

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

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O EXAME PREVENTIVO
GINECOLÓGICO - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IBIRITÉ/MG**

CLARISSA GARCIA SANTOS COELHO

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

CLARISSA GARCIA SANTOS COELHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O EXAME PREVENTIVO
GINECOLÓGICO - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IBIRITÉ/MG**

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

Orientador: Prof. Alisson Araújo

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

CLARISSA GARCIA SANTOS COELHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE O EXAME PREVENTIVO
GINECOLÓGICO - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IBIRITÉ/MG**

Banca Examinadora:

Prof. Alisson Araújo – UFSJ (Orientador)

Prof^a. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em: ___/___/_____.

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2014

AGRADECIMENTOS

Os pacientes da UBS Monsenhor Horta A, que foram alvo de estudo e de suma importância para realização deste trabalho.

Aos profissionais da UBS Monsenhor Horta A e B, pelo incentivo, apoio disponibilidade e ajuda em meu crescimento profissional, assim como todos os outros profissionais que fizeram parte da minha vivência no município de Ibirité MG.

Ao meu orientador, Professor Alisson Araújo pela dedicação e conhecimento compartilhado.

Aos meus amigos enfermeiros Paula, Fernanda, Mariana, Pedro e Eder pelos momentos de diversão e aprendizado, sem vocês seria tudo mais difícil, levo daqui uma grande amizade e carinho.

Aos meus pais pela paciência torcida e incentivo em minha carreira profissional.

A Deus, por sempre ter se mostrado presente em minhas escolhas e dificuldades e iluminar minha trajetória.

RESUMO

No Brasil, o câncer do colo uterino é um dos mais importantes problemas de saúde pública.

O câncer de colo de útero demora muitos anos para se desenvolver, e acomete, sobretudo, mulheres acima dos 25 anos. O principal agente da enfermidade é papilomavírus humano (HPV).

Apesar dos grandes números de casos, é uma doença passível de prevenção, e a atenção primária tem um papel fundamental nesta parte. Sua prevenção está diretamente associada aos projetos de educação em saúde da população alvo a respeito de fatores de risco, incentivo em realizar o exame citopatológico, orientações, dentre outros.

O objetivo deste trabalho é conhecer os motivos pelos quais as mulheres moradoras da área de atuação do PSF Monsenhor Horta A de Ibirité-MG não aderem ao exame preventivo citopatológico e elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento das mulheres na faixa etária abrangente, estimulando, orientando e aumentando a demanda.

Para isso foi realizado uma pesquisa bibliográfica sobre o tema para um melhor estudo do problema em questão e para que possam ser dadas orientações as mulheres com maior referencial sobre o assunto.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino. Citopatológico. Exame preventivo.

ABSTRACT

In Brazil, cervical cancer is one of the most important public health problems. The cervical cancer takes many years to develop, and affecting mainly women above 25 years. The main agent of the disease is human papillomavirus (HPV). Despite the large numbers of cases, is a preventable disease, and primary care plays a key role in this part. Its prevention is directly associated with projects in health education of the target population about risk factors, incentives to perform Pap screening guidelines, among others.

The objective of this work is to know the reasons why the residents of the area with the PSF Monsenhor Horta Ibirité - MG women do not adhere to Pap screening test and develop an intervention project for comprehensive monitoring of women in age group, encouraging, walked and increasing demand.

For it was performed a literature search on the topic for a better study of the problem in question and that guidance can be provided women with greater reference on the subject .

Keywords: Cervical cancer. Pap. Screening.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA	
a.	Fatores de risco.....	16
b.	Manifestações clínicas.....	16
c.	Prevenção.....	17
d.	Tratamento.....	19
e.	Adesão das mulheres ao exame.....	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
8	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A população da área correspondente ao município de Ibirité remonta aos séculos XVII e XVIII quando se iniciou as primeiras entradas e bandeiras nas áreas centrais da capitania das Minas Gerais com o intuito de descobrir ouro. A corrida do ouro ocasionou o surgimento de várias cidades como Vila Rica, Mariana, Sabará, Caeté e Congonhas das Minas do Ouro cidade conhecida atualmente como Nova Lima que foi palco de grande especulação aurífera onde se empregava grande contingente de mão de obra escrava. Conseqüentemente os escravos e as pessoas que se deslocaram para estas paragens precisavam de uma provisão de víveres para se manterem, evidenciando o surgimento de fazendas especializadas no cultivo de gêneros alimentícios e criação de gado. Com o sortimento, a proliferação das fazendas surgiu os povoados, como o de Ibirité.

Cinco famílias deram origem a Ibirité: Ferreira, Diniz, Pinheiro, Freitas e Campos. Em 1880, foi criado o povoado da Vargem da Pantana, na freguesia de Contagem, Município de Sabará.

No ano de 1976 foi criado o Distrito de Duval de Barros e em 1985 o Distrito de Mário Campos. Em 04/01/88 através da Lei Estadual nº 9.548/88 Ibirité, passa à categoria de Comarca. Em 1º de junho de 1990 dá-se a implantação da Comarca. Em 21/12/95 através da Lei Estadual nº 12.030 dá-se a emancipação dos Distritos de Sarzedo e Mário Campos.

A população inicial de Ibirité ocorreu ao longo do ribeirão do Pantana, às margens da futura MG - 040 e da Estrada de Ferro Central do Brasil – EFCB. O funcionamento da EFCB e a inauguração da estrada de rodagem (que ligava a Capital ao sul de Minas e a São Paulo, canal de movimentação de pessoas e produção agrícola) promoveram o enriquecimento de Ibirité. Trouxeram novas famílias que trabalhavam em empreendimentos diretamente ligados a essas vias de transporte e acabavam por residir na região com seus descendentes.

Nas últimas décadas, Ibirité passou por grandes modificações. O município sofreu um crescimento urbano acelerado. A produção agrícola absorveu parte da mão-de-obra, mas não contribuiu para gerar recursos públicos municipais, por ser uma atividade praticamente isenta de impostos. Com a instalação do Distrito

Industrial em 1996, o município caminha para uma diversificação da economia, fortalecendo principalmente o setor de serviços.

Dentre as unidades básicas de saúde de Ibirité, tem-se a Unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Monsenhor Horta. Essa unidade foi inaugurada em 2008 e está localizada em uma das principais avenidas do Bairro Monsenhor Horta, que fica aproximadamente a 4 km do centro da cidade. Conta com 02 equipes de ESF: A e B.

A Equipe da ESF A tem sua área adscrita com 3.585 pessoas, dados de agosto de 2013, dividida em 05 (cinco) micro áreas, atendendo aos bairros, Monsenhor Horta, Nossa Senhora de Fátima, Cruzeiro, Ipiranga, Jardim das Flores e Alvorada, considerada de classe economicamente média à pobre.

Possuem áreas de difícil acesso, onde estão presentes terrenos de relevo irregular, com pouca ventilação e estrutura precária, as moradias na sua maioria são construídas de tijolos. Existe uma boa estrutura de saneamento básico e de esgoto na comunidade, todas as moradias têm abastecimento e tratamento de água, coleta de lixo. A maioria tem rede de esgoto e energia elétrica.

A área de abrangência da ESF A possui várias escolas, uma creche, campo de futebol, comércio local, hortas, igrejas e templos de diversas religiões. A coleta de lixo é realizada três vezes por semana. Nos limites da área da equipe A, estão localizados o Serviço de Apoio Psicossocial de Ibirité (SAPSI), Clínica de Fisioterapia e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

A Equipe da ESF A atende das 08h00min às 17h00min e é composta por: 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Agente Administrativo, 05 Agentes Comunitárias de saúde e 01 auxiliar de Serviços Gerais.

Os grupos operacionais são realizados pela ESF e pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composta por: 02 fisioterapeutas, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 ginecologista, 01 pediatra, e todos atendem dentro da própria unidade.

A estrutura física desta unidade contém espaço físico adequado com 7 consultórios, sala de observação, expurgo, consultório odontológico, sala de curativo, sala de vacina, farmácia, sala de reunião com televisão, banheiros para funcionários e usuários divididos por sexo, cozinha, grande área de espera com cobertura e bancos.

Através da observação ativa do território, foram observados os principais aspectos:

- Muitos lotes vagos no entorno das moradias, que podem servir de esconderijos para pessoas mal intencionadas e proporciona acúmulo de lixo, aumentando risco de dengue;
- Muitas moradias sem muros, aumentando riscos dos moradores;
- Unidade de saúde fica muito distante de alguns moradores adscritos;
- Área geográfica muito acidentada, apresentando muitos morros, dificultando a prática de exercícios físicos sem custos (caminhadas);
- Falta de opção de lazer;
- Deslocamento no trânsito: grande parte da população adulta trabalha em municípios vizinhos (Ex. BH, Betim e outros), diminuindo o tempo ocioso para prática de atividades físicas e consultas na ESF;
- Falta de local adequado para atividade física. O local não oferece nenhum serviço de terceiros ou público para prática de atividade física, como por exemplo, academias, quadras esportivas, praças públicas etc.;
- Transporte deficiente, com dificuldade para deslocamento dentro do próprio município;
- Baixa autoestima da população para buscar melhorias para a saúde;
- Baixo poder aquisitivo da população;
- Má administração do tempo da equipe;

A cobertura vacinal das crianças é de 100%, sendo a meta 95%. O pré-natal, que conta o mínimo de 07 consultas durante o período gestacional, atingiu 95%, pois o número de gestantes é pequeno. Foi conseguido também iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de quase todas elas.

Um dos maiores problemas tem sido a cobertura do exame preventivo do câncer de colo uterino, onde existe um parâmetro de 33% das mulheres de 25 a 59 anos por ano. Essa meta não é alcançada, pois a área é composta de classes média e baixa. Uma grande parte da população feminina nessa faixa etária tem plano de saúde e prefere fazer o exame preventivo com o ginecologista do plano, pois o da unidade não o faz. Na unidade o exame é feito exclusivamente pelo enfermeiro.

Por meio da observação ativa e dados e informações do processo de trabalho da ESF A, foi possível identificar os problemas na área de abrangência. São eles:

- Sedentarismo na idade adulta à 3ª idade;
- Depressão;
- Violência na escola;
- 23 famílias em alto risco social;
- Obesidade\sobrepeso;
- Alto índice de cárie dentária;
- Diabetes;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Falta de opções de lazer;
- Ruas acidentadas, sem opção para caminhada;
- Falta de policiamento;
- Falta de médico especialista na US (pediatra e ginecologista);
- Poucos projetos sociais voltados para adultos e 3ª idade;
- Dificuldade de adesão das mulheres da população em fazer o exame citopatológico.

Perante isso, foi eleito para intervenção o problema: adesão das mulheres ao exame citopatológico preventivo do câncer de colo uterino.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a equipe de saúde da família Monsenhor Horta A não estava atingindo sua meta nos exames citopatológicos mensais, e o grande crescimento de casos de mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino, foi decidido pela equipe elaborar um projeto de intervenção diante deste problema para conhecer o motivo da falta de adesão e conseqüentemente conseguir aumentar o número de exames mensais.

3 OBJETIVOS

Geral:

Elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento das mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos, para realizar o exame citopatológico, para aumentar a adesão ao exame preventivo citopatológico.

Intermediários:

- Verificar quais os motivos da baixa adesão das mulheres ao exame.
- Conseguir atingir a meta mensal exigida pelo Ministério da Saúde de exames realizados.
- Orientar as mulheres na faixa etária de sobre a importância do exame.

4 METODOLOGIA

Para o enfrentamento do problema foi elaborado um plano de ação seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a criação de ações que visam à conscientização da população feminina sobre a importância do exame preventivo citopatológico.

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional com base no número de mulheres cadastradas na equipe A e o número de exames preventivos realizados mensalmente, além de análise de prontuários para controlar se as mulheres retornavam no tempo preconizado para repetir o exame ou se apenas faziam quando apresentavam queixas.

Para o levantamento bibliográfico deste trabalho foi utilizada, inicialmente a internet, onde foram consultadas dissertações de mestrado e artigos científicos selecionados nas bases de dados Scielo, Lilacs, artigos do Ministério da Saúde, e bibliografias.

As palavras chaves utilizadas foram: câncer de colo uterino, citopatológico, exame preventivo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O câncer é uma doença que afeta pessoas do mundo inteiro. Origina-se de uma multiplicação exagerada de células que acumulam mutações múltiplas. Ele é denominado como tumor maligno por ter a capacidade de passar para outros lugares do corpo através da linfa e/ou corrente sanguínea por metástase (PARHAM, 2001).

O câncer do colo do útero é o terceiro mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil novos casos por ano no mundo é responsável por cerca de 274 mil óbitos de mulheres a cada ano (WHO, 2008a citado em BRASIL, 2011a). No Brasil é o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres, com exceção do câncer de pele (melanoma) (BRASIL, 2011a).

É caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013).

Conforme COELHO; COSTA (2005), a maioria das mulheres com diagnóstico de câncer cervical em estágio inicial é assintomática, e a doença é descoberta pelo exame preventivo de citologia oncótica ou esfregaço de Papanicolau. Porém, é importante alertar para possíveis hemorragias ou sangramentos pós-coito, pequenos sangramentos sem causa aparente e leucorréia purulenta, sintomas que devem ser investigados. Por outro lado, dor pélvica, perda de urina ou fezes pela vagina, perda de peso e anorexia são sintomas do câncer avançado.

O rastreamento para detecção precoce de câncer do colo uterino deve ser feito a partir do início da vida sexual, devendo ser encorajado indefinidamente, já que alguns subtipos histológicos ocorrem após os 65 anos. (MALUF; MARQUES; ABDO, 2004).

No Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau), faixa etária onde mais ocorrem casos positivos de câncer do colo do útero. A consequência é

milhares de novas vítimas a cada ano. Mulheres que, se tivessem tratado a doença a tempo, poderiam estar vivendo hoje uma vida normal. (BRASIL, 2002).

O colo do útero é revestido, de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Na maioria dos casos, a evolução do câncer do colo do útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. (BRASIL, 2002).

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros. (BRASIL, 2013).

No Brasil, as primeiras intervenções para a prevenção do câncer do colo uterino iniciaram no fim da década de 50. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS), implantou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. A principal contribuição do PAISM foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (BRASIL, 2011b).

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo uterino é considerado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e no Plano de Fortalecimento de Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer em 2011 (BRASIL, 2011a).

5.1 Fatores de risco

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais (BRASIL, 2002).

O estudo de Walboomers e colaboradores (1999), realizado em 22 países localizados nos cinco continentes, demonstrou prevalência de HPV nos carcinomas cervicais uterinos de 99,7%. A presença do HPV na quase totalidade dos casos desse câncer e as altas medidas de associação demonstradas implicam na maior atribuição de causa específica já relatada para um câncer em humanos. Dessa forma está determinado que a infecção pelo HPV é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (IARC, 2007 citado em BRASIL, 2013).

Outro fator de risco é o estado imunológico. Acredita-se que o estado de imunocompetência do hospedeiro pode ter algum papel na evolução das lesões cervicais. As células que o HPV infecta não possui resposta eficiente aos antígenos, tendo atraso em seu reconhecimento pelo sistema imune, facilitando sua multiplicação (ZIMMERMANN; MELO; CASTRO, 2006).

5.2 Manifestações Clínicas

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico (BRASIL, 2013).

No estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorréia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes (BRASIL, 2013).

5.3 Prevenção

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2002).

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer, a prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Conseqüentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

Ainda de acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer, atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil que protegem contra os subtipos 16 e 18 do HPV. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus. Ou seja: os benefícios só são significativos antes do início da vida sexual. Não há diferença de eficácia entre as duas vacinas em relação à prevenção de lesões intraepiteliais cervicais. Existem ainda lacunas de conhecimento sobre a vacinação, relacionadas à adesão ao esquema vacinal, à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada para outros subtipos virais. Além disso, a adoção das vacinas anti-HPV não substitui o rastreamento pelo exame preventivo (Papanicolaou), pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer de colo do útero causados por outros subtipos virais oncogênicos.

A partir de 2014, a vacina que previne contra o câncer de colo uterino passa a ser incorporada no calendário de vacinação pelo Ministério da Saúde para meninas de 11 a 13 anos, e será distribuída pelo SUS (Sistema único de Saúde).

O exame de prevenção, conhecido como Papanicolaou, também é uma estratégia muito eficaz. Nele se pode detectar precocemente a presença de 09 células anormais na mucosa vaginal, fazendo com que se tenha um diagnóstico precoce e assim um tratamento mais eficaz (SILVA, 2012).

Este exame é simples e pode ser feito em qualquer unidade de saúde por profissionais da área devidamente qualificados, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e biomédicos.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010, citado em BRASIL, 2013). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA *et al.*, 2009; ARBYN *et al.*, 2009a, citado em BRASIL, 2013).

Por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo e indolor, além de bem aceita pela população, a citopatologia é considerada ideal, na nossa população, para o rastreamento do câncer do colo do útero. O diagnóstico citopatológico não é de certeza, tendo que ser confirmado pelo exame histopatológico. A realização da biópsia deve, preferencialmente, ocorrer sob visualização colposcópica, já que o procedimento às cegas apresenta alta taxa de falso-negativo. (BRASIL, 2013).

O alvo principal de campanhas para controle do câncer do colo do útero deve ser de mulheres que já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas entre 35 e 49 anos e, especialmente, as que nunca tenham feito o exame preventivo. O atendimento da demanda espontânea para a coleta da amostra citopatológica deve continuar, mas é importante a priorização da faixa etária de maior risco para a doença (BRASIL, 2013).

5.4 Tratamento

De acordo com ONCOGUIA, (2012) o tratamento da mulher com câncer de colo uterino pode ser feito de várias formas:

- Um deles é a cirurgia: que consiste na remoção das células cancerosas.
 - Traquelectomia radical. Essa cirurgia remove a cérvix, parte da vagina e linfonodos na pélvis. Essa opção de cirurgia é para pequeno número de mulheres com tumores menores que querem engravidar no futuro.

- Histerectomia total, remove a cérvix e útero.
- Histerectomia radical, remove a cérvix e algum tecido ao redor dela, útero e parte da vagina.
 - A radioterapia: consiste em utilizar raios muito potentes para matar células cancerosas. Os médicos utilizam dois tipos de radioterapia para o câncer de colo uterino. Existem mulheres que usam os dois tipos:
 - Radioterapia externa, tem durabilidade de várias semanas e consiste na emissão de vários raios na direção do local do tumor. Este processo pode provocar diarreias, náuseas e vômitos, a pele fica sensível e vermelha e a paciente perde o pelos da área vaginal.
 - Radioterapia interna, é um método em que se coloca dentro da vagina um tubo fino com uma solução radioativa que é emitida lá dentro, o tratamento pode ser feito duas vezes por semana e quando se retira o tubo, não fica nenhuma radiação na paciente. Os efeitos colaterais são os mesmos da radioterapia externa. (ONCOGUIA, 2012).

5.5 Adesão das mulheres ao exame

Conforme CAVALCANTE (2004), a dificuldade em controlar o câncer de colo do útero deve-se aos fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais. Conseqüentemente, mais de 70% das pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero, na primeira consulta já apresentam a doença em estágio avançado, tendo então, uma limitação significativa quanto à possível cura.

Para obter ação preventiva é necessária a criação de estratégias que atinjam toda a população de risco, com informação constante, promovendo a compreensão dos fatores de risco associados, em especial os de características sexuais (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; MOTTA, 2001).

A prevenção do câncer do colo de útero é uma atividade inerente às equipes de Saúde da Família, definida como estratégia no Pacto pela Vida, publicado por meio da portaria nº 399/06, do Ministério da Saúde, e assumida formalmente por gestores municipais (BRASIL, 2006). Essa tem sido uma atividade desenvolvida praticamente apenas pelo enfermeiro. A meta estabelecida pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero é de que pelo menos 80% das mulheres, com idade entre 25 e 59 anos, realizem o exame Papanicolau periodicamente, da

seguinte forma: inicialmente um exame por ano; no caso de dois exames normais seguidos (com intervalo de um ano entre eles), o exame deverá ser feito a cada três anos. Nos casos de resultados alterados, a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (BRASIL, 2007).

A recomendação por um profissional de saúde desempenha um importante papel na tomada de decisões quanto a realização do exame, devendo o profissional aproveitar todas as oportunidades de contato com as mulheres para oferecer informações que reforcem a importância de comportamentos preventivos (GONÇALES, 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No PSF Monsenhor Horta foi observada a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo citopatológico. Os exames eram agendados apenas com o profissional de enfermagem e em apenas um dia da semana. Juntamente com a equipe, foi feita uma pesquisa para saber quais os motivos (nós críticos) levavam a esta baixa adesão, chegando aos seguintes problemas:

- Vergonha por parte das mulheres em exhibir seu corpo.
- Grande parte das mulheres possuíam planos de saúde e optavam por fazer o exame com médico ginecologista.
- Agenda incompatível com os horários da paciente.
- Grande parte agendava o exame apenas quando apresentava queixas devido à falta de informação.
- Agentes Comunitários com conhecimento insuficiente para orientar as mulheres.
- População feminina pouco informada sobre o exame preventivo.
- Falta de um instrumento para acompanhamento da periodicidade da realização dos exames pelas mulheres.

Após esse levantamento, a equipe se reuniu novamente para discutir o que poderia ser feito a respeito, e quais ações poderiam ser tomadas para solucionar ou minimizar o problema, levando em conta os recursos necessários e disponíveis.

Desta forma a equipe A do PSF Monsenhor Horta elaborou um plano de ação contendo prazos, recursos necessários e agente operacional:

Quadro 1: Plano de Ação Equipe Monsenhor Horta A

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Agenda incompatível com os horários da paciente.	Ampliação da agenda. Ofertar mais oportunidades para as mulheres agendarem seus exames	Aumento da oferta de exames, novas datas e horários, facilitando o agendamento das mulheres.	Aumento da procura resultando em um maior número de exames preventivos	Sheila (auxiliar administrativa) e Clarissa (Enfermeira).	03 meses.
Opção por fazer o exame apenas com	Abertura de consultas com a clínica geral, quinzenal.	Ampliação do número de consultas tendo 2 profissionais	Aumento do número de mulheres para fazerem o exame	Dra. Fernanda (clínica geral).	03 meses.

o médico	mente, para atender as mulheres que preferem fazer o exame apenas com o médico.	realizando o exame ao mesmo tempo.	preventivo.		
Agentes comunitários com conhecimento insuficiente para orientar as mulheres.	Capacitação das ACS. Capacitar as agentes comunitárias de saúde para que estas saibam abordar as pacientes durante as visitas domiciliares mostrando a importância do exame.	ACS mais capacitadas para orientar as mulheres sobre a importância da realização do exame na prevenção do câncer de colo uterino.	ACS mais capacitados, cooperativas e mais seguras ao dar as informações e responder os questionamentos das mulheres.	Dra. Fernanda (clínica geral) e Clarissa (enfermeira).	01 mês.
População feminina pouco informada sobre o exame preventivo. Falta de um instrumento para acompanhamento dos da periodicidade da realização dos exames feitos	Educação em saúde para a população feminina Realizar grupos e palestras para as mulheres Distribuir de panfletos, palestras educativas.	Aumento da informação da população feminina.	Aumento da adesão ao exame.	Maria Dorotéia (técnica de enfermagem), Beatriz (Acs), Marlene (Acs), Sônia (Acs), Paula (Acs).	Imediato.
Falta de um instrumento para acompanhamento dos da periodicidade da realização dos exames feitos	Criação de um fichário rotativo. Criar um fichário para facilitar a periodicidade dos exames feitos.	Aumento da demanda a partir de um controle de consultas e diminuição do absenteísmo nas consultas.	Maior e melhor acompanhamentos das mulheres. Melhoria na busca ativa.	Maria Dorotéia (técnica de enfermagem) e Clarissa (enfermeira).	Imediato.

Após programar todas as ações, a equipe A se comprometeu a se reunir quinzenalmente para discutir como está o andamento do processo, dar novas ideias,

avaliar o que pode ser melhorado e os pontos positivos e negativos do plano de ação, pois sabemos que não basta apenas um plano bem estruturado no papel, mas sim ter um controle e bom gerenciamento sobre ele.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão bibliográfica ficou claro para toda equipe de saúde do PSF Monsenhor Horta A que a mortalidade por câncer de colo uterino em nosso país continua sendo um grande desafio a ser enfrentado. O aumento da cobertura das mulheres no exame citopatológico deve ser meta em todos os programas de saúde, principalmente na atenção primária.

A união da equipe e a motivação em criar um diagnóstico situacional foram de grande importância para que este projeto desse certo e para que pudessem ser avaliados mais detalhadamente quais os problemas enfrentados pela nossa equipe relacionados ao exame preventivo.

Percebeu-se também com este estudo a grande importância do profissional de enfermagem no programa saúde da família quanto a prevenção do câncer de colo uterino. Este profissional, além de responsável pela realização do exame, participa da educação em saúde tanto para os outros profissionais da equipe quanto para a população, mostrando a importância da realização do exame, a prevenção, os cuidados.

Notou-se também que a população feminina ainda tem receio e timidez quanto a realização do exame, e que a grande rotatividade de profissionais nos postos de saúde afastam algumas mulheres, que já tinham vínculo com tal profissional, ou pela mudança de sexo do profissional.

No caso do PSF Monsenhor Horta, após a realização do projeto e elaboração do plano de ação, eu, enfermeira da equipe A, fui transferida para a equipe B, entrando em meu lugar um enfermeiro do sexo masculino para a equipe A, o que imagino que contribuiu com nova queda na adesão aos exames, devido o novo profissional ser de sexo oposto.

Conclui-se com este projeto que apenas a procura da demanda espontânea destas mulheres pelo exame não é suficiente para uma boa cobertura, o profissional de enfermagem juntamente com sua equipe deve saber a maneira certa de abordar estas pacientes, oferecer atividades educativas constantes, e se possível criar um vínculo da mulher com o profissional passando confiança e segurança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010)**, elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, em abril de 2011a. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Portaria 2439. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2006. 60p. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b, 104p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Câncer do colo útero. Disponível em: www.inca.gov.br.

CAVALCANTE, MMB. **A atuação do enfermeiro da equipe de saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino**. Sobral 2004. 49f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Universidade

Estadual Vale do Acaraú. Disponível em:
<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/17/17-57-1-PB>.

COELHO, FRG; COSTA, RLR. **Padronização em ginecologia oncológica**.
Ribeirão Preto, Tecmed, 2005.

GONÇALES, MB. **Teste de Papanicolau: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde**. 2007, 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

LIMA, CA.; PALMEIRA, JAV,; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo do útero em Própria, Sergipe, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.10, outubro de 2006.

MALUF, FC.; MARQUES, R.; ABDO, E. Câncer ginecológico – endométrio, cérvix. In: BUZAID, AC. **Manual de oncologia clínica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004, p. 141-60.

MOTTA, EV. Et al. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.47, n.4, out./dez., 2001.

SILVA, José de Alencar Gomes, ABC do Câncer, Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 2ª ed. Publicado: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<http://www.bus.saude.gov.br/bus/publicacoes/inca/abc-do-cancer>.

PARHAM, Peter. **O Sistema Imune**. 6ª ed. SP: Atlas, 1985.

ZIMMERMANN, JB.; MELO, VH.; CASTRO, LPF. Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.6, p.345-351, 2006.