Dependentes.</b>	18	21	1
<b>Asmáticos</b>	64	70	49
<b>Acamados</b>	8	06	03
<b>Restr. em domicílio</b>	12	10	12
<b>Desnutridos</b>	18	48	32
<b>Portadores de Sofrimento Mental</b>	18	66	23

Fonte: Dados coletados pelas das ACS no período de Janeiro à Novembro/2008

## INDICADORES DE COBERTURA / PRODUÇÃO DAS ESF:

**Tabela 11 – Quantitativo de atendimentos da demanda espontânea em acolhimento, realizado pelo profissional Enfermeiro, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2007</b>	195	156	684
<b>2008</b>	2607	3190	2411

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

**Tabela 12 – Quantitativo de atendimentos da demanda espontânea em acolhimento, realizado pelo Auxiliar de Enfermagem, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2007</b>	—	419	190
<b>2008</b>	3861	2173	2010

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

**Tabela 13 – Quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelo profissional Médico, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2007</b>	30	0	—
<b>2008</b>	39	105	94

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.



**Tabela 14 – Quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelo profissional Enfermeiro, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2007</b>	12	0	—
<b>2008</b>	65	100	96

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

**Tabela 15 – Cobertura de coleta do Exame Citopatológico do colo do útero realizado por Enfermeiros, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Equipe 3</b>	<b>Cobertura</b>
<b>2007</b>	141	—	117	—	122	—
<b>2008</b>	118	18,58%*	186	18,60%*	200	29,67%*

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

\* A porcentagem de cobertura foi calculada considerando-se o total de mulheres entre 20 e 49 anos - dados do levantamento epidemiológico realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde da unidade no ano de 2008.

**Tabela 16 - Cobertura de coleta do exame citopatológico do colo do útero, no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a setembro de 2008, considerando coletas realizadas pelos Enfermeiros das equipes, pelo Ginecologista da unidade, pelo enfermeiro de apoio e pelo enfermeiro da Faculdade Universo que supervisiona estágio na unidade.**

	<b>Atendimentos</b>	<b>Cobertura</b>
<b>2008</b>	715	31,51%*

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./set. de 2008.

\* A porcentagem de cobertura foi calculada considerando-se o total de mulheres entre 20 e 49 anos - dados do levantamento epidemiológico realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde da unidade no ano de 2008.

**Tabela 17 – Cobertura de pré-natal realizada por Médicos, por equipe, no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Equipe 3</b>	<b>Cobertura</b>
<b>2007</b>	242	—	0	—	135	—
<b>2008</b>	135	42,45%*	72	20,00%*	—	—

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

\*IMPORTANTE: O Pré-natal da Equipe 02 só iniciou a partir de agosto de 2008, com a inclusão do Médico Generalista na ESF. O Sistema Gestão NÃO tem dados sobre a cobertura de Pré-natal da Equipe 03.

**Tabela 18 – Total de atendimentos Médicos, por equipe, realizados no Centro de Saúde Vila Cemig, nos anos de 2007 e 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2007</b>	8428	2904	6343
<b>2008</b>	6164	4327	4932

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./dez. de 2007 e de jan./nov. de 2008.

**Tabela 19 – Total de abertura de SIS Pré-natal, por equipe, realizado por Enfermeiros, no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a novembro de 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2008</b>	53	60	42

Fonte: Dados do levantamento epidemiológico realizado pelos enfermeiros da unidade no ano de 2008.

**Tabela 20 – Total de abertura de SIS Pré-natal para adolescentes, realizado por Enfermeiros, no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a novembro de 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>2008</b>	12	18	13

Fonte: Dados do levantamento epidemiológico realizado pelos enfermeiros da Unidade no ano de 2008.

**Tabela 21 – Acompanhamento de hipertensos, por equipe, realizado no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a novembro de 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>Janeiro</b>	69,50%	66,67%	70,77%
<b>Fevereiro</b>	70,83%	63,64%	71,79%
<b>Março</b>	66,38%	61,02%	69,70%
<b>Abril</b>	67,94%	73,26%	72,65%
<b>Mai</b>	66,17%	72,99%	69,60%
<b>Junho</b>	71,32%	72,78%	72,52%
<b>Julho</b>	71,85%	75,00%	76,52%
<b>Agosto</b>	71,43%	75,4%2	70,00%
<b>Setembro</b>	70,99%	69,84%	69,93%
<b>Outubro</b>	71,77%	70,77%	71,23%
<b>Novembro</b>	68,50%	71,58%	68,92%

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./nov. de 2008.

**Tabela 22 – Acompanhamento de diabéticos, por equipe, realizado no Centro de Saúde Vila Cemig, de janeiro a novembro de 2008.**

	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>
<b>Janeiro</b>	33,33%	50,00%	66,67%
<b>Fevereiro</b>	25,00%	40,00%	66,67%
<b>Março</b>	25,00%	50,00%	66,67%
<b>Abril</b>	20,00%	62,5%	71,43%
<b>Mai</b>	33,33%	81,82%	71,43%
<b>Junho</b>	25,00%	90,91%	83,33%
<b>Julho</b>	25,00%	100%	83,33%
<b>Agosto</b>	25,00%	100%	77,78%
<b>Setembro</b>	25,00%	100%	87,5%
<b>Outubro</b>	33,33%	100%	87,5%
<b>Novembro</b>	100%	100%	100%

Fonte: Dados extraídos do Sistema Gestão de jan./nov. de 2008.

## **MAPEAMENTO DE INSTITUIÇÕES E PROJETOS:**

A área de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig possui algumas instituições parceiras do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família.

Dentre elas destacam-se:

- Igrejas Evangélicas (03 igrejas);
- 01 Igreja Católica;
- 01 Instituição da Organização Não-governamental (ONG) “Fica Vivo”;
- Pastoral da Criança;
- 01 Creche Comunitária Vila Cemig;
- 01 UMEI.

## **RECURSOS DE SAÚDE:**

O Centro de Saúde Vila Cemig foi municipalizado em 1991 e a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) a partir de fevereiro de 2002.

Na sede, existe atendimento pelas ESF 02 e 03, Equipe Azul e Equipe Vermelha, respectivamente. Além do atendimento do Ginecologista de Apoio. Na Casa de Apoio acontece o atendimento da ESF 01, Equipe Verde e do Pediatra (vaga em aberto no momento). A recepção da sede é pequena e onde ocorre a marcação das consultas, consultas especializadas, atendimento dos usuários para a demanda programada, marcação de exames laboratoriais e de diagnóstico complementar. No período da manhã, horário em que o Ginecologista atende e ao mesmo tempo, ocorre coleta dos Exames Laboratoriais (Atendimento do Laboratório), atendimento a Demanda Espontânea da Equipe Azul e atendimento das consultas agendadas da Equipe Vermelha; o atendimento da recepção gera constantes transtornos. Os usuários ficam bastante irritados e existe muitas vezes grande insatisfação do funcionário Auxiliar Administrativo, único profissional responsável por todo o atendimento da recepção neste horário.

O espaço físico da sede é inadequado, os atendimentos dos profissionais das ESF Azul e Vermelha precisam acontecer de forma alternada, com horários de atendimento de Demanda Programada pré-estabelecidos; pois não existem consultórios suficientes para todos os profissionais. As reuniões de equipe acontecem de forma individualizada com cada equipe, em dia e horário diferentes. Quando existe a Reunião Geral, momento em que a Gerente do Centro de Saúde reúne todos os profissionais para pactuação de metas, reflexão do processo de trabalho e avaliação dos resultados, faz-se necessário agendar previamente o salão da Igreja Católica (situada próxima ao Centro de Saúde), pois não existe local na própria unidade para tal evento.

A Casa de Apoio comporta Sala de Curativos, Sala de Vacina, Equipe de Zoonoses e atendimento da Equipe Verde. Os Grupos Operativos de Gestantes, RN's (Grupo Zero), Grupo de Nutrição e atendimento dos estagiários (Acadêmicos de Enfermagem e Nutrição) acontecem no espaço físico aos fundos da casa (quintal). No momento, a casa é alugada e foram realizadas algumas adaptações físicas para o atendimento em saúde.

Vale ressaltar que a nova sede do Centro de Saúde está sendo construída. Esta foi elaborada levando em consideração a grande demanda da população por atendimento, as necessidades das ESF e terá espaço físico adequado para realização dos Grupos Operativos, Sala de Reuniões e acesso humanizado para usuários portadores de deficiência física. Com o término da construção da nova sede, a Casa de Apoio será desativada.

**SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE:**

<b>INFORMANTE-CHAVE</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>SUGESTÕES</b>
1. D.G.Q. – Funcionaria da E.M. Dinorah Magalhães (moradora na comunidade há 29 anos)	“Não tenho condição de pagar plano de saúde; demora no atendimento”.	Sempre que precisar sem ter que esperar...
2. E.M.O. – Líder religiosa da Igreja Católica (moradora na comunidade há 12 anos)	Falha na varrição das ruas; capinas, muitos animais soltos na rua, “falta de esclarecimento dos moradores em relação aos riscos que corremos com a sujeira”.	Esclarecimentos sobre doenças veiculadas pelo lixo; a equipe cuida muito bem e deveria cobrar mais; grupo de atividade física.
3. M.S - Coordenadora da creche comunitária Vila Cemig (moradora na comunidade há 12 anos)	Maior interação do Centro de Saúde com a creche Vila Cemig.	Avaliação médica e de enfermagem de todas as crianças antes de entrarem na creche.
4. J.M.F. – Membro da associação comunitária Vila Cemig e integrante do Conselho Local de Saúde (moradora na comunidade há 24 anos)	As doenças; entulho nas ruas.	Depende da necessidade de cada um.
5. A.C.S. - Líder comunitário da Vila Cemig (moradora na comunidade há 17 anos)	Problemas sociais, vícios e drogas lícitas e ilícitas.	Grupo de dança, ginástica e hidroginástica; criar programas de incentivo a música, teatro e esporte.
6. G.B. – Líder comunitária, integrante do Conselho Local e Distrital (moradora na comunidade há 13 anos)	Falta de posto médico no conjunto Esperança; falta área de lazer.	Um grupo de terceira idade com terapeuta e clínico; reunir adolescentes em praças e campos de futebol para realizar palestras.
7. N.R.S. - (moradora na comunidade há 23 anos)	Gravidez na adolescência; adolescentes envolvidos com drogas; falta de lazer.	Grupo de orientação sexual para adolescentes; palestras de conscientização sobre gravidez precoce.
8. P.G.R. – Farmacêutico (moradora na comunidade há 13 anos)	“O Centro de Saúde é longe; problemas de pressão alta nos idosos; drogas e crime.	Grupos de artesanato para idosos.



**ASPECTOS POSITIVOS IDENTIFICADOS PELOS INFORMANTES-CHAVE:**

- Fácil acesso geográfico da população ao Centro de Saúde;
- Serviço ofertado de qualidade pela ESF;
- “Boa assistência, no tempo certo” – Efetividade do trabalho;
- “Ser um serviço essencial para todos os moradores”;
- “A Equipe atende a todas às necessidades da população”;
- “O que o PSF pode fazer já está sendo feito”

(FONTE: Relatos dos Informantes-chave da Comunidade de abrangência do Centro de Saúde Vila Cemig)

**OBSERVAÇÃO ATIVA:****Principais problemas identificados:**

- Famílias que vivem debaixo de linhas de tensão;
- Famílias que vivem em áreas com risco de desabamento;
- Esgoto a céu aberto;
- Lixo acumulado em lotes vagos e nas ruas;
- Animais soltos;
- Violência;
- Desemprego;
- Falta de opções de lazer;
- Gravidez na adolescência;
- Drogadictos e alcoolistas;
- População de alto risco de vulnerabilidade.

### CONCLUSÃO (ESF 03)

Ao que se pôde observar, a população do Vila Cemig é carente em todos os aspectos, representados pelos dados coletados, e o nosso trabalho vem no intuito de tentar reverter em parte tamanhas necessidades.

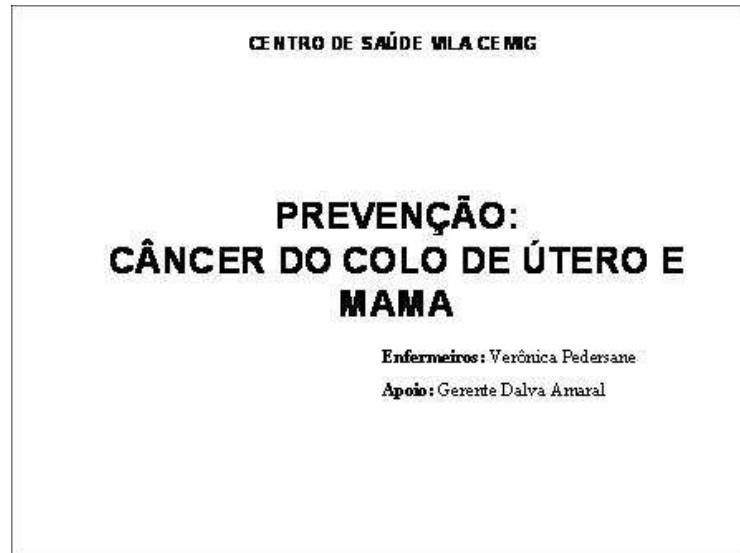
Percebemos que após o Diagnóstico Situacional do Centro de Saúde Vila Cemig, realizado juntamente com as demais equipes de saúde, através dos dados coletados, ficou evidenciado o quanto a incidência de gravidez na adolescência é alta. Por meio das entrevistas com a comunidade, esta também considera que a gravidez na adolescência merece apreciação.

A gravidez na adolescência tem várias causas e consequências principalmente para as meninas que estão engravidando cada vez mais cedo, sem estar preparada para enfrentar tamanha responsabilidade.

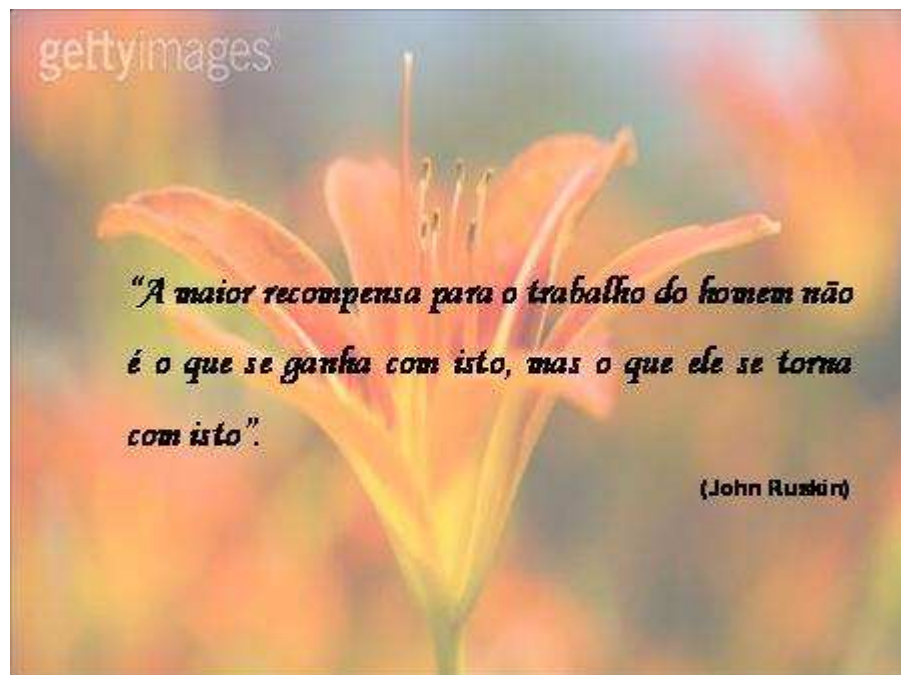
Portanto, torna-se necessário e importante realizar intervenção para melhorar este índice. Desta forma elegemos tal prioridade dentre os problemas evidenciados para elaboração da nossa intervenção. Acreditamos que a conscientização dos jovens deve ser dar antes da iniciação sexual e é neste sentido que pretendemos trabalhar.

## APÊNDICE B – Material: Prevenção do Câncer do Colo de Útero e Mama

- Slide 1



- Slide 2



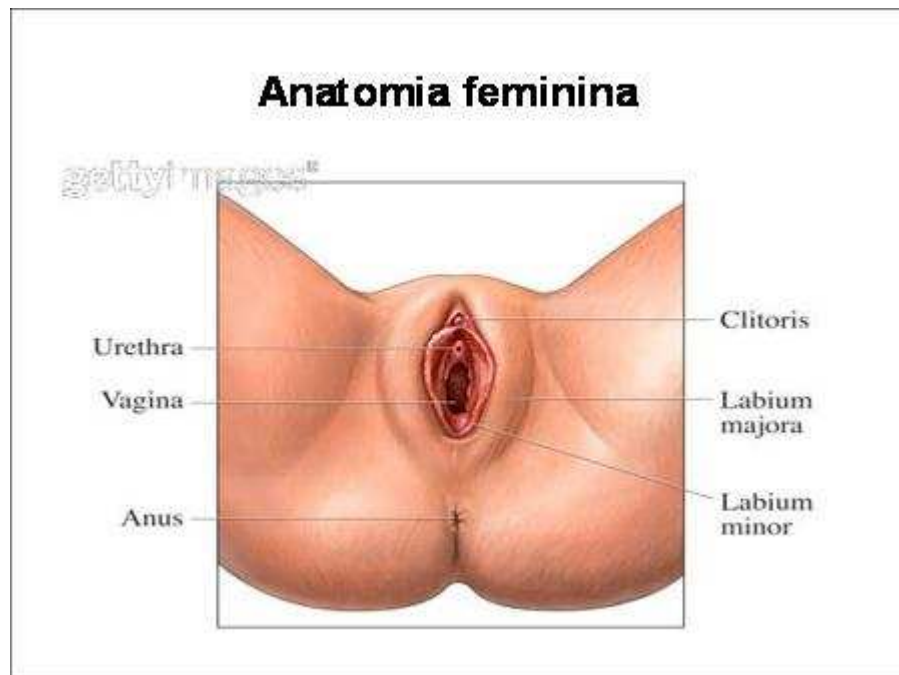
- Slide 3

### **INCIDÊNCIA CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO**

- Conforme o INCA o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 foi de 49.400;
- Já para o câncer de colo do útero são esperados aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo;
- No Brasil, o número de casos novos esperados para o ano de 2008 foi de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres;
- De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer) 1210 novos casos em 2008 poderão surgir no estado de MG;
- Toma-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 40 a 60 anos.

***Dentre todos os tipos de câncer , é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura!***

- Slide 4

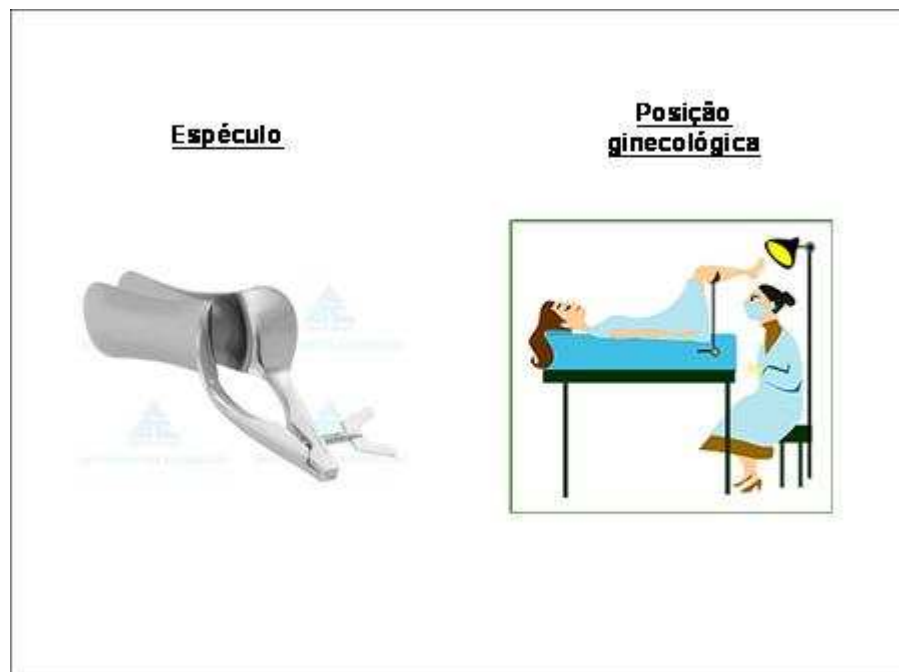


- Slide 5

## Exame de Prevenção

É uma técnica de coleta de material (Células) do colo do útero, sendo coletada uma amostra da **parte externa, ectocérvice**, e outra da **parte interna, endocérvice**. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical.

- Slide 6



- Slide 7



- Slide 8

**Recomendações para fazer o exame de prevenção**





- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Espermicidas ou Cremes Vaginais, nas 48 horas anteriores ao exame;
- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguardar o 5º dia após o término da menstruação.

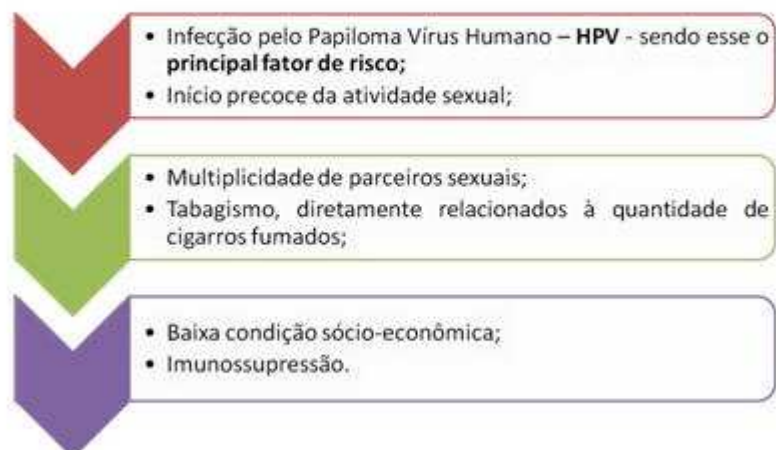
- Slide 9

## Periodicidade do “Exame de Prevenção”

- O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após **dois exames anuais consecutivos negativos**, a cada três anos;
- Segundo a OMS, depois de dois exames citopatológicos do colo do útero negativos, um exame subsequente pode ser **realizado a cada três anos**, com a mesma eficácia da realização anual.

- Slide 10

## FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO





- Slide 11

## **Câncer do Colo do Útero e HPV**

- É um vírus **transmitido por relação sexual sem o uso da camisinha;**
- Está presente na maioria das infecções clinicamente aparentes, verrugas genitais visíveis, e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, e no ânus;
- Geralmente o homem é **assintomático!**

- Slide 12



- Slide 13

### Auto exame das mamas



O Auto Exame das Mamas deve ser realizado mensalmente a partir dos 20 anos de idade, e o ideal é realizá-lo uma semana após a menstruação, já que na fase pré-menstrual a mama torna-se edemaciada, dolorosa e muitas vezes formam-se nodulações, prejudicando a palpação. Mulheres menopausadas deverão escolher um dia do mês para realizá-lo.

- Slide 14

### Auto exame das mamas

Achados anormais que a mulher pode encontrar:

- Dor mamária;
- Nodulações;
- Descarga papilar.

***Diante de qualquer achado clínico deve-se procurar assistência médica!***



- Slide 15



## APÊNDICE C – Fotos do Momento Educação em Saúde



## ANEXO A – Termo de Autorização

\_\_\_\_\_, abaixo-assinado, participante da Educação em Saúde: Prevenção do Câncer de Mama e Colo de Útero, realizado nas dependências do Centro de Saúde Vila Cemig, ministrado pelo enfermeiro Verônica Pedersane Nunes de Castro (COREN: 155624-ENF) no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, autoriza a publicação de sua imagem (foto) no Trabalho de Conclusão de Curso ou qualquer outra atividade/veículo de ensino e pesquisa referente à Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, de autoria do enfermeiro supra citada.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura:

\_\_\_\_\_

RG ou CPF: