

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

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

UBERABA/MINAS GERAIS
2010

IRLENE APARECIDA NOGUEIRA

**PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dr^a. Sybelle de Souza
Castro Miranzi

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

IRLENE APARECIDA NOGUEIRA

**PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dr^a Sybelle de Souza
Castro Miranzi

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de uma maneira ou de outra contribuíram para a elaboração e execução do mesmo, e principalmente, à **equipe do PSF III – Francisco Santirocchi**, que partilhou comigo a busca do conhecimento como muito carinho e dedicação.

À minha orientadora **Sybelle de Souza Castro Miranzi** pela dedicação, paciência e carinho durante a confecção deste trabalho.

À minha mãe **Cleuza** que me apoiou e me incentivou durante a caminhada para minha formação.

Ao meu esposo **Rodrigo** pela paciência e apoio na minha busca de novos conhecimentos.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a **Deus** pela fé e determinação que ele tem me dado em todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, **Joaquim e Cleuza**, que me deram a vida e partilham comigo mais esta vitória, mesmo você, meu grande **pai**, que não está mais conosco.

Aos meus **irmãos**, que sempre estão comigo em todos os momentos felizes.

Ao meu esposo, **Rodrigo**, pelo carinho, atenção e cumplicidade nesta caminhada.

A equipe do **PSF III – Francisco Santirocchi**, que hoje faz parte da minha família e que partilha comigo mais um aperfeiçoamento na minha vida profissional.

A todos que eu amo, muito obrigada pela torcida.

“Um homem é chamado paciente não porque foge do mal,
mas porque agüenta um mau presente de forma honrosa,
isto é, sem ficar indevidamente triste por isso”.

(São Tomás de Aquino)

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui uma nova maneira de reversão do modelo de assistência centrado na doença, para focalizar as famílias cadastradas num dado território, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Diante dessas ações, a equipe de saúde da família insere em seu contexto estratégias de prevenção e controle do câncer de colo uterino, já que, atualmente o câncer de colo de útero constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade entre as mulheres acima de 35 anos. Este estudo teve por objetivo sistematizar o conhecimento sobre a prevenção de câncer de colo uterino na Estratégia de Saúde da Família no PSF Francisco Santirocchi em Campos Altos/MG, com enfoque para a promoção e prevenção do câncer de colo uterino. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sendo a base de dados utilizada para o estudo, a Bireme e a Biblioteca Virtual em Saúde, onde foram consultadas apenas fontes bibliográficas em língua portuguesa, compreendidas no período entre 1998 e 2009. Foi observado que a Estratégia de Saúde da Família possibilita reduzir o número de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero, já que alguns fatores de risco para a patogênese do câncer de colo uterino, como o Papiloma vírus humano, são encontrados na maioria em população de baixa renda e escolaridade, necessitando de uma assistência planejada e que tenha uma boa resolubilidade. Assim ocorre na equipe de saúde da família Francisco Santirocchi, com a adoção de medidas como a coleta de Papanicolaou, a busca ativa das mulheres faltosas através do fichário rotativo, diagnóstico precoce e monitoramento das consultas ginecológicas através dos agentes comunitários de saúde. Contudo, ainda persistem algumas limitações, como: baixa adesão das usuárias ao programa e falta de recursos materiais, que podem prejudicar o trabalho da equipe, provocando descrédito por parte das usuárias. Pode-se afirmar que há uma necessidade de melhora no planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde por parte da gestão municipal e da equipe de saúde da família Francisco Santirocchi, para que somada a aquisição de conhecimento das usuárias possa aumentar a adesão das mesmas ao Programa de combate ao câncer de colo uterino, visando garantir uma melhor assistência e qualidade de vida às mulheres.

Descritores: saúde da família, câncer uterino, saúde da mulher, neoplasias uterinas.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a new way of reversing the model of care focused on illness to focus on the families enrolled in a given territory, through links established, developing health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and maintenance health. Given these actions, the health team is part of the family in context strategies for prevention and control of cervical cancer, since currently the cancer of the cervix is a major cause of morbidity and mortality among women over 35 years. This study aimed to systematize knowledge about the prevention of cervical cancer within the Family Health Strategy in PSF Santirocchi Francisco Campos Altos / MG, with a focus on promotion and prevention of cervical cancer. This is a bibliographic database being used for the study, and BIREME Virtual Health Library, where they were found only in Portuguese literature sources, ranging between 1998 and 2009. It was observed that the Family Health Strategy is possible to reduce the number of morbidity and mortality from cervical cancer, since some risk factors for the pathogenesis of cervical cancer, such as human papilloma virus, are found mostly in low income and schooling, requiring a planned and that has a good resolubility. So it is in the family health team Santirocchi Francisco, with the adoption of measures like collecting Papanicolaou, the active search for women by defaulting rotary binder, early diagnosis and monitoring of gynecological through community health workers. However, there are still some limitations, such as low compliance of users to the program and lack of material resources, which can disrupt the work of the team, causing disrepute by the users. It can be said that there is a need for improvement in planning prevention and health promotion by the city administration and staff of family health Santirocchi Francisco, added that the acquisition of knowledge of users can increase the membership of the same Program to combat cervical cancer, aiming to ensure better care and quality of life for women.

Keywords: family health; uterine cancer; women's health , uterine neoplasms.

RESUMEM

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) es una nueva forma de revertir el modelo de atención centrado en la enfermedad, para centrarse en las familias inscritas en un territorio determinado, a través de vínculos que se establecen, el desarrollo de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de salud. Habida cuenta de estas acciones, el equipo de salud es parte de la familia en las estrategias de contexto para la prevención y control del cáncer cervicouterino, ya que actualmente el cáncer del cuello uterino es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre las mujeres mayores de 35 años años. Este estudio tuvo como objetivo sistematizar el conocimiento sobre la prevención del cáncer cervical en la Estrategia de Salud de la Familia en el PSF Santirocchi Francisco Campos Altos / MG, con un enfoque en la promoción y prevención de cáncer cervical. Se trata de una base de datos bibliográfica que se utiliza para el estudio, y BIREME Biblioteca Virtual en Salud, donde se encuentra sólo en las fuentes de la literatura portuguesa, que van entre 1998 y 2009. Se observó que la estrategia de Salud de la Familia es posible reducir el número de morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, ya que algunos factores de riesgo para la patogénesis del cáncer de cuello uterino, como el virus del papiloma humano, se encuentran principalmente en de bajos ingresos y escolaridad, lo que requiere una planificada y que tiene una buena resolubilidad. Lo mismo sucede en la familia del equipo de salud Francisco Santirocchi, con la adopción de medidas como la recogida de Papanicolaou, la búsqueda activa de las mujeres por el incumplimiento de encuadernación rotativo, el diagnóstico precoz y el seguimiento del cáncer ginecológico a través de agentes de salud comunitarios. Sin embargo, todavía existen algunas limitaciones, como el cumplimiento de baja a los usuarios del programa y la falta de recursos materiales, que pueden perturbar la labor del equipo, causando desprestigio por los usuarios. Se puede decir que hay una necesidad de mejora en la planificación de la prevención y promoción de la salud por la administración de la ciudad y el personal de salud de la familia Francisco Santirocchi, añadió que la adquisición de conocimientos de los usuarios puede aumentar el número de miembros de la misma Programa de lucha contra el cáncer de cuello uterino, con el objetivo de garantizar una mejor atención y calidad de vida de las mujeres.

Palabras clave: salud familiar, cáncer de útero, salud de la mujer, neoplasias uterinas.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Frequência de coletas de Papanicolaou e população alvo segundo o ano de atuação do PSF III – Francisco Santirocchi. Campos Altos/MG, 2005-2009.

Figura 1: Distribuição da frequência de usuárias que realizaram a coleta de Papanicolaou por grau de escolaridade. Campos Altos-MG, 2005/2009.

Figura 2: Distribuição de frequência das usuárias que realizaram a coleta de Papanicolaou por faixa etária. Campos Altos-MG, 2005/2009.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente comunitário de saúde

DST – Doença sexualmente transmissível

ESF – Estratégia de saúde da família

HPV – Papiloma vírus humano

IARC – Agência Internacional para Pesquisa em Câncer

INCA – Instituto nacional do câncer

PACS – Programa de agentes comunitários de saúde

PCCU – Programa de controle do câncer de útero

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da atenção básica

SISCOLO – Sistema de informação do câncer de colo uterino

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Introdução.....	13
Objetivos:	
Objetivo geral.....	18
Objetivos específicos.....	19
Material e métodos.....	20
Desenvolvimento	
1. Estratégia de Saúde da Família.....	21
2. O processo de trabalho em saúde.....	24
3. Câncer de colo do útero.....	27
4. Atribuições dos profissionais da atenção básica no controle do câncer de colo de útero.....	32
5. Atuação da ESF Francisco Santirocchi.....	36
6. Terapias alternativas.....	43
Considerações finais.....	47
Referências.....	49
Anexos	
Anexo A.....	54
Anexo B.....	55

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, porém desde a década anterior já experimentava, em algumas regiões, empreitadas menos abrangentes, porém bem-sucedidas, tendo como principal exemplo o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). Atualmente, preconiza-se o uso do termo Estratégia de Saúde da Família (ESF), um termo que circunscreve a maior parte dos princípios que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). Dentre tais princípios, talvez um dos mais significantes seja a integralidade, que desloca o eixo da atenção às doenças ou partes do indivíduo, tratando-o por especialidades restritivas, para o desafio de entender o indivíduo em sua totalidade, englobando todas as suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2008).

O PSF, segundo o Ministério da Saúde, constitui-se em um passo importante para a reversão do modelo de assistência centrado na doença, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006 A). O conjunto de diretrizes que orientaram a nova estrutura organizativa, consagrado no texto constitucional de 1988, estabeleceu as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantaria o SUS, pela lei 8.808 de 19 de setembro de 1990, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema (AGUIAR, 1998).

A partir da implantação do SUS o PSF desponta como uma proposta de reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Sobre esse, Negri (2000) comenta que durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O autor ainda pontua que o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra conseqüência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção e promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

Em 1994, o Ministério da Saúde revela a implantação do PSF que tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo

assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, a família e a comunidade. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (SANTANA e CARMAGNAMI, 2001).

A partir deste modelo, a priorização da atenção básica justifica-se por ser esse um nível de atenção extremamente importante para o sistema de saúde como um todo. Além de cuidar dos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, é responsável pela assistência e atendimento de um grande número de problemas de saúde, basicamente a atenção básica deveria resolver de 70% a 80% dos problemas de saúde se funcionasse adequadamente (BRASIL, 2006 A).

A Saúde da Família formulada inicialmente como um programa, passa a figurar no quadro do Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, respondendo as críticas de que a saúde da família fosse um programa voltado para o pobre e com baixo investimento tecnológico (ABRAHÃO, 2007).

Devido à proposta e importância da ESF, o governo do estado de Minas Gerais, vem realizando a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde, que se caracteriza como um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, através do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações que visam resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde (SESMG, 2008). O Plano Diretor funciona ainda como responsável pela reorganização do atendimento de urgências e emergências, sendo ainda o principal para o planejamento do atendimento da demanda espontânea e programada da atenção básica, facilitando desta forma a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

Com todas estas mudanças, atualmente a expansão da ESF, demanda por um grande número de profissionais capacitados e aptos para trabalhar nesta área. Ser um profissional integrado na equipe da ESF é gratificante e prazeroso, quando podemos visualizar a vida das pessoas de maneira diferente e proporcionar as mesmas uma atenção mais humanizada e com qualidade, tal como regida pelo Pacto da Saúde 2006, passando a analisar

primeiramente os aspectos sociais para poder intervir na situação de doença ou contribuir para a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2006 A).

O Pacto da Saúde previa a ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida foi constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal. O Pacto em Defesa do SUS envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabeleceu as responsabilidades claras de cada entidade federada de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006 A).

Diante disso, o Ministério da Saúde visualizou a Atenção Básica/Saúde da Família como uma forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS e ser a porta de entrada dos usuários para os demais níveis do sistema. Inserindo-se no movimento mundial de valorização da atenção primária à saúde e na construção dos sistemas públicos de saúde. Pautando-se nos princípios do SUS, da atenção primária à saúde e da saúde da família que são internacionalmente reconhecidos (BRASIL, 2006 A). A ESF é organizada por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização de Equipes de Saúde da Família num dado território, ou seja, numa área de abrangência de uma população adstrita. Trabalha com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Diante disso, a equipe da ESF desenvolve ações para promoção de saúde e prevenção de doenças: incluindo grupos operativos, ações comunitárias, além das típicas ações da estratégia, como visitas domiciliares dos vários profissionais nela inseridos e orientações diversas (OLIVEIRA, PINTO e COIMBRA, 2007).

Diante de todas as características citadas acima, ocorreu à opção pelo curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, para que pudesse desempenhar melhor as minhas funções de enfermeira dessa Estratégia, além de aperfeiçoar os meus

conhecimentos na área de atuação, para um melhor planejamento das ações desenvolvidas pela equipe, ocasionando aos usuários uma assistência diversificada com boa resolubilidade, aumentando o vínculo profissionais/usuários e atingindo a principal meta do programa: a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Durante o desenvolvimento do curso, e também na minha atuação como enfermeira, tive uma atração pela área de saúde da mulher e principalmente pelas ações de prevenção do câncer de colo de útero, e após a realização do diagnóstico situacional pode-se verificar que pelo grande número de mulheres da área de abrangência da equipe do PSF III – Francisco Santirocchi, a adesão destas mulheres ao exame preventivo do câncer de colo uterino ainda deixa a desejar.

Com a análise do diagnóstico situacional e de informações sobre o câncer de colo uterino do Instituto Nacional do Câncer (INCA), pude verificar que dentre alguns desafios para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão às ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama (SUELENE e PORTO, 2009; INCA, 2009).

Atualmente, o câncer é a principal causa de morte na população feminina, sendo que a mudança de hábitos aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuirão diretamente na incidência dessa doença. Alguns fatores como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada no perfil epidemiológico da situação da doença (BRASIL, 2006 B; OLIVEIRA et al., 2006).

Segundo dados do Sistema de Informação do Câncer de colo uterino (SISCOLO) o câncer do colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo. Nos últimos anos são registrados aproximadamente 471 mil casos novos. Quase 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2006 B). No Brasil, para o ano de 2010, foram estimados 49.240 casos novos de câncer de mama feminino e 18.430 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2009).

Na ESF estão inseridas ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama do Ministério da Saúde, que têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de

ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres. Para alcançar esses objetivos, no Brasil, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o *Programa Viva Mulher* do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama (BRASIL, 2006 B).

O Programa atua com medidas de prevenção do câncer de colo uterino, como palestras educativas em grupos operativos, orientações domiciliares com distribuição de panfletos educativos, coleta de exame preventivo de Papanicolaou e busca ativa das mulheres. Dentre as ações citadas a principal é a coleta de Papanicolaou, para isto desenvolvem-se oficinas de capacitação de enfermeiros e médicos do programa de saúde da família com aulas práticas e teóricas sobre o assunto (BICALHO e ALEIXO, 2002). A equipe do PSF Francisco Santirocchi recebeu esse treinamento e procura desenvolver medidas de vigilância em saúde tais como: promoção da saúde, monitoramento dos fatores de risco através dos resultados dos exames e da anamnese feita no dia da coleta, dentre outras, para que a assistência prestada às usuárias cadastradas na área seja de boa resolutibilidade.

Para que tais ações sejam efetivas, o Ministério da Saúde preconiza que o exame de coleta de Papanicolaou seja realizado nas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, com a periodicidade anual, e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006 B). Apesar de essa recomendação apoiar na história natural do câncer de colo de útero, que é ser de lenta progressão, a orientação dada na ESF seria a coleta anual, para que o percentual de mulheres faltosas seja baixo.

Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer do colo do útero, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

Dentro desse contexto, o presente estudo pretende descrever sobre a prevenção de câncer de colo uterino dentro da ESF, e verificar a atuação da equipe de estratégia de saúde da família do PSF III – Francisco Santirocchi na prevenção do câncer de colo uterino, por meio de comparação da revisão da literatura sobre o tema. Acreditamos que ao vivenciar essa experiência, possamos encontrar respostas que nos permitam avaliar as ações de saúde realizadas pela equipe, pontuar os pontos positivos e negativos e, conseqüentemente, realizar uma análise crítica desse contexto, o que poderá resultar em melhoria das ações e da assistência oferecidas às usuárias.

OBJETIVO GERAL

- Sistematizar o conhecimento sobre a prevenção de câncer de colo uterino no contexto da Estratégia de Saúde da Família, com enfoque para a promoção e prevenção do câncer de colo uterino.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a estratégia de saúde da família enfocando a mudança do paradigma sanitário para a promoção da saúde e prevenção de doenças.
2. Caracterizar o processo de trabalho em saúde.
3. Descrever o câncer de colo uterino quanto à etiologia, prevenção, transmissão por meio do HPV e tratamento, apontando as possíveis conseqüências na vida das mulheres.
4. Identificar as principais atribuições dos profissionais da equipe de estratégia de saúde da família no controle do câncer de colo de útero.
5. Descrever a atuação da estratégia de saúde da família Francisco Santirocchi na prevenção do câncer de colo uterino.
6. Descrever as terapias alternativas para a prevenção do câncer de colo de útero.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo sobre revisão bibliográfica, que utilizou de dados da Bireme (www.bireme.br) e a biblioteca virtual em saúde (www.regional.bvsalud.org). Foram consultadas apenas fontes bibliográficas de língua portuguesa, compreendidas no período entre 1998 a 2009.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves para seleção do material bibliográfico: saúde da família, câncer uterino, saúde da mulher, neoplasias uterinas.

O local escolhido para o estudo foi a ESF do PSF III – Francisco Santirocchi e sua respectiva área de abrangência, localizada no bairro Camposaltinho na cidade de Campos Altos/MG, a qual compreende 1.239 famílias cadastradas no total de 4.956 usuários.

De posse do material, primeiramente realizou-se a organização do mesmo conforme os assuntos abordados e procedeu-se a leitura exploratória com a finalidade de destacar e analisar as informações principais e mais relevantes, conforme os objetivos deste trabalho por meio de fichamento.

Para atender aos objetivos 1, 2, 3, 4 e 6 procedeu-se a leitura dos artigos científicos, o fichamento, organizaram-se os dados em categorias de análise.

Para atender o objetivo número 5 coletou-se dados do SIAB e registros de coleta de Papanicolau relativos à área de abrangência da ESF Francisco Santirocchi, situada em Campos Altos/MG e os dados do Diagnóstico Situacional da equipe. Utilizou-se o período do ano de 2009.

Após a análise das informações obtidas no material bibliográfico e dos dados da própria Unidade, foi possível a organização dos mesmos em tópicos, os quais foram apresentados e discutidos no corpo do desenvolvimento do presente trabalho.

DESENVOLVIMENTO

1. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica - saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira (SANTANA e CARMAGNAMI, 2001).

Diante deste modelo o governo estruturou o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e após realizou a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrendo um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (SANTANA e CARMAGNAMI, 2001). Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, foi definido o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA e DALPOZ, 1998).

Após a implantação do SUS, o governo decidiu em janeiro de 1994 efetivar as primeiras equipes do PSF, enfatizando as ações dos agentes comunitários de saúde (SANTANA e CARMAGNAMI, 2001). Para o Ministério da Saúde (2001), o programa incorpora e reafirma os princípios do SUS com uma Unidade de Saúde da Família que contém a seguinte estruturação:

- ✓ Caráter substitutivo: o PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

- ✓ Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- ✓ Territorialização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- ✓ Equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

O programa, também considerado como estratégia, deslocou as possibilidades da mudança do modelo tecnoassistencial com enfoque sistêmico para uma mudança focalizada em parte do sistema que é a rede de atenção básica. Caracterizou um novo ator na saúde, o agente comunitário, reorientou a enfermagem em seu antigo campo de atuação e nomeou competências para os médicos (ALVARENGA, 2005).

Logo, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2009 A).

A ESF desenvolve práticas pautadas nos princípios do SUS, que são o diferencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como a humanização do atendimento

através do acolhimento, orientações comunitárias e atuação em equipe. O acolhimento é um recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas em seus meios e finalidades. Também podemos destacar que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento (COSTA et al., 2008). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (AYRES, 2004).

Logo, é possível que a criação de vínculo possa fortalecer a confiança entre equipe e usuárias, o que poderia facilitar maior aproximação de ambas as partes para juntos construírem novas formas de assistir, de cuidar, em que a conversa e a escuta sejam também instrumentos presentes no processo de trabalho dos profissionais para transformar e qualificar as práticas (OLIVEIRA, PINTO e COIMBRA, 2007).

Dentre as práticas da ESF, verifica-se a inserção da população nos princípios que fundamentam a estratégia, ressaltando a participação e a co-responsabilização dos mesmos na sua saúde.

A ESF possui papel primordial e essencial para a atuação direta nos usuários, para que os mesmos possam se inserir na prática do auto-cuidado diário, promovendo ações de prevenção do câncer de colo de útero. E estas usuárias valorizam a prevenção como um recurso importante para a manutenção da saúde, quando buscam o Programa de Controle de Câncer de Útero (PCCU) para orientação dos profissionais ou realização da coleta de Papanicolaou, o que pode ser entendido como um cuidado com a auto preservação, seja ela motivada pelo medo da instalação do câncer de colo uterino, ou mesmo motivada pelos profissionais da ESF ao autocuidado (OLIVEIRA, PINTO e COIMBRA, 2007).

Todavia, a ESF motivada pelos princípios da APS e desenvolvida, por profissionais comprometidos com a transformação do modelo técnico- assistencial e com a qualificação das práticas pode oferecer espaços favoráveis ao fortalecimento do autocuidado, bem como promover facilidades de acesso para as mulheres procurarem os serviços de saúde sempre que necessário, ocasionando desta forma uma melhor atenção em saúde.

2. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Nas últimas décadas, a saúde vem se constituindo como um campo de construção de práticas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o formato da ação médica tornou-se hegemônico. Porém, notamos que, mesmo dentro desse modo peculiar de agir tecnicamente na produção do cuidado, no decorrer de todos estes anos, há uma grande multiplicidade de modelos de ação (RODRIGUES e ARAÚJO, 2009).

Estes modelos de ação podem ser chamados também de processo de trabalho. Pode-se dizer que o trabalho em geral é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio de meios de produção, sobre algum objeto para que o transformando, obtenem um determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (FARIA et al., 2008).

Diante desta definição de trabalho, podemos observar cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, revelando insatisfação e insegurança nos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde realizam as ações de saúde, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico hegemônica em seu processo de trabalho (RODRIGUES e ARAÚJO, 2009).

Nas ações de práticas conflituosas, a ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde (RODRIGUES e ARAUJO, 2009). Deste modo, devemos aprofundar o nosso olhar sobre o processo de trabalho em saúde identificando os principais desafios necessários para a construção de uma estratégia de Saúde da Família operante. Faria et al. (2008) ressalta que para realizar um processo de trabalho em saúde, os seus objetivos devem ser atingidos e previamente definidos.

Segundo Nogueira (2000) o trabalho é o fundamento da vida social e assume características determinadas em cada momento histórico dado. Portanto, todos os momentos do trabalho, a finalidade, o objeto e os meios do trabalho são categorias sociais.

Na ESF, o trabalho não seria diferente, pois a prática das ações de saúde no processo de trabalho não são apenas uma ação simplificada, mas sim uma forma integral e resolutiva da

assistência, que exige dos profissionais uma atuação humanizada, diversificada e às vezes até complexa (RODRIGUES e ARAÚJO, 2009).

Somando esta integralidade no sentido do conjunto dos serviços, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das equipes da ESF. Na realidade o que se espera é o trabalho de maneira trans-disciplinar. Entretanto, o que vem prevalecendo no interior da maioria das equipes é o multidisciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínio e o *status quo* de cada corporação profissional que compõem as equipes da ESF (ABRAHÃO, 2007).

Para a realização de um processo de trabalho efetivo, onde a equipe trabalhe conjuntamente, é necessário levar em consideração os recursos disponíveis, pois muitas vezes possuímos uma escassez ou uma utilização ineficiente deles. Embora a falta de recursos não deva ser remetida à equipe, devido a mesma não possuir governabilidade para resolver tal questão. Em relação à utilização eficiente dos recursos, a equipe tem alguma governabilidade dependendo de seu processo de trabalho (FARIA et al., 2008).

Diante as várias situações em que constatamos a má utilização dos recursos, Faria et al. (2008) destaca:

- Quando não observamos em uma comunidade os seus problemas como falta de saneamento, desnutrição, baixa escolaridade, violência dentre outros, deixamos de identificar as potencialidades ou os recursos que esta comunidade tem, representados por sua organização, suas redes de ajuda e a sua cultura. O que leva-nos a desperdiçar recursos fundamentais para o enfrentamento dos problemas que ocorrem na ESF.
- O mau planejamento de uma ação pode levar a um descrédito da equipe e compromete o alcance de metas.
- A falta de protocolos pode diminuir a eficiência e/ou eficácia de uma intervenção.
- O trabalho fragmentado da equipe pode levar a um gasto desnecessário de energia e de recursos.
- O diagnóstico incompleto ou equivocado de uma situação ou problema pela não utilização ou pela falta de informações pode induzir a uma ação inadequada.

Todos estes requisitos são fundamentais para a efetivação de um processo de trabalho, mas para um resultado final satisfatório, o mesmo, depende de muitos trabalhos de apoio,

como o acolhimento dos usuários, visita domiciliar, grupos operativos dentre outros que se somam alcançando o objetivo comum.

Deste modo:

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1999, p7).

Sendo assim, a equipe de ESF no desenvolvimento do seu trabalho e na tentativa do cumprimento dos objetivos e das metas, deve ter consciência da existência de conflitos sejam internos ou externos à equipe, que devem ser constatados e superados para que o trabalho realizado por ela promova um processo de trabalho de maneira que o processo do cuidado seja humanizado, garanta acesso, resolutividade, participação social e qualidade de assistência aos usuários. Para que desta forma, a equipe consiga atuar eficientemente na sua área adscrita proporcionando a sua população cadastrada uma melhor assistência de saúde.

3. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer tem origens e causas ainda não muito esclarecidas, as neoplasias surgem devido a mutações genéticas, espontâneas ou induzidas por agentes patogênicos, como metais, radiações, radicais livres do oxigênio, inflamações crônicas e xenobióticos (cigarro, álcool, pesticidas, etc.), dentre outros, que promovem desordens no ciclo celular, ocorrendo excesso nas taxas de proliferação e deficiência nas taxas de morte celular, culminando com a formação de agrupamentos de clones de células neoplásicas, que são os tumores (FERRARI e TORRES, 2002).

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) /OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam aproximadamente 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. A IARC/OMS estimou que, em 2008, metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorrerão nessas localidades (INCA, 2009).

O carcinoma de colo uterino é uma das neoplasias mais comuns em mulheres em todo o mundo. No Brasil, esta neoplasia é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos de idade (INCA, 2002a).

De acordo com dados sobre a incidência e a mortalidade por câncer, divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), a taxa de mortalidade por essa neoplasia no país tem apresentado um contínuo e sustentado aumento desde 1979, passando de 3,44 casos/100.000 mulheres nesse ano, para 5,03/100.000 em 2002, o que representa um aumento de 30% em 23 anos. Para 2005, a estimativa de incidência para este câncer foi de 20.690 novos casos, com um risco estimado de 22 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; INCA, 2004). E para o ano de 2010, estima-se que a incidência será de 18.430 novos casos no Brasil, destes 1330 no estado de Minas Gerais (BRASIL, 2009B).

Existem vários fatores que se relacionam à patogênese do câncer cervical, todos eles encontrados com maior frequência na população pobre, desinformada e desassistida. São

descritos como fatores predisponentes: baixo nível socioeconômico; uso de contraceptivo oral; idade precoce ao início da atividade sexual; multiparidade; múltiplos parceiros; um parceiro com múltiplas parceiras anteriores; doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Herpes tipo 2; falta de vitamina A e C; tabagismo; história familiar; infecções genitais associadas; ausência de circuncisão no parceiro sexual masculino; poucos hábitos de higiene (FLORIANO, ARAÚJO e RIBEIRO, 2007).

A partir de estudos epidemiológicos, pode-se verificar que dentre estes, o maior fator de risco para o desenvolvimento de carcinomas do colo pré-invasivos e invasivos é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), com o agente sendo identificado em até 99,7% dos espécimes de câncer cervical (MUNOZ, 2000).

Os Papilomas Vírus Humanos fazem parte de um grupo de vírus, DNA vírus, e a infecção por ele, apresenta uma prevalência de aproximadamente 20 a 40% entre as mulheres jovens, estando a carcinogênese associada ao tipo viral, ou seja, alto risco oncogênico, à sua persistência e integração no genoma da célula hospedeira, bem como à carga viral (SANTOS et al., 2003). Apenas certos tipos de HPV estão associados com câncer cervical, sendo que quatro tipos (16, 18, 31 e 45) respondem por 80% de todos os casos no Brasil.

De acordo com esta prevalência, podemos destacar que o câncer cervical de células escamosas é ocasionado em 50% a 60% dos casos pelo HPV 16, em 10% a 12% dos casos pelo HPV 18 e somente em 4% a 5% dos casos pelo HPV 31 e HPV 45 (MORTOZA, 2006). Para o adenocarcinoma esta prevalência se assemelha, sendo que em 45% dos casos de adenocarcinoma são ocasionados pelo HPV 16, em 40% dos casos pelo HPV 18 e apenas 4% dos casos pelo HPV 45 e HPV 59 (MORTOZA, 2006).

Há estimativas de que aproximadamente 50% dos homens e mulheres com vida sexual ativa adquirem infecção genital por HPV em algum momento de suas vidas. Sendo que a prevalência de contágio pelo HPV em homens não é de fácil mensuração devido à fase assintomática que ocorre neste sexo (MORTOZA, 2006; FLORIANO, ARAÚJO e RIBEIRO, 2007).

Para que uma infecção por HPV possa se tornar uma lesão cancerosa, existem alguns estágios, que dependendo do tipo viral, as células uterinas precisam passar. Como por exemplo, a lesão precursora do câncer cervical é a displasia ou carcinoma *in situ* que pode se transformar em tumor invasivo. De maneira geral, esse processo é muito lento. Estudos

demonstraram que, em pacientes com carcinoma *in situ* não tratados, de 30 a 70% vão desenvolver câncer invasivo em um período de 10 a 12 anos. No entanto, em aproximadamente 10% dos casos, a evolução pode se restringir a um ano. O prognóstico depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico (THULER e MENDONÇA, 2005).

Para os cânceres de colo uterino desenvolvido a partir do HPV, a via sexual é a forma de contágio mais comum, onde a carga viral é mais alta e mais contagiosa do que da forma subclínica (MORTOZA, 2006; FLORIANO, ARAÚJO e RIBEIRO, 2007). O HPV também pode ser transmitido por fômites, ou seja, contato indireto como roupas íntimas, toalhas, instrumentais ginecológicos, embora ainda não se saiba por quanto tempo o vírus pode resistir fora do organismo, mas acredita-se que esta forma de transmissão seja por um curto período de tempo, sendo assim mulheres e crianças que não possuem vida sexual comprovada poderão também vir a desenvolver a infecção (MORTOZA, 2006).

Depois do contágio pelo HPV, os principais fatores de risco associados ao câncer de colo uterino são: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, baixa condição socioeconômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais e higiene íntima inadequada (BRASIL, 2006B).

Devido à relação sexual ser a principal forma de transmissão, e pelo fato dos homens em sua maioria serem portadores assintomáticos, é essencial o uso de preservativos durante as relações sexuais, para que o contágio pelo HPV não ocorra, além do incentivo as mulheres de hábitos de vida saudáveis, como forma de prevenção da doença (BRASIL, 2006B).

O exame de Papanicolaou seria outra forma de prevenção e detecção precoce da doença, que há longo tempo já está disponível para rastreamento da doença e é capaz de detectá-la em fase pré-maligna ou incipiente de maneira efetiva. A coleta pode ser feita pelo médico generalista, médico ginecologista e enfermeiro capacitado, e contém o esfregaço de células cervicais e endocervicais recolhidas durante o exame com a técnica apropriada.

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantidos praticamente inalteradas ao longo dos anos. Dentre as causas da permanência das taxas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com:

1. A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde e seu baixo grau de discernimento em relação à doença;
2. A baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte;
3. A baixa capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidades de saúde;
4. A dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção - atenção básica, média complexidade e alta complexidade. E de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2006B).

Com a ESF, a prevenção do câncer de colo uterino se tornou uma das prioridades, ocasionando uma grande redução da incidência e da mortalidade de mulheres que realizam periodicamente o exame (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; INCA, 2004).

Um importante aspecto, que deve ser atentado pela ESF, seria a não realização do exame de Papanicolaou pelas mulheres. Esta falta de adesão ao mesmo pode ser ocasionada por diversos motivos como o desconhecimento do câncer de colo de útero, da técnica de coleta e da importância do exame, o sentimento de medo do exame, e principalmente o medo do resultado positivo para câncer (FERREIRA, 2009).

A situação vivenciada em Campos Altos/MG não se difere do restante do país, atualmente tem-se no município, 4.523 mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos, destas apenas 628 realizaram o exame Papanicolaou no último ano, o que totaliza um percentual de 13,9% de coleta, representando apenas 63,4% da meta do Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino (SISCOLO). Tal meta é calculada a partir dos números de mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos de idade residentes no município e que realizam o exame de coleta de Papanicolaou uma vez ao ano (SESMG, 2009). Na área de abrangência da equipe do PSF III – Francisco Santirocchi, não foi evidenciado outra realidade, o total de mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos foi de 1263 em 2009. Sendo que mensalmente apenas 17,9% realizaram a coleta de Papanicolaou entre as mesmas, e a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas foi de 17,05% para câncer de colo uterino entre as que realizam o exame. Destas apenas 0,39% realizam tratamento, as demais desistem por dificuldade do mesmo, como acesso ao serviço e demora no agendamento das consultas, ou por decisão própria.

De todos estes motivos, o momento em que a mulher se depara com o diagnóstico de câncer, seria o mais complexo e o que repercute várias e diferentes dimensões na vida da pessoa, tanto a nível físico quanto sociocultural e psíquico. O efeito da doença na mulher é altamente significativo, já que sua constituição feminina fica comprometida após o diagnóstico (VIEIRA e QUEIROZ, 2006).

A fase de recebimento do diagnóstico promove, em primeiro lugar, uma experiência de desestruturação psíquica, com freqüentes reavaliações sobre relacionamentos interpessoais e atividades anteriormente desempenhadas. As mulheres construíram uma história da doença que adquiriu um significado maior perante a própria história de vida. Nesse sentido, aspectos relacionados à evolução da patologia, procedimentos e tratamentos adequados, tornando esses assuntos primordiais em relação àqueles que anteriormente faziam referência ao seu cotidiano (VIEIRA e QUEIROZ, 2006).

A vivência do câncer traz para estas mulheres, uma sensação de vazio e sentimento constante de solidão, que se intensificam com a internação. Para amenizar este sofrimento a mulher busca alguns recursos como a religião, que atua positivamente nesse sentido, sendo um apelo externo quando a paciente sente que seus recursos internos são escassos (VIEIRA e QUEIROZ, 2006).

Portanto, o câncer de colo de útero no momento se tornou um problema de saúde pública, devido a sua magnitude (elevada morbi-mortalidade) e complexidade sócio-cultural, com isso as equipes da estratégia de saúde da família devem estar preparadas para lidar com esta doença, orientando as usuárias, a família e a comunidade sobre os seus fatores de risco e as formas de prevenção. Por isso, a importância de uma equipe de ESF capacitada e empenhada em realizar um trabalho focado nos parâmetros e objetivos pré-estabelecidos no Programa Viva Mulher é fundamental para a redução da doença e danos por ela causados.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESF NO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO

A prevenção de enfermidades consiste no desenvolvimento de estratégias que reduzam os fatores de risco específicos, ou reforcem fatores de cunho pessoal que diminuam a sua suscetibilidade à enfermidade. Entretanto, o conceito de prevenção vai além, podendo utilizar estratégias que reduzam as conseqüências da doença uma vez já estabelecida (OLIVEIRA, PINTO e COIMBRA, 2007).

Para que o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção cause impacto sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro (BRASIL, 2006B).

Diante desta prática interdisciplinar, os profissionais da equipe de Saúde da Família vêm demonstrar as suas principais atribuições frente à prevenção do câncer de colo uterino para que ações mais eficientes sejam realizadas e contribuam diretamente na redução desta patologia. Segundo o Ministério da Saúde, cabe aos profissionais as atribuições a seguir (BRASIL, 2006B):

4.1 - ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

- a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero;
- b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero, de acordo com o Ministério da Saúde: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, SISCOLO e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero;

e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade.

f) Acolher as usuárias de forma humanizada;

g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;

h) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;

i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);

j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;

k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;

l) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas;

4.2 - ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

a) Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua microárea;

b) Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de colo de útero na população feminina de sua microárea;

c) Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua microárea para detecção precoce dos cânceres do colo do útero;

d) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;

e) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero, de acordo com o planejamento da equipe;

f) Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico.

4.3 - ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar consulta, coleta de Papanicolau e exame clínico;
- c) Avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico;
- d) Emitir prescrição do tratamento medicamentoso, quando necessário;
- e) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- f) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- g) Encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referências de média e alta complexidade respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária;
- h) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

4.4 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- c) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem;
- e) Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas pelo Ministério da Saúde;
- f) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

4.5 - ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- a) Realizar atenção integral às mulheres;
- b) Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- c) Manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero.

Logo, o trabalho em equipe e a co-responsabilidade pela saúde das usuárias são essenciais para que o planejamento das ações de prevenção e promoção contemplem a participação de todos os membros da equipe. Para que dessa forma, ocorra a potencialização do fortalecimento do auto-cuidado às usuárias e a prevenção do câncer de colo de útero se torne eficaz e primordial no processo de trabalho da estratégia de saúde da família.

5 - ATUAÇÕES DA ESF FRANCISCO SANTIROCCHI NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Tendo em vista que o homem é um ser biopsicossocial, as diversas formas de compreendê-lo vislumbradas ao longo dos séculos não podem ser desconsideradas. Ao abordar questões que lidam com o feminino, por muitas vezes a história da mulher na sociedade é pouco lembrada. O conhecimento e a compreensão da história da sexualidade feminina, por exemplo, podem auxiliar na busca de várias respostas às questões atuais que envolvem práticas e medos ainda verificados na mulher, principalmente quando estão relacionadas ao seu corpo. Assim, é relevante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que, como sugere Heilborn (2003), a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos de historicidade.

Pensando na possibilidade de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino, é preciso considerar que as influências histórico-culturais podem refletir-se na maneira de como as mulheres enfrentarem o exame preventivo. Para isso, é importante que sejam investigados os sentimentos, as vivências e as expectativas das mulheres em relação ao método utilizado. Apesar de estes motivos já terem sido identificados pelo INCA como barreiras para uma melhor adesão da mulher ao exame preventivo, pesquisas que verificam relatos e experiências das próprias mulheres quanto à realização deste exame, bem como o significado que estas apresentam ao se submeterem ao procedimento, ainda são escassas (INCA, 2002b).

Ferreira e Oliveira (2006) expõem a relevância de investigações que apontem os motivos da não realização do exame preventivo, a fim de que possa haver maior adesão e cobertura desse procedimento. Pois, se as vivências das mulheres forem conhecidas, os significados por elas atribuídos podem servir como embasamento para planejar e adequar às orientações de prevenção.

De acordo com Ferreira (2009), os motivos que levam não realização do exame de Papanicolaou são inúmeros, mas podem-se mencionar os seguintes:

- Desconhecimento do câncer de colo uterino, da técnica e da importância do exame preventivo;
- Sentimento de medo na realização do exame;

- Medo de se deparar com um resultado positivo para o câncer;
- Sentimentos de vergonha e constrangimento;
- Necessidade de modelo de comportamentos adequados a prevenção de saúde;
- Dificuldade para realização do exame;

Diante disto, percebe-se a importância do vínculo estabelecido entre os profissionais da ESF e as usuárias, para que as relações de confiança se estabeleçam, e as mesmas possam se sentir a vontade tanto durante a coleta do exame quanto nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, que muitas vezes tentam resolver ou até resolvem seus maiores problemas com orientações apropriadas. Para isto, a equipe de saúde da família do PSF Francisco Santirocchi, na cidade de Campos Altos/MG, utiliza-se de ferramentas para reestruturar o serviço de saúde de sua unidade, a fim de obter mudanças comportamentais e intervenções necessárias na prevenção do câncer de colo uterino.

Dentre as formas de reestruturação, podemos mencionar o fichário rotativo, que conta com a busca ativa das usuárias faltosas, o diagnóstico precoce e monitoramento das consultas ginecológicas municipais e intermunicipais, as quais se intercalam e se somam para atingir um objetivo em comum: a prevenção do câncer de colo de útero. Para a equipe do PSF III – Francisco Santirocchi, esta detecção precoce se baseia na busca ativa das mulheres na faixa etária entre 25-59 anos e que não tem realizado periodicamente o exame de prevenção. Para essas usuárias a equipe conta com um fichário rotativo, onde cada agente comunitário de saúde insere as suas mulheres cadastradas na faixa etária designada. Após inserção, as mulheres são lançadas nos meses correspondentes a coleta do Papanicolau do ano anterior, e ao final de cada mês do novo ano o agente comunitário verifica se existe alguma mulher faltosa em sua área de abrangência, realizando a busca ativa da mesma.

Na coleta, a enfermeira verifica a necessidade de encaminhamento para a especialidade de Ginecologia, que realiza o diagnóstico precoce da lesão. Quando ocorre confirmação do mesmo a equipe acompanha o tratamento da mulher, monitorando as suas consultas, mesmo que sejam fora do município.

Diante disso elucidaremos o fichário rotativo, referindo as demais formas.

5.1 - FICHÁRIO ROTATIVO

Elaborado em moldes cubanos, editado pela própria equipe (Anexo A), o fichário rotativo é uma articulação da ESF e da Secretaria Estadual de Saúde para o controle do câncer de colo uterino, através do Programa Viva Mulher. Com a finalidade de controlar o comparecimento das mulheres à coleta de Papanicolaou, facilitando a busca ativa das faltosas e auxiliando na vigilância das lesões precursoras e estágios iniciais do câncer de colo uterino (INCA, 2002b).

Para confecção do mesmo, utiliza-se uma caixa de sapato para usar como arquivo com divisórias para os 12 meses do ano e no final, mais três divisórias: para as mulheres que nunca realizaram o exame, as que estão com a coleta atrasada e as que estão aguardando o resultado. Para cada mulher cadastrada na área adscrita, o agente comunitário de saúde irá inserir um cartão individual (Anexo A) que ficam arquivados de acordo com o mês em que cada uma delas realizou a última coleta de Papanicolaou.

Na prática, à medida que a mulher for realizar a coleta, o agente comunitário de saúde separa o seu cartão, que será conferido pela enfermeira no momento da coleta e completado pela sua anamnese. As coletas são todas registradas em caderno próprio, com espaço para o resultado, nome da paciente, número da lâmina e data da coleta. Ao chegar, o resultado é verificado pela enfermeira, a fim de detectar casos que necessitem de um atendimento mais rápido e/ou encaminhamento para a especialidade de ginecologia. Todos os resultados são transcritos no caderno e também no cartão individual, sendo agendado o retorno da mulher no mesmo, segundo a periodicidade estabelecida pelo Ministério da Saúde; após, o cartão é arquivado no mês da próxima coleta para posterior convocação.

As coletas de Papanicolaou são agendadas pelo agente comunitário de saúde, ou pela própria usuária de acordo com a disponibilidade da agenda de coleta da enfermeira, sendo neste momento entregue a mulher um cartão com as instruções para a coleta, além da data e do horário da mesma (Anexo B).

As atividades propostas pelo fichário rotativo são desenvolvidas pela equipe de saúde da família do PSF Francisco Santirocchi em plena harmonia, e ao longo dos anos de implantação do programa conseguiu melhorar os índices de coleta da área cadastrada. No ano de 2005, ano de inauguração da Unidade do PSF III – Francisco Santirocchi, não existia coleta de Papanicolaou por nenhum profissional na área. Após a contratação da equipe, buscou-se iniciar a coleta mesmo sem recursos materiais adequados, como maca ginecológica

e espelhos. Em outra Unidade de Saúde a enfermeira realizava a coleta das mulheres cadastradas na área de sua responsabilidade, e as mesmas precisavam se deslocar do bairro de sua residência devido à deficiência de materiais de uso na coleta. Com isto podemos demonstrar e analisar os seguintes índices de coleta anuais:

Com o Quadro 1, podemos verificar que apesar do aumento na coleta de Papanicolaou nos últimos cinco anos, o percentual da cobertura anual em 2009 encontra-se nos 36,5%, ou seja, das 1263 mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos, apenas 460 realizaram o exame, índice este baixo em relação aos parâmetros estabelecidos pelo Programa Viva Mulher e pelo Ministério da Saúde. Os quais preconizam a meta anual em 2009 na faixa etária entre 25 e 59 anos de 684 exames coletados (SESMG, 2009).

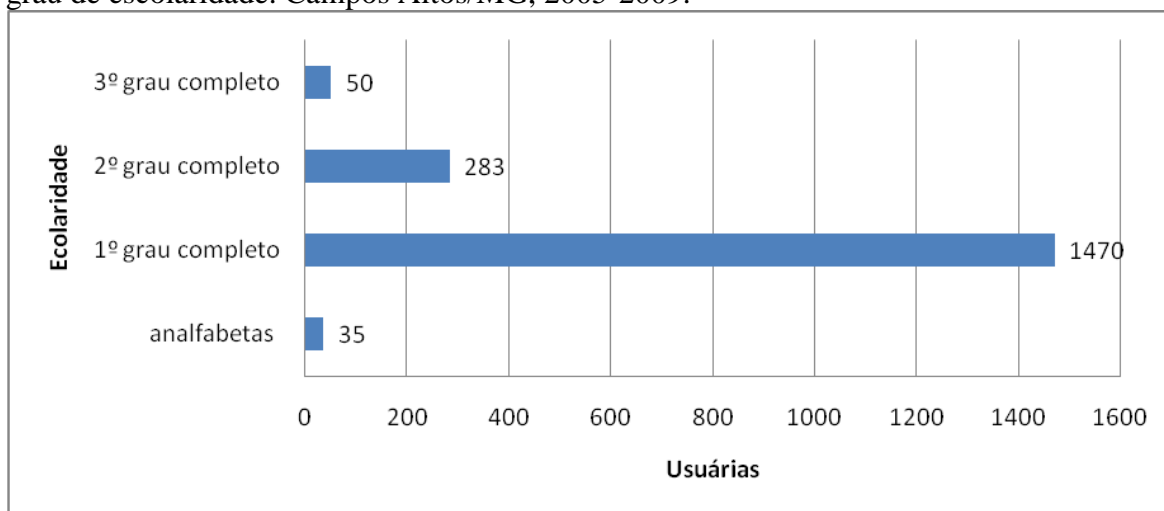
Quadro 1: Frequência de coletas de Papanicolaou e população alvo segundo ano de atuação do PSF III – Francisco Santirocchi. Campos Altos /MG, 2005-2009.

Ano da coleta	Número de coletas realizadas	População de 25-59 anos do PSF Francisco Santirocchi
2005	39	1023
2006	439	1048
2007	450	1113
2008	450	1187
2009	460	1263
Total	1838	5634

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009.

Pode-se notar na Figura 1, que a maioria, ou seja, 1470 usuárias (80%) que realizam o exame de Papanicolaou possuem o 1º grau completo, pequena parte, 1,9% são analfabetas e que 2,7% possuem nível superior completo.

Figura 1: Distribuição da frequência de usuárias que realizaram a coleta de Papanicolaou por grau de escolaridade. Campos Altos/MG, 2005-2009.

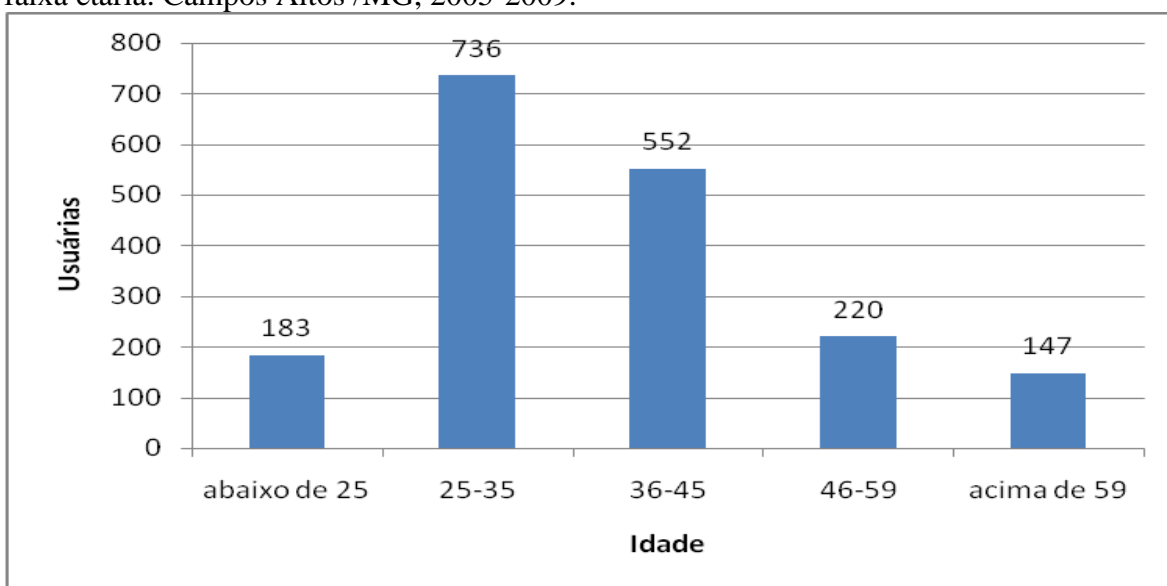


Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009.

O grau de escolaridade pode influenciar na percepção e compreensão do câncer de colo de útero e da importância da coleta de Papanicolaou. O grande número de coletas foi realizado em mulheres que possuem ensino fundamental completo. Contudo, a área de abrangência é composta em sua maioria da população feminina com este grau de escolaridade. Apesar de o número de usuárias que realizam o exame com ensino superior completo ser baixo, isto pode ser atribuído ao fato destas mulheres terem melhores condições socioeconômicas e não realizarem o exame de Papanicolaou na rede pública.

Na Figura 2, verifica-se que os maiores números de usuárias que realizam o exame de Papanicolaou estão na faixa etária entre 25 e 35 anos, seguido dos 36 a 45 anos, 736 (40%), 552 (30%) respectivamente, podendo evidenciar que as coletas estão sendo realizadas preferencialmente nas mulheres com a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, em mulheres sexualmente ativas.

Figura 2: Distribuição de frequência das usuárias que realizaram a coleta de Papanicolaou por faixa etária. Campos Altos /MG, 2005-2009.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2009.

Após a análise dos dados, é necessário fazer, algumas ressalvas para explicar o que é chamado de comportamento preventivo em saúde. No ato de se prevenir, tem-se como pressuposto que tal comportamento é dependente de um conjunto de crenças dos indivíduos, limitado à esfera psicossocial e, portanto, negligenciam-se outros fatores responsáveis pelo comportamento em saúde, como a própria posição sociocultural, política e econômica das mulheres e a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde que oferecem o serviço preventivo (PINHO e FRANÇA JUNIOR, 2003). A ausência de tais considerações na prevenção pode explicar, em parte, a variabilidade e o baixo índice na realização do teste de Papanicolaou ocorrido nestes anos.

Logo, há a necessidade de que a organização e o planejamento da prevenção não aconteçam isoladamente, nem ignorem a individualidade e a dignidade dos sujeitos, mas, sim que sejam vinculados ao contexto social destes (PAULA e MADEIRA, 2003; PELLOSO,

CARVALHO e HIGARASHI, 2004; CRUZ e LOUREIRO, 2008). Além de um planejamento conjunto entre gestão municipal e profissionais de saúde para que possíveis falhas não ocorram no decorrer da realização do processo de trabalho.

Muitas limitações acontecem no processo de trabalho da ESF Francisco Santirocchi devido a falhas no planejamento por parte da gestão municipal, ocasionando a falta de materiais de uso permanente da equipe indispensáveis na coleta do Papanicolaou, como fixador celular, espátula de Ayres, solução de lugol e até luvas de procedimento, fato este ocorrido entre os meses de fevereiro a junho do ano de 2009 e que ocasionou uma redução significativa no número de coletas do ano. A falta de recursos materiais pode prejudicar o trabalho de busca ativa e acompanhamento das mulheres da área de abrangência, realizado pela equipe, pois as usuárias agendadas em consultas ou retornos ao perceberem a falta de material, podem não mais voltar ao serviço pelo descrédito gerado pelo planejamento deficiente. Com isso, a equipe perde a credibilidade e o vínculo com a clientela de sua área adscrita, prejudicando as ações de prevenção e promoção da saúde.

A sede da ESF também possui algumas irregularidades na área física, que limita a coleta de Papanicolaou, como o número insuficiente de consultórios. A Unidade conta apenas com dois consultórios, e como ocorrem outros atendimentos médicos no local, fica livre para a coleta apenas um período do dia, abreviando a quantidade de coleta semanal.

Enfim, são muitos os fatores dificultadores da coleta de Papanicolaou, mas há atuação da ESF em busca de um aperfeiçoamento do seu trabalho, reestruturando o mesmo, com o intuito de aumentar o vínculo equipe-usuário, a fim de permitir uma abordagem preventiva com mecanismos eficazes e profissionais capazes de alcançar as metas almejadas. Contudo, faz-se necessário melhorar a articulação entre a equipe de saúde da família e a gestão municipal no planejamento das ações em saúde, com o intuito de fortalecer a estratégia e consolidar os princípios do SUS. Pois não basta a vontade e esforços da equipe sem uma contra partida mútua de infra- estrutura física e organizacional proporcionada pela Secretaria Municipal de Saúde.

6. TERAPIAS ALTERNATIVAS

Atualmente, diversos estudos têm demonstrado vários métodos alternativos que são capazes de diminuir os riscos de diversos tipos de cânceres. Dentre estes métodos podemos apresentar alguns tipos de alimentos, terapia de reposição hormonal e a vacina contra Papiloma Vírus Humano (FERRARI e TORRES, 2002).

Além dos métodos citados, existe um crescente interesse pela busca da possibilidade de os exercícios físicos aumentarem a saúde e qualidade de vida, e também aumentar a expectativa de vida dos portadores de câncer. Segundo Battaglini et al. (2004) a atividade física produz alterações metabólicas e morfológicas crônicas que podem torná-la uma opção importante no tratamento e no processo de recuperação envolvendo pacientes com câncer. Porém, poucas pesquisas existem atualmente envolvendo a utilização de atividades físicas na reabilitação de pacientes portadores de câncer.

Com isso, podemos elucidar sucintamente alguns dos métodos anteriormente mencionados.

6.1 - ALIMENTOS ANTICARCINOGENÉTICOS

O principal grupo de agentes inibidores da carcinogênese é representado por antioxidantes, ou seja, bloqueadores de radicais livres. Além destes, também temos os indutores da morte celular programada (apoptose), os inibidores das enzimas do citocromo P450 (responsável pelo metabolismo de drogas, cuja ativação leva à formação de radicais livres carcinogênicos), outros inibidores enzimáticos, inibidores da angiogênese (neoformação de vasos sanguíneos, necessária para a disseminação dos tumores através das metástases), antagonistas de fatores de crescimento, hormônios e agentes reparadores de lesões ao DNA (FERRARI E TORRES, 2002).

Os alimentos que apresentam tais componentes podem ser representados pelos que possuem: minerais como o brócolis, frutas cítricas, frutas e vegetais vermelhos ou roxos como caqui e tomate, frutas alaranjadas e amareladas, café, soja e derivados, chás orientais (verde e preto), peixes, laticínios e outros. Estes são capazes de diminuir consideravelmente os riscos

do câncer, desde que respeitadas às frequências e quantidades certas (FERRARI e TORRES, 2002).

Porém, a grande maioria das usuárias, adstritas na área de abrangência da ESF PSF III Francisco Santirocchi, possuem condições socioeconômicas desfavoráveis ao consumo diário destes alimentos, dificultando assim o seu acesso aos mesmos com frequência e regularidade necessárias para prevenir o câncer.

Por isso a importância da equipe de ESF na orientação as usuárias, quanto às medidas de promoção de saúde, como a ingestão de alimentos adequados e a mudança de hábitos de vida, quando possível ao estilo de vida das mesmas. Pois a ingestão de determinados alimentos aumentam a chance da ocorrência do câncer, mas podemos ressaltar que compostos ingeridos isoladamente não levam a diminuição dos riscos do câncer, mas sim uma dieta rica em diversos componentes com substâncias anticarcinogênicas.

6.2 - TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Existem vários questionamentos quanto ao uso da terapia de reposição hormonal como fator de redução dos fatores de risco para o câncer de colo de útero. Algumas pesquisas salientam que o uso de hormônios pode aumentar estes riscos, mas estudos comprovam que o uso de hormônios combinados pode reduzir satisfatoriamente estes riscos (HEGG et al., 2009).

A associação adequada de estrogênio e progestogênio controlam a elevação no risco de câncer de útero. Diferentes progestagênios apresentam ação adequada na supressão endometrial. Com o emprego da terapia combinada contínua se observou risco de câncer de endométrio baixo, comparativamente a não usuárias (HEGG et al., 2009). Mas cabe ressaltar, que o uso destes hormônios devem ser indicado por médicos especializados na área e que já conhecem os principais efeitos dos mesmos, logo que o uso inadequado de tais hormônios possa, ao invés de reduzir, aumentar os riscos para o câncer de colo de útero.

6.3 - VACINA CONTRA PAPILOMA VÍRUS HUMANO

As estimativas mundiais indicam que aproximadamente 20% de indivíduos normais estão infectados com HPV e que a cada ano surgem em torno de 500.000 casos novos de câncer do colo do útero, dos quais aproximadamente 70% ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Também se estima que haja entre 10 a 20 vezes mais lesões precursoras desses tumores, o que implica em um contingente muito grande de indivíduos afetados (LINHARES e VILLA, 2006). O diagnóstico precoce e o controle dessas neoplasias baseia-se, há mais de 40 anos, na observação de alterações morfológicas de esfregaços cervicais estabelecido por George Papanicolaou. Em países onde a citologia oncológica foi ampliada para a maior parte da população, observou-se uma diminuição importante da incidência e mortalidade por esse tumor. Infelizmente, uma fração muito pequena, não superior a 15%, da população feminina brasileira está envolvida em um programa de prevenção do câncer do colo uterino, o que explica, em parte, as altas incidências dessa neoplasia em nosso país. No entanto, mesmo em países desenvolvidos, com ampla cobertura da população por programas de prevenção, existe uma porcentagem importante de mulheres que continuam sucumbindo à doença devido a falhas do teste de Papanicolaou (LINHARES e VILLA, 2006).

Diante deste grande panorama do câncer de colo de útero, e de suas lesões precursoras, que cientistas realizaram estudos para desenvolver a vacina contra o Papiloma Vírus Humano. Tais vacinas evitam a infecção pelo HPV e as doenças a ela associadas e as terapêuticas induzem regressão das lesões pré-cancerosas e remissão do câncer invasivo (NADAL e MANZIONE, 2006). Como são muitos os tipos de HPV precursores do câncer, a vacina foi criada apenas para os tipos mais prevalentes e os que causam as piores lesões.

A vacina bivalente, que protege contra os HPV 16 e 18, responsáveis por 70% dos cânceres de colo de útero, e a quadrivalente, contra os tipos 6, 11, 16 e 18, responsáveis por 90% das verrugas anogenitais e 70% dos casos de câncer de colo de útero, têm mostrado redução significativa da incidência de infecções persistentes pelo HPV (NADAL e MANZIONE, 2006). Os dois tipos são aplicados via intramuscular em três doses, a segunda um mês após a primeira e, a terceira, seis meses após a primeira. A vacina bivalente está recomendada apenas para o uso em mulheres de 10 a 25 anos de idade, e as reações são somente locais. A quadrivalente está recomendada para uso em mulheres de 9 a 26 anos de

idade. As reações à vacina são principalmente locais e, mais raramente, alérgicas (ELUF, 2008).

Infelizmente, a vacina contra o HPV não é gratuita, ou seja, não está disponível na rede pública dos serviços de saúde. Atualmente, é comercializada nos estabelecimentos de saúde particulares e custa em torno de R\$ 1200,00 as três doses necessárias para ativar o poder imunizante da vacina que tem duração em média de 5 anos na vacina quadrivalente (PASSOS, 2006).

Todavia, é importante ressaltar que o uso da vacina não deve substituir as práticas de sexo seguro e as medidas de prevenção, como o exame de coleta de Papanicolaou, que deve ser realizado na periodicidade recomendada e continua sendo o principal meio de prevenção do câncer de colo de útero e o uso de preservativo nas relações sexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho, cabe ressaltar algumas considerações que foram sendo elaboradas ao longo do desenvolvimento do mesmo.

A Estratégia de Saúde da Família constitui uma nova maneira de reversão do modelo de assistência centrado na doença, para focalizar as famílias cadastradas num dado território, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Diante destas ações, a ESF insere em seu contexto estratégias de prevenção e controle do câncer de colo uterino, já que, atualmente o câncer de colo de útero constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade entre as mulheres acima de 35 anos, e quando prevenido e detectado precocemente tem grande percentual de cura.

Nesse estudo, intencionou-se descrever a prevenção do câncer do colo uterino no contexto da ESF, com enfoque na ESF Francisco Santirocchi, situada em Campos Altos/MG, caracterizando a ESF como proposta para a mudança do paradigma sanitário, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, levando em consideração o câncer de colo de útero, tendo em vista, a promoção da saúde, prevenção, transmissão e conseqüências na vida das mulheres. Além de descrever as atribuições dos membros da equipe e registros de coleta de Papanicolaou na mesma, com a visualização de terapias alternativas para a prevenção do câncer de colo de útero.

Com o estudo bibliográfico, pode-se verificar que a literatura apresenta vários fatores que atribuem a ESF a possibilidade de reduzir o número de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero, desde que, a mesma possua profissionais comprometidos e qualificados para promover ações que facilitem o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Alguns fatores são considerados riscos para a patogênese de câncer de colo uterino, e grande parte deles são encontrados em maior freqüência na população com baixo poder aquisitivo, desinformada e desassistida. Dentre estes fatores, o principal seria o contágio por Papiloma Vírus humano (HPV) durante as relações sexuais, sendo este o responsável pelo maior número dos cânceres cervicais.

Para o controle e redução do câncer de colo uterino, existe uma assistência planejada, e uma equipe preparada para prover a saúde das mulheres da área adscrita da ESF Francisco

Santirocchi. Quanto a esta assistência, várias medidas e atribuições são realizadas pela equipe para que a mesma tenha boa resolubilidade, como a coleta de Papanicolaou, a busca ativa das mulheres faltosas, diagnóstico precoce e monitoramento das consultas ginecológicas. Embora haja muitas limitações como: baixa adesão das usuárias ao exame de Papanicolaou, falta de recursos materiais, que pode prejudicar o trabalho desenvolvido pela equipe, pois as usuárias ao perceberem a falta de material podem não mais voltar ao serviço pelo descrédito gerado pela falta de planejamento. Com isso, a equipe perde a confiança e o vínculo que já havia se estabelecido ao longo dos anos de trabalho com as usuárias, prejudicando desta forma as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvida pelos profissionais.

Além, das terapias tradicionais para prevenção do câncer de colo de útero, existem outros métodos alternativos, como a terapia de reposição hormonal, uma dieta rica em alimentos anticarcinogênicos e a mais atual, a vacina contra Papiloma Vírus Humano, que infelizmente não se encontra disponível na rede pública dos serviços e o seu alto custo em serviços particulares dificulta o acesso da população a este benefício. Todavia, vale ressaltar que estes métodos auxiliam na prevenção do câncer de colo de útero, mas não resolvem o problema se usados isoladamente sem outras medidas de prevenção.

Logo, a aquisição de conhecimento por parte da equipe de saúde e usuárias somado ao planejamento das ações de saúde da gestão municipal e da equipe de saúde da família se faz necessária para diminuir os índices de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero e aumentar a adesão das usuárias, cadastradas no município, ao PCCU, para que desta forma, ações de prevenção e promoção de saúde possam propiciar benefícios para as usuárias, suas famílias e também para os próprios profissionais que as realizam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.1: p.01-03, jan/jun 2007.

AGUIAR, D.S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ALVARENGA, L.M.C.A. A prática médica do programa saúde da família e sua contribuição para a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde: limites e possibilidades. Dissertação (mestrado) – Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo, 2005.

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

BATTAGLINI, C.L. et al. Atividades físicas e nível de fadiga em pacientes portadores de câncer. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.10, n. 2, Niterói, mar/apr 2004.

BICALHO, S.M.; ALEIXO, J.L.M. O Programa “Viva Mulher”: Programa nacional de controle de câncer de colo uterino e de mama. **Revista mineira de saúde pública**, v.1, n.1, jan/jun 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Brasília, 2000. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. 125 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto nacional de câncer. **Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA - Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004, 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399 – 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 de fev. 2006 A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 B. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Banco de dados da área de abrangência da ESF Francisco Santirocchi, acessado em 23/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: www.saude.gov.br/dab/atencaoobasica.php acessado em 28/12/09A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/> acessado em 16/12/09B.

COSTA, G.D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Revista de saúde coletiva**, v.18, n.4, 2008.

CRUZ, L.M.B., LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo de útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão as campanhas. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.2, 2008.

ELUF, J.N. Vacina contra papiloma vírus humano. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 11, n.3, set 2008.

FARIA, H. et al. Módulo 1: Processo de trabalho em saúde. Núcleo de educação em saúde coletiva da Faculdade de Medicina – UFMG. **Editores UFMG**, 2008.

FERRARI, C.K.B.; TORRES, E.A.F.S. Novos compostos dietéticos com propriedades anticarcinogênicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.3: p. 375-382, 2002.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1: p. 5-15, 2006.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Escola Anna Nery. **Revista de enfermagem**, v.13, n.2, abr/jun 2009.

FLORIANO, M.I.; ARAUJO, C.S.A.; RIBEIRO, M.A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer de colo uterino em idosas de Umuarama-PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 11, n. 3: p. 199-203, set/dez 2007.

HEGG, R. et al. Terapia hormonal da pós-menopausa e câncer. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 66, n. 8: p. 238-244, ago 2009.

HEILBORN, M. L. **O clássico e o novo: tendências objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2002 a. 67 p.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro, 2002b. 45 p.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2005**. Rio de Janeiro, 2004. 100 p.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2010**. Rio de Janeiro, 2009. 100 p.

LINHARES, A.C.;VILLA, L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n.3, jul 2006.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Campinas/SP: UNICAMP, 1999.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado da Saúde. **Implantação Do Plano Diretor Da Atenção Primária À Saúde: Redes De Atenção À Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado da Saúde. Programa Viva Mulher. **Relatório gerencial de exames citológicos do colo do útero do município de Campos Altos do ano de 2009**. Disponível em: www.vivamulher.com.br acessado em 21/04/09.

MORTOZA, G.J. **Patologia cervical da teoria a prática clínica**. [s.l.] Editora Científica Med Book, 2006.

MUNOZ, N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. **Journal of Clinical Virology**, v. 19, n. 1-2: p. 1-5, 2000.

NADAL, S.R.; MANZIONE, C. R. Vacinas contra o papiloma vírus humano. **Revista Brasileira de coloproctologia**, v. 26, n. 3: p. 337-340, 2006.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida.** [s.l.]. 2000. Disponível em: www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm, acessado em 01/01/2010.

NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviços de Saúde. **Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família** – OPAS/OMS- Ministério da Saúde, 2000.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface Botucatu**, v.12, n 27, 2008.

OLIVEIRA, M.M.H.N. et al. Cobertura e fatores associados a não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luis, Maranhão. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.9, n.3, set 2006.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.C.; COIMBRA, V.C.C. Prática e significado da prevenção do colo uterino e a saúde da família. **Revista de enfermagem**, v.15, n.4, 2007.

PASSOS, M.R.L. **HPV que bicho é esse?** 4. ed. Rio de Janeiro: RQV editora, 2006.

PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 3: p. 88-96, 2003.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2: p. 319-324, 2004.

PINHO, A.A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo uterino: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista brasileira materno-infantil**, v.3, n.1, 2003.

RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S.S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família.** Disponível em www.moodle.virtual.ufpb.br acessado em 29/12/09.

SANTANA, M.L.; CARMAGNAMI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, jan/jul 2001.

SANTOS, A.L.F. et al. Desempenho do exame colpocitológico com revisão por diferentes observadores e da captura híbrida II no diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical graus 2 e 3. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4: p. 1029-1037, 2003.

SUELENE, C., PORTO, Y. F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

THULER, L.C.S.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, 2005.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, v. 8, n.2: p. 11-48, 1998.

VIEIRA, C.P.; QUEIROZ, M.S. Repercussões sociais sobre o câncer feminino: vivencia e atuação profissional. **Psicologia e sociedade**, v.18, n.1, jan/abr 2006.

ANEXO A

CONTROLE DA COLETA DE PAPANICOLAOU

PSF III – FRANCISCO SANTIROCCHI

1 – Nome da paciente: _____

2- Nome da mãe: _____

3- Endereço completo: _____

4- Ficha n: _____ Data de nascimento: ___/___/___

5- Menarca: _____ 6 – Menopausa: _____

7- G ___ P ___ N ___ C ___ A ___

8- Método anticoncepcional:

___ oral ___ injetável ___ DIU ___ camisinha

___ outros: _____

9- Mamografia:

___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

10- Achados clínicos importantes

11 - Próxima coleta: ___/___/___

ANEXO B

ATENÇÃO: CUIDADOS ANTES DA COLETA DO PAPANICOLAOU

- 1 – Evite manter relações sexuais um dia antes do exame
- 2- Não usar duchas, medicamentos vaginais ou anticoncepcionais de uso local, nos três dias antes do exame.
- 3- não fazer o exame durante o período normal de uma menstruação ou período de sangramento vaginal.

CUIDE DO SEU CORPO: FAÇA O AUTO-EXAME DAS MAMAS.

Data da coleta:

__/__/__

Horário:

__:__ horas

Profissional: _____
