

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

**Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no
Programa Saúde da Família.**

LIGIA CAROLINE SANTOS FAGUNDES

CORINTO-MG
2012

LIGIA CAROLINE SANTOS FAGUNDES

**Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no
Programa Saúde da Família.**

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

Orientadora: Anadias Trajano Camargos

CORINTO- MG

2012

LIGIA CAROLINE SANTOS FAGUNDES

**Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no
Programa Saúde da Família.**

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

Orientadora: Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora:

Profa. Anadias Trajano Camargos - UFMG

Profa. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Corinto: 29/09/2012

Dedico este Trabalho primeiramente, e como deve ser todas as conquistas, a Deus. Dedico aos meus pais, presente e ausente, que são peças tão importantes em minha vida e a minha família. A minha professora e orientadora que me guiou nessa eterna jornada que é a busca pelo conhecimento. Aos meus amigos e colegas que me ampararam e apoiaram quando precisei.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta etapa vencida em minha vida.

Dedico este estudo aos meus pais José Aurélio e Zildete, aos meus irmãos Silvio, Marco e Ana, ao meu sobrinho Luis Eduardo. Ao meu namorado Leonardo, aos parentes e amigos.

A minha professora Adriane Pinto Diniz, que nos mostrou que o amor à profissão é fundamental para seguirmos em frente na busca por uma saúde melhor.

A minha orientadora Anadias Trajano Camargos, que dedicou seu precioso tempo para aprimorar os meus conhecimentos.

Aos colegas do curso que tornaram a sala de aula um cenário profícuo de discussões e conhecimento.

RESUMO

Trata-se de uma de revisão bibliográfica, do tipo narrativa, que aborda sobre a realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Programa Saúde da Família. Através dele busca-se identificar os fatores de risco do Câncer de colo uterino, relatar como é realizado o exame de prevenção de câncer de colo uterino e entender a percepção dos agentes comunitários sobre a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino. O exame de prevenção de câncer de colo uterino é de fundamental importância para prevenir e diagnosticar a cliente, o que vai facilitar o tratamento e a diminuição da incidência e mortalidade por essa patologia. Além disso, o exame integra as ações de atenção básica, no estímulo ao autocuidado e as informações a cerca do exame na maioria das vezes são feitas de forma adequada e se o agente comunitário de saúde precisa está preparado para orientar as mulheres sobre a importância do exame., o qual é realizado através da consulta de enfermagem ou médica, na área de saúde da mulher. O período de coleta de dados foi de 2001 a 2011. O material é coletado do endocérvice e ectocérvice e com esse trabalho espera-se conscientizar a clientela que procura o serviço mostrando os riscos da não realização do exame, como deve ser evitado as doenças e como é feito o exame, quebrando possíveis tabus.

Palavras-chave: Câncer de Colo Uterino; Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino; Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família

ABSTRACT

This is a literature review, the type narrative that touches on the exam for the Prevention of Cervical Cancer in the Family Health Program. Through it we seek to identify risk factors for cancer of the cervix, describing how the test is performed to prevent cervical cancer and understand the perception of community workers on the completion of Pap cervical cancer. The examination for the prevention of cervical cancer is of paramount importance to prevent and diagnose the client, which will facilitate treatment and reducing the incidence and mortality from this disease. Furthermore, the examination includes the primary care activities, the stimulus to self-care and information about the test most often are done properly and if the community health worker needs is prepared to guide women on the importance of examination., which is performed by nursing or medical consultation in the area of women's health. The data collection period was from 2001 to 2011. The material is collected from the endocervix and ectocervix and this work is expected to educate the customer seeking the service showing the risks of not undergoing the test, should be avoided as a disease and how is it used, possible breaking taboos

Keywords: Cervical Cancer, Pap Cervical Cancer; Community Health Agent Program and Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCU – Prevenção de Câncer de Colo Uterino

PSF – Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPS – Secretaria Pública de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS	11
3	METODOLOGIA	12
4	DESENVOLVIMENTO	13
4.1	Câncer de Colo Uterino e fatores de risco	13
4.2	Programa Saúde da Família	15
4.3	Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino	17
4.4	Preparação da cliente para o exame	22
5	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO.

O câncer do colo uterino constitui-se como um sério problema de saúde pública no mundo, representando aproximadamente 15% de todos os tipos de cânceres femininos. É uma doença que tem evolução lenta, com fases bem delimitadas e conhecidas. Quando seu diagnóstico é realizado precocemente, através de exames de prevenção e detecção, é totalmente curável (RAMOS *et al.*; 2006).

De acordo com Greenwood *et al.* (2006), o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres, sendo uma das maiores causas de morte em jovens, principalmente no terceiro mundo. No Brasil, o câncer de colo uterino é a segunda causa de morte por câncer em mulheres, superado apenas pela neoplasia de mamas. Dados brasileiros de 2002 apontam uma incidência de 19.603 casos desta patologia, ao ano, e uma prevalência de 16.457 casos.

O exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino (PCCU), também chamado de Papanicolaou, Exame Preventivo ou Colpocitologia Oncótica, tem papel de extrema importância para prevenir, diagnosticar e diminuir a incidência e mortalidade dessa patologia, sendo de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde (GREENWOOD *et al.* 2006).

Souen *et al.* (2001) afirmam que o exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino ou teste de Papanicolaou, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino. A utilização desse exame possibilita sua prevenção, visto que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia, assim o diagnóstico precoce, por meio desse exame, é um eficiente caminho para sua prevenção.

Conforme Oliveira *et al.* (2007), atualmente, o exame de PCCU integra as ações de Atenção Básica dirigida a grupos específicos da população feminina, sendo preconizado como uma das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). As práticas de PCCU direcionam para a educação em saúde, o estímulo ao autocuidado, sendo realizado através da consulta médica e de Enfermagem na área de saúde da mulher.

Ramos *et al.* (2006) observaram que a organização da atenção à saúde, nos moldes do Programa Saúde Família (PSF), parece favorecer a realização do exame preventivo de Papanicolaou, da mesma forma que a associação entre a realização do preventivo e o tempo de cadastro junto ao serviço sugere que aspectos relativos ao

estabelecimento de vínculos entre as usuárias com o serviço de saúde proporcionam maior adesão ao exame.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para acompanhar e orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade. É um trabalhador que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001).

A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde ocorreu em 2002, através da Lei 10.507, caracterizando-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do enfermeiro. De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação (LEVY *et al.*, 2004).

Diante disso, o presente estudo justifica-se pela importância de conhecer a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino em Unidades de Saúde da Família, sendo que esses profissionais estão em contato direto com a população, devendo assim possuir informações necessárias e conhecimentos básicos sobre a realização desse exame, para informarem e orientarem corretamente à população atendida, sendo um promotor do desenvolvimento da saúde de sua comunidade.

A pesquisa gera conhecimentos na área de Atenção Primária a Saúde. O retorno científico e social será através do conhecimento da percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino.

2. OBJETIVOS

- Relatar como é realizado o exame de prevenção de câncer de colo uterino
- Identificar os fatores de risco do Câncer de colo uterino.
- Entender a percepção dos agentes comunitários sobre a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho refere-se à revisão de literatura narrativa sobre o tema “A Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Programa Saúde da Família”.

A pesquisa foi realizada através de busca em base de dados do LILACS e SCIELO. Os acessos eletrônicos as bases de dados serão realizados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Utilizamos como critérios de inclusão das publicações com textos completos e publicações na língua portuguesa.

Período definido para coleta dos dados foi pelos últimos 10 anos, ou seja, de 2001 a 2011

As estratégias de buscas foram feitas utilizando-se os descritores porque tem relação do o tema estudado para se obter um resultado com qualidade: câncer de colo uterino, exame preventivo de câncer de colo uterino, agente comunitário de saúde. Programa Saúde da Família, enfermagem.

4. DESENVOLVIMENTO

Para sistematizar a apresentação da revisão da literatura narrativa foram abordados os temas: câncer de colo uterino e fatores de risco, realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, Preparação da cliente para o exame no Programa Saúde da Família, agente comunitário de saúde.

4.1. Câncer de Colo Uterino e os fatores de riscos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o câncer atinja anualmente pelo menos 9 milhões de pessoas, e cerca de 5 milhões morrem em decorrência da doença. Atualmente ele é a segunda causa de morte por doença na maioria dos países, sendo superada apenas pelas doenças cardiovasculares. O colo do útero é, depois do câncer de mama, a localização anatômica mais freqüente do câncer na população feminina no Brasil (FRIGATO; HOGA, 2003).

O câncer do colo uterino é um problema de saúde pública mundial, especialmente em países em desenvolvimento. Em 2000, havia uma estimativa de 468.000 casos com 233.000 mortes por este tipo de doença em todo o mundo. Destas mortes, 80% ocorreriam nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, o câncer de colo uterino representa a segunda maior causa de morte entre as mulheres. Apresentando altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas (HANCKENHAAR *et al.* 2006).

Em 2003, o Brasil apresentou coeficiente de incidência de 18,32 por 100.000 e coeficiente de mortalidade de 4,58 por 100.000 mulheres. Existe uma grande variação nestes coeficientes no país, sendo os maiores observados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

A estimativa da taxa de incidência do câncer do colo uterino em 2005, foi segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), de 22 casos para 100 mil mulheres. Sendo esse tipo de câncer, na maioria dos casos, associa-se aos fatores extrínsecos, isto é, relacionados ao ambiente e aos hábitos de vida, existe a possibilidade de se empregar meios eficazes que afastem os fatores de risco e, em consequência, diminuam a incidência do câncer cérvico-uterino (LIMA.; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2005).

Há tempos, o câncer de colo do útero vem ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbi-mortalidade entre a população feminina. As razões para a permanência de altas taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero em muitos países da América Latina encontram-se, provavelmente, no perfil epidemiológico que essa doença adquire nesses países, quanto à frequência dos fatores de risco, mas, principalmente quanto ao grau de implementação de ações efetivas de curto e longo prazo (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Nas últimas décadas, o câncer de colo uterino tem sido considerado como uma questão de saúde pública, decorrente da alta incidência, evolução mórbida e elevada taxa de mortalidade. Esse tipo de câncer ainda é, em nosso país, o mais frequente dos tumores malignos do aparelho genital feminino, predominando entre mulheres de baixo nível sócio-econômico na faixa etária de 35 a 55 anos de idade (LINARD *et al.*, 2002).

O câncer de colo uterino é uma doença cuja evolução é lenta, apresentando fases pré-invasivas, caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais. O período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte, maligna é de aproximadamente 20 anos (PINHO; MATTOS, 2002).

Segundo Linard *et al.* (2002) o câncer de colo uterino, representa uma neoplasia maligna feminina, iniciando com transformações intraepiteliais, tendo caráter progressivo, caso não seja detectado precocemente. Por ser normalmente assintomático no estágio inicial de desenvolvimento, acredita-se que leve à invasão de órgãos e estruturas em todos os casos não tratados inicialmente.

De acordo com Ferreira e Oliveira (2006, p. 6):

É uma doença crônica que pode ocorrer a partir de mudanças intra-epiteliais e que pode, no período médio de cinco a seis anos, se transformar em processo invasor. Assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar as lesões precursoras (neoplasias intra-epiteliais), e as lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos.

O carcinoma de colo uterino é o único câncer genital feminino que pode ser realmente prevenido, permite a detecção e o seu tratamento na fase pré-cancerosa, ainda na forma de lesão intra-epitelial. Os tumores de colo uterino se apresentam nas suas fases iniciais, de uma forma assintomática ou pouco sintomática, fazendo com que muitas pacientes não procurem atendimento, no início da doença (FREITAS *et al.*, 2001).

Greenwood *et al.* (2006, p. 504) afirmam que:

A neoplasia de colo uterino atinge, principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência. Os fatores de risco para esse tipo de câncer são bem conhecidos: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, fumo e infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

Os principais fatores de risco para o câncer de colo de útero são: Início precoce das relações sexuais, número de parceiros sexuais, multiparidade, antecedentes de doenças venéreas, HPV (papilomavírus humano), baixa escolaridade, uso de anticoncepcional oral por mais de 10 anos além da questão do tabagismo. O uso do preservativo é considerado um fator de proteção (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

A relação entre câncer do colo uterino e os hábitos sexuais (promiscuidade, grande número de filhos, início precoce da atividade sexual e infecções ginecológicas repetidas) levou à identificação do Papilomavirus humano (HPV) como fator causal. Diversos fatores do meio ambiente, destacando o estilo de vida, têm importância no favorecimento de condições propícias à prevalência do vírus (LIMA, C.A.; PALMEIRA, J.A.V.; CIPOLOTTI LIMA)

Freitas *et al.* (2001, p. 271) afirmam que “o HPV (human papiloma vírus) esta fortemente associado a lesão intra – epitelial de colo uterino, sendo que estudos atuais indicam sua presença em mais de 50% dos casos”.

Considerado um fator de risco para o câncer de colo uterino, em 1999, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde revelou que, naquele ano, cerca de 17.000 mulheres brasileiras tiveram como diagnóstico a presença do vírus HPV e mais de 3.000 morreram vitimadas pelo câncer cérvico-uterino (CHUBACI; MERIGHI, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, são fatores responsáveis pelos altos níveis de câncer cérvico-uterino no Brasil: insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; indefinição de normas e condutas; baixo nível de informações de saúde da população em geral e insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde (MERIGHI *et al.*, 2002).

4.2. Programa Saúde da Família

A história do Programa de Saúde da Família tem início quando o Ministério da Saúde cria em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir desse fato,

começou-se a dar um enfoque maior na família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, sendo introduzida a noção de área de cobertura, por família cadastrada (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Programa de Saúde da Família foi implantado no Brasil em 1994, concebido como sendo uma porta de entrada do sistema local de saúde, estando apto a desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporciona além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo, assim para a reestruturação do sistema de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, não se restringindo apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais, fortalecendo assim os vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Surgido inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o Programa Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família aos poucos foi adquirindo importância e centralidade governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde. Ao longo da década, o PSF expandiu-se em todo o país, atingindo, em junho de 2004, 84% dos municípios brasileiros, com 20.561 equipes e cobertura populacional de 38% - cerca de 60 milhões de habitantes (ESCOREL *et al.*, 2007).

Conforme Oliveira e Spiri (2006, p. 728):

O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.

Oliveira e Spiri (2006), destacam que o PSF constitui-se de equipes multiprofissionais, devendo atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada, propondo soluções conjuntamente e intervindo de forma adequada. Tendo como compromisso a promoção a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só

com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano.

A equipe multidisciplinar de saúde da família é composta por enfermeiro, médico generalista, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e dentista; que trabalham com definição de território de abrangência, no cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes). A equipe deve identificar os problemas de saúde, elaborando um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença (ESCOREL *et al.*, 2007).

Os Agentes Comunitários de Saúde foram sendo incorporados às equipes de Saúde da Família compostas por cinco ou seis agentes, o médico da família, o enfermeiro (que além de prestar assistência à população, controla o trabalho dos agentes), auxiliares de enfermagem e outros profissionais conforme o local e região, odontólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais (LIMA; MOURA, 2005).

4.3. Realização do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino.

Um marco histórico importante no conhecimento do câncer de colo uterino e sua prevenção foram à realização de um estudo por Papanicolaou & Traut em 1943, que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço vaginal. Assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino (BRENNAN *et al.*, 2001).

As práticas da Prevenção do Câncer do Colo do Útero, ainda hoje, representam um importante desafio de Saúde Pública, mesmo sendo comprovado que este exame é seguro e eficaz, são muitas as explicações para a não realização deste procedimento, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Descoberto na década de 1930, pelo Dr George Papanicolau, é de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. O exame é realizado em nível ambulatorial e não provoca dor. No entanto, pela própria natureza do exame, que envolve a exposição de órgãos relacionados à sexualidade, o papanicolaou ainda é motivo de desconforto emocional para muitas mulheres (GREENWOOD *et al.*, 2006).

Segundo Souen *et al.* (2001, p. 11) “um bom exame anatomopatológico na área de oncologia ginecológica deve contemplar o diagnóstico correto e fornecer as informações necessárias para o adequado estadiamento da lesão e orientação quanto a sua extensão”.

Para Santiago e Andrade (2003) a forma de prevenção através do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino é bem conhecida e sua adequada cobertura nas mulheres mais vulneráveis à doença contribui para o diagnóstico de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, aumentando as possibilidades de tratamento e cura.

O exame preventivo do câncer do colo do útero é indolor, eficaz e, em virtude de sua simplicidade, relativo baixo custo, validade tem merecido grande apoio não só dos profissionais da área de saúde, mas também da própria população. Sua realização periódica contribui para reduzir em até 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (RAMOS *et al.*, 2006).

Considerado um método altamente confiável para detectar as lesões cervicais, a sensibilidade ao teste, ou seja, a proporção de casos verdadeiros positivos detectados pelo exame de Papanicolaou já foi descrita como sendo próxima de 99,8%. Além de sua acuidade diagnóstica, o exame é considerado um método de baixo custo, simples e de fácil execução. Estas características o tornam um método amplamente utilizado em programas de controle do câncer cervico-uterino (PINHO; MATTOS, 2002).

Conforme Derchain *et al.* (2005, p. 426):

Os testes citológicos envolvem a coleta de células esfoliadas do colo do útero e exame microscópico destas células após coloração. Isto permite detectar células anormais e assim estimar se existe risco de haver lesão precursora não detectável clinicamente e encaminhar essa mulher para investigação complementar se necessário. Embora aparentemente muito simples, esta estrutura não é disponível em todos os países e apenas poucas regiões têm conseguido reduzir consistentemente suas taxas de prevalência e incidência de câncer do colo por meio de programas organizados de prevenção.

O exame de Papanicolaou contribui significativamente para a redução da incidência e mortalidade relacionada ao câncer de colo uterino. Talvez seja um dos testes de maior sucesso no cumprimento dos seus objetivos de rastreamento com detecção de lesões precursoras e câncer cervical inicial a custo operacional relativamente baixo e tecnicamente simples (SOUEN *et al.*, 2001).

Ressalta Leal *et al.* (2003) que o exame de Papanicolaou vem sendo utilizado em diversos países para o rastreamento e detecção precoce do câncer de colo uterino. Dada a lenta evolução deste câncer, é possível o diagnóstico na fase intra-epitelial (não-

invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura.

Dessa forma, constitui-se um meio, dentre todos os procedimentos, clínicos ou subsidiários, capaz de diagnosticar uma neoplasia maligna ainda em fase inicial. Atualmente, a estratégia usada para a prevenção primária, assim como para prevenção secundária dos estágios iniciais do câncer cérvico-uterino é a detecção precoce, realizada através do exame de PCCU (CHUBACI; MERIGHI, 2005).

As estratégias de prevenção secundária do câncer de colo do útero consistem na realização do diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou screening compreendidas pela Colpocitologia Oncológica ou teste de Papanicolaou em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Um exame de screening é realizado em pacientes assintomáticos e deve ser inócuo, não doloroso, de baixo custo, de fácil realização e que permite o diagnóstico precoce da lesão ou mesmo de lesões precursoras, possibilitando o diagnóstico e a diminuição da mortalidade pela doença., já está comprovado o valor dos exames de screening para o câncer de colo uterino. As pacientes de risco elevado, beneficiam-se de uma observação mais cuidadosa, sendo uma propedêutica adequada para as pacientes sintomáticas, permitindo na maioria das vezes, o diagnóstico precoce das lesões (VIANA *et al.*, 2001).

Pinho e França-Junior (2003) afirmam que em países desenvolvidos o teste de Papanicolaou adquiriu o status de uma técnica de rastreamento efetiva e eficiente em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical, o mesmo não foi observado nos países em desenvolvimento, cuja cobertura do teste ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina sob maior risco.

Estimativas mostram que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo. Revelando ainda, segundo estudos do Ministério da Saúde, que apenas cerca de 7,7% das mulheres brasileiras são cobertas por programas governamentais de prevenção e controle do câncer uterino (RAMOS *et al.*, 2006).

Pinho e França-Junior (2003, p. 96) afirmam, ainda que:

O planejamento das ações de intervenção e controle da doença se dá, prioritariamente, no plano técnico, pelo diagnóstico precoce das lesões precursoras através do teste de Papanicolaou, e se orientam pela distribuição dessas lesões segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas e pela periodicidade dos exames colpocitológicos, seguindo a lógica epidemiológica

do risco e da relação custo-benefício/ efetividade que norteiam as intervenções em saúde pública.

O êxito no rastreamento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras dependerá, além de outros fatores, da acuidade diagnóstica do exame colpocitológico, ou seja, de sua precisão em diagnosticar corretamente os casos verdadeiros de lesões cervicais neoplásicas e pré-neoplásicas (sensibilidade) e aqueles casos que não apresentam qualquer tipo de alteração epitelial (especificidade) (PINHO; MATTOS, 2002).

De acordo com Derchain *et al.* (2005) para a realização do exame Citológico de Papanicolaou ou Colpocitologia Oncológica, é necessária uma infra-estrutura complexa e muito bem organizada para obtenção de resultados satisfatórios, unidades de saúde e profissionais bem treinados para coletar e preparar o material de forma adequada, laboratórios para corar as lâminas e profissionais especializados para emitir laudo e, finalmente, médicos e enfermeiros treinados para lidar com as anormalidades detectada

A equipe que compõe o Programa Saúde da Família tem real importância para que ocorra uma transformação de paradigmas, é necessário na relação dos serviços de saúde com os usuários, considerar que o modelo biomédico tem se mostrado insuficiente na resolução de certas necessidades de saúde, por isso a essencialidade da organização de equipes com ações multidisciplinares, voltadas para a atenção em saúde da mulher (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Algumas mulheres relatam procurar em primeiro lugar, os Médicos e Enfermeiros dos serviços de Saúde da Família, podendo entender isso como uma questão positiva para o PSF, apresentando assim, a formação de vínculo, confiança dessas mulheres e suas famílias na assistência recebida sobre suas necessidades. É importante destacar isso, pois os profissionais de saúde da APS precisam ser reconhecidos como prestadores de assistência de atenção continuada e de qualidade (OLIVEIRA e PINTO (2007, p. 34)

Médicos e enfermeiros devidamente treinados estão aptos a realizar o exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino ou Papanicolaou. No cotidiano das equipes do Programa de Saúde da Família, o enfermeiro está engajado em todas as atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino, sendo relevante seu papel quando se enfatiza

que o maior número de coletas citológicas, em nível da atenção básica, é realizado por enfermeiros (EDUARDO *et al.*, 2007).

Os enfermeiros do PSF são aptos a realizarem atendimento de prevenção do câncer de colo uterino. Em sua estrutura o PSF conta com atendimentos e consultas médicas e de enfermagem inseridas no Programa de Saúde da Mulher, atuando na área de prevenção de câncer de colo uterino e, portanto, realizando a coleta de material para o exame de Papanicolaou e respectivamente o diagnóstico da doença (EDUARDO *et al.*, 2007).

Cabe ao enfermeiro orientar a cliente de que o exame é simples, não causa dor, o profissional está preparado para atendê-lo e as informações serão sigilosas. Deixar claro ao paciente que as medidas preventivas são fundamentais para que o diagnóstico seja feito rápido. Orientar e acompanhar a paciente, respectiva família considerando suas características pessoais e sociais (FRIGATO; HOGA, 2003).

Frigato e Hoga (2003) ainda ressaltam a importância do preparo do enfermeiro na orientação e oferecimento de cuidados específicos às pacientes com câncer. Isto demanda a necessidade do conhecimento dos últimos avanços na área do tratamento, independentemente da estrutura na qual está inserido.

Quanto ao serviço, entende-se que todos aqueles que, direta ou indiretamente, oferecem atendimento à mulher, devem ser encorajados à constante reavaliação e reorganização do seu desempenho. O enfermeiro é um profissional comprometido com a promoção da saúde e acredita no poder transformador da educação, contribuindo assim, para uma maior adesão a realização de exames de PCCU (GREENWOOD *et al.*, 2006).

Os profissionais da saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade feminina, e a importância de prevenção contra o câncer do colo uterino. (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Neste cenário os enfermeiros estão colaborando para o controle do câncer de colo uterino, à medida que proporcionam condições que contribuem para o diagnóstico, controle e cura da doença, ou na adoção de medidas que minimizem as perdas funcionais e estéticas ocorridas. Além disso, o benefício social e econômico é bem maior, uma vez que, o custo do tratamento e as consequências da doença em fase avançada são elevados e ameaçadores (LINARD *et al.*, 2002).

4.4. Preparação da cliente para o exame e o papel do Agente Comunitário de Saúde

A preparação da cliente para o exame compreende os procedimentos relacionados com a interação profissional-cliente, visando o bem-estar e conforto desta. Ao considerar que qualidade está relacionada com a satisfação do cliente, colocando como foco central do atendimento, verifica-se a importância de realizar essa etapa, pois é básica para que seja estabelecido o relacionamento de confiança entre profissional e cliente (EDUARDO *et al.*, 2007).

As clientes ao submeterem-se ao exame demonstram constrangimento, ansiedade, medo, preocupações e outros sentimentos. Assim, verifica-se que existem fatores que influenciam o aparecimento desta neoplasia e uma utilização inadequada pela clientela dos recursos de saúde existentes. É freqüente a demora das mulheres ou sua ausência ao serviço para tomar conhecimento do resultado do exame realizado (MERIGHI *et al.*, 2002).

O fato de ser um exame que expõe a intimidade feminina e com esta, valores e crenças, muitos são os sentimentos vivenciados pela mulher durante o mesmo. Sentimentos como vergonha, medo e nervosismo são alguns referidos por clientes que são submetidas ao exame. Para minimizar tais sentimentos e promover conforto para a paciente, considera-se o respeito à privacidade é uma atitude essencial durante o exame (EDUARDO *et al.*, 2007).

Chubaci e Merighi (2005), acrescentam que as mulheres brasileiras revelaram existir sentimentos de vergonha, constrangimento e incômodo em relação ao exame e, conseqüentemente, ao profissional de saúde que o realiza. No entanto, parecem superar essas dificuldades pelo conhecimento da doença e de seu exame preventivo e, sobretudo, pelas informações recebidas dos profissionais de saúde.

Ferreira e Oliveira (2006) afirmam que as principais causas de resistência estariam ligadas às questões culturais como: medo de doer, vergonha, religião, desconhecimento do exame e onde realizá-lo, além da questão do parceiro não permitir que a mulher realize o exame preventivo. O medo pode estar também relacionado com a possibilidade do resultado ser positivo para câncer. Nesses casos, é muito comum a mulher realiza o exame e não retorna para saber do resultado.

A explicação da técnica deve ocorrer durante o procedimento, encorajando a mulher e conduzindo-a a relaxar, além de fornecer oportunidade para que a mesma formule questionamentos e minimize reações negativas, freqüentemente associadas ao exame ginecológico, solucionem as deficiências encontradas, possibilitando melhoria da qualidade desses serviços (EDUARDO *et al.*, 2007).

De acordo com Merighi *et al.* (2002), é necessário que o profissional que assiste à mulher durante o exame preventivo do câncer cérvico-uterino seja possuidor de atributos como a empatia, calor humano, simplicidade além de ser capaz de transmitir segurança e confiança à cliente. Reforçando, ainda, a importância de mostrar e explicar para a cliente os instrumentos necessários.

Segundo Ferreira e Oliveira (2006, p. 10),

“os profissionais de saúde devem procurar maneiras para tentar minimizar os sentimentos de vergonha, o qual pode até mesmo levar a mulher a deixar de realizar a prevenção. Por isso, deve-se procurar demonstrar empatia e fazer com que a mulher sintam-se o mais à vontade possível”.

O respeito pela paciente por vezes envolve não somente oferecer a informação correta mas garantir que ela foi compreendida. Acesso e acolhimento são, portanto, elementos essenciais no atendimento, para que se possa efetivamente atuar no estado de saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo não só o atendimento inicial, mas também a finalização de cada uma das ações em saúde (GREENWOOD *et al.*, 2006).

Nesse sentido, para assegurar a qualidade do atendimento, principalmente quanto aos aspectos emocionais, acreditamos ser imprescindível que o profissional consiga manter um relacionamento efetivo com a cliente. Deve-se estar atento às queixas, dúvidas e ansiedades da mulher, ou seja, desenvolver a capacidade de interação e de troca (MERIGHI *et al.*, 2002).

A equipe de saúde precisa estar atenta às dúvidas e à ansiedade das usuárias, ou seja, o profissional que cuida deve desenvolver a capacidade de interação e troca, é preciso saber escutar e falar, evitando termos técnicos ou científicos, de maneira que a usuária compreenda e também se sinta compreendida e cuidada, como forma de encorajá-la a tentar controlar o medo e a vergonha (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O bom relacionamento interpessoal entre cliente e profissional de saúde é de suma importância, ao considerar que essa relação empática e de confiança contribui para a promoção da tranquilidade durante a realização do exame, garantindo a adesão ao

programa preventivo e maior participação das mulheres nas ações prevenção e diagnóstico de câncer de colo uterino (CHUBACI; MERIGHI, 2005).

Entre os requisitos necessários para a organização da sala de PCCU, é importante que exista um local para a troca de roupas, ressaltando a importância de aventais, ou lençóis, para cobrir as usuárias, além da prévia organização dos materiais utilizados na coleta. Esses cuidados podem ser interpretados como tecnologias que interferem na qualidade da assistência no atendimento integral (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Ainda de acordo com Oliveira *et al.* (2007), os profissionais de saúde podem apresentar a sala, os materiais utilizados na realização do exame e explicar para a usuária, tanto na consulta individual, como durante os momentos de educação em saúde, a importância da realização do exame Papanicolaou.

Os profissionais de saúde devem expor somente a porção do corpo necessário para a realização do exame, evitar o trânsito desrespeitoso de profissionais na sala de exame e encorajá-la tentando evitar o medo e a vergonha (MERIGHI *et al.*, 2002).

Para garantir a adesão das clientes ao programa preventivo, é necessário que o profissional supere as expectativas das mesmas. Através de uma prática mais humanizada, desenvolvendo a capacidade de interação, agindo não só com preparo técnico, mas também com intuição e sensibilidade, certamente contribuirá para a qualidade do atendimento prestado à mulher durante a realização do exame de PCCU (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Os profissionais devem ter consciência, no ato do exame, que cada pessoa tem sua própria percepção sobre os procedimentos que envolvem a prevenção do câncer cérvico-uterino. Um procedimento simples, rotineiro, rápido e indolor aos olhos do profissional, pode ser visto pela mulher como procedimento agressivo, físico e psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa (MERIGHI *et al.*, 2002).

A realização do exame de Papanicolaou é recomendada, por organizações nacionais e internacionais de saúde, para as mulheres que já tenham iniciado a atividade sexual. No Brasil, o Ministério da Saúde segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 59 anos de idade (AMORIM *et al.*, 2006).

O Ministério da Saúde, em 1998, adotou no país a norma da Organização Mundial da Saúde que propõe o controle do câncer do colo uterino das mulheres entre 25 e 59 anos, a cada três anos, após dois controles negativos com intervalo anual. (RAMOS *et al.*, 2006).

Dessa forma, o INCA organizou um consenso sobre a PCCU no Brasil, orientando as seguintes normas: a) oferecer rastreamento com o teste de Papanicolaou a mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa em qualquer idade; b) a periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano; c) mulheres em grupos de risco (mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente e d) mulheres histerectomizadas por outras razões, que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde foi concebido a partir da experiência do Ceará, iniciada em 1987, como parte de um programa emergencial de geração de empregos para socorrer o Estado que passava por mais um dos períodos de seca que costumam atingir a região. Em 1988, findo o período de emergência, cessou o apoio do Governo Federal ao programa; mesmo assim, cerca de 150 agentes permaneceram desenvolvendo suas atividades sem remuneração, demonstrando o sucesso do programa (FREEDHEIM, 1993).

Ainda de acordo com Freedheim (1993), em 1991, a experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do programa de agentes comunitários de saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar, através dos agentes comunitários, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. Inicialmente o programa de agentes comunitários de saúde foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, posteriormente, ele foi estendido para as demais regiões do Brasil.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Esse programa esta em integração com os Agentes Comunitários de Saúde atuando como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (LEVY *et al.* 2004).

Conforme Brasil (2001, p. 193)

“O PACS é hoje considerado como parte do Programa Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado como um programa de transição para o PSF. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas pelo enfermeiro da unidade”.

Segundo Fortes e Spinetti (2004), o agente comunitário de saúde, integrante das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família, possui uma situação singular, exercendo a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 2001).

A profissão de agente comunitário de saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

Os agentes comunitários de saúde vêm se constituindo, nesses programas, de atenção básica como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência. Por vivenciarem os problemas e morarem na comunidade em que desempenham as suas práticas de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado (BEZERRA *et al.*, 2005).

Segundo Levy *et al.* (2004), o Ministério da Saúde, ao relatar as atribuições específicas do ACS explicita que este funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Considerado um trabalhador que desempenha atividades de relevância pública, a importância do agente no contexto de mudanças das práticas de saúde (modelo de atenção); esta na sua atuação no âmbito da mobilização social e integração entre a população e as equipes de saúde; sua singularidade profissional (trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente) (TRAPÉ; SOARES, 2007).

Brasil (2001, p. 195) “*a partir do agente comunitário, todo o trabalho da equipe é voltado para a prevenção e a proximidade com a comunidade procurando responder com maior agilidade possível às demandas de saúde de sua área*”.

Pode-se dizer que o ACS é um profissional que convive com a realidade e as práticas de saúde, do bairro onde reside e ao mesmo tempo trabalha, formado a partir de referenciais biomédicos, fazendo assim, deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (NUNES *et al.* 2002).

O agente comunitário de saúde assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado. O cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais afetos à saúde. O agente de saúde é colocado como o elemento-chave do sistema na atenção primária de saúde; como o elo de ligação entre a comunidade e os serviços (SILVA; RODRIGUES, 2000).

Segundo Lima e Moura (2005) na seleção dos agentes comunitários de saúde (ACS), exige-se alfabetização, que sejam maiores de idade e morem na comunidade há, pelo menos, dois anos. O contrato da equipe pode ser por termo de adesão, sem vínculo algum, ou contrato com cooperativas.

De acordo com Levy *et al* (2004, p. 198):

Todos os agentes devem residir em sua área de abrangência, sendo de maneira geral, o agente conhecido da comunidade. O fato do agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Isso deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares.

Para Ferraz e Aerts (2005, p. 354), “o Agente de Saúde é uma peça importante para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família, assim sendo, cuidar desse trabalhador e valorizá-lo é de fundamental importância, pois aqueles que atuam e promovem saúde, ou seja, trabalhadores, são um bem público, uma utilidade pública”.

Para Lima e Moura (2005), os agentes de saúde que integram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família estão sob a supervisão de um enfermeiro que é responsável pelo treinamento, monitoramento e controle da equipe. O número de agentes por municípios brasileiros variam de acordo com a população. Aos agentes cabem o desenvolvimento de ações como: visitas domiciliares, acompanhamento de famílias e o encaminhamento dos pacientes para o atendimento médico ou de enfermagem.

A recomendação é que o agente de saúde deve ser treinado, orientado e acompanhado permanentemente por um profissional Enfermeiro, responsável pelo PACS ou pelo PSF. Sendo exigido para a atuação profissional, saber ler e escrever, ser maior de 18 anos, ser obrigatoriamente residente do bairro e ter disponibilidade e interesse para exercer tais atividades (SILVA; RODRIGUES, 2000).

A credibilidade é tida como básica para a atuação dos agentes de saúde. Ser confiável e ter liderança são requisitos desejáveis para o ACS. Esses critérios tornam o agente um trabalhador especial cujo capital social, conhecimento da comunidade e da realidade local, liderança e solidariedade se constituem uma priori das qualificações técnicas, adquiridas num segundo momento com o treinamento continuado das equipes (LIMA; MOURA, 2005).

De acordo com Silva e Rodrigues (2000), o agente de saúde participa das reuniões de lideranças comunitárias, através da atuação efetiva nos serviços de saúde, participando do planejamento das ações de saúde, do processo de identificação das necessidades detectadas na territorialização, através do acompanhamento de famílias e de problemas relacionadas a saúde da comunidade como um todo.

A presença feminina é dominante na profissão de agente de saúde, podendo ser explicada pela natureza das relações sociais e de gênero, onde a confiança na agente termina sendo maior, mas isso não é uma regra geral. Um exemplo, dessa confiança, deve-se ao fato da focalização inicial dos programas de saúde da mulher, de pré-natal e em cuidados com recém-nascidos, estabelecendo assim uma relação mais fácil entre as mulheres da comunidade e as agentes (LIMA; MOURA, 2005).

O ACS deve trabalhar com famílias de base geográfica definida. Ele é responsável pelo acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, residindo há pelo menos dois anos na área onde desempenha suas atividades. Tem como papel desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio

de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2000).

Brasil (2001, p. 194) afirma que fazem parte da rotina do agente comunitário de saúde, juntamente com as visitas domiciliares, uma série de ações fundamentais, como:

Cadastramento/Diagnóstico – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar, na ficha de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. essas informações, uma vez consolidadas e analisadas na unidade básica de saúde, serão divulgadas e discutidas junto a comunidade e posteriormente encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que por sua vez enviara cópias para a Secretaria estadual de saúde (SES).

O agente comunitário de saúde realiza mapeamento – esta fase consiste no registro das áreas de risco para a comunidade, assim como os pontos de referência no dia-a-dia da mesma. O objetivo é facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente. Uma vez realizado o mapeamento o agente comunitário identifica setores no território da comunidade que representa áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, áreas de violência, entre outros (BRASIL, 2001).

Nas ações coletivas, com vistas a mobilizar a comunidade, o agente comunitário de saúde promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – Gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupo em situação de risco ou portadores de doenças comuns, incentivando a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades (BRASIL, 2001).

Os agentes recolhem informações sobre doenças e quadros potencialmente perigosos para a saúde pública e realizam o encaminhamento de doentes para o serviço médico. A confiança da população no profissional é considerada fundamental para o êxito de campanhas preventivas de vacinação e afins promovidas pelo ministério e secretarias de saúde (LIMA & MOURA, 2005).

Atuando como um interlocutor entre a equipe de saúde e os usuários, informando-os sobre os dias e os horários de atendimento das equipes de saúde e sobre as ações a serem desenvolvidas na unidade de saúde. Por ocasião das visitas

domiciliárias, orientam sobre aspectos básicos de prevenção de doenças e hábitos saudáveis de vida (MOURA *et al.* 2007).

O agente comunitário de saúde, enquanto membro da própria comunidade, conhece as necessidades do território e possui vínculo com a população cadastrada. Assim, o Agente de saúde, tem a potencialidade e possibilidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, contribuindo para o desenvolvimento da assistência prestada a população (SILVA; DALMASO, 2002).

De acordo com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei. Parágrafo único: O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: I - residir na área da comunidade em que atuar; II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III - haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002).

De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria Pública de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação, com maior concentração na Região Nordeste - 75.138 ACS (LEVY *et al.*, 2004).

Conforme Trapé e Soares (2007) foi criada e aprovada a profissão de Agente comunitário de Saúde (ACS) por meio da Lei 10.507, caracterizando-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.

A primeira abordagem sobre o exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino (PCCU) deve-se dar no próprio domicílio das mulheres, durante as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), envolvendo e mobilizando inclusive todas as mulheres da casa e suas famílias, para a questão da importância da realização do exame e a procura ao serviço (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Oliveira *et al.* (2007), ao analisarem a prática de PCCU observaram que as usuárias que procuram o serviço de saúde para realização do exame Papanicolaou será provavelmente orientada/atendida por uma equipe multidisciplinar desde sua chegada até a sua saída da Unidade Saúde da Família (USF). Na prática de PCCU provavelmente, será no atendimento integral que se dará a qualificação do exame, tanto do ponto de vista do técnico, como no da própria usuária.

A dificuldade do acesso à informação por parte das comunidades, principalmente pelas mulheres, foi tido como fator a ser priorizado, visto que muitas doenças poderiam ser evitadas sem recorrer a socorros médicos, mas, simplesmente, através de cuidados caseiros. Caberia aos Agentes Comunitários de Saúde levar essa informação à comunidade (LIMA; MOURA, 2005).

O Programa Saúde da Família, pode contribuir para a superação das barreiras existentes à realização do exame de Papanicolaou identificando e captando, pela atuação dos Agentes de Saúde, as mulheres que deixam de realizar o exame. Esse programa tem como princípio garantir o acesso à atenção básica, a criação de vínculo entre a clientela e a equipe de saúde e a integralidade do atendimento. Como resultado dessas ações espera-se a promoção do conhecimento, a valorização e a incorporação, por parte da população, das práticas preventivas não só para o câncer de colo de útero, como também para outras morbidades (AMORIM *et al.*, 2006).

5. CONCLUSÃO

Este trabalho servirá como fonte de informações a respeito do tema, principalmente por ser um assunto muito atual.

Dados da Organização Mundial de Saúde asseguram que a cada ano o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas, sendo atualmente a segunda causa de morte por doença na maioria dos países.

Sabe-se que o câncer de colo uterino representa uma neoplasia maligna, iniciando com transformações intraepiteliais, de caráter progressivo, caso não seja detectado precocemente, sendo uma das causas de óbito mais freqüente na população feminina na América Latina, onde as taxas de incidência encontram-se entre as mais altas do mundo.

O exame de prevenção de câncer de colo uterino é de fundamental importância para a prevenir e diagnosticar a doente, o que vai facilitar o tratamento e a diminuição da incidência e mortalidade por essa patologia. O PCCU integra as ações de atenção básica, no estímulo ao autocuidado, e é realizado através da consulta de enfermagem ou médica, na área de saúde da mulher.

A Educação em Saúde é uma ferramenta fundamental para a orientação, informação e capacitação dos agentes comunitários de Saúde, sendo que muitas vezes conteúdos específicos voltados para esse público não são abordados e trabalhados pelos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família .

O presente trabalho não tem a pretensão de finalizar um estudo sobre este tema, mas de contribuir para que se realizem outros estudos com o tema abordado. Já que durante a realização da revisão de literaturas foram encontrados poucos artigos relacionados com os objetivos de nossa pesquisa, sendo considerada uma nova área do conhecimento.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V.M.S.L. *et al.* Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, Nov. 2006.

BEZERRA, A.F.B. *et al.* Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-15, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002: Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRENNNA, S.M.F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 909-914, Jul/Ago. 2001.

CANESQUI, A.M.M.; SPINELLI, A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-92, Set, 2006.

CAVALCANTE, M.G.S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-45, Out./Dez. 2006.

CHUBACI, R.Y.S.; MERIGHI, M.A.B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 4, p. 471-481, Out./Dez., 2005.

DERCHAIN, S.F.M.; FILHO, A.L.; SYRJANEN, K.J. Neoplasia intra-epitelial cervical: Diagnóstico e tratamento. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 425-33, 2005.

EDUARDO, K.G.T. *et al.* Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 44-8, 2007.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2-3, Fev./Mar. 2007.

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. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O Agente Comunitário de Saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, Set/Out, 2004.

FREEDHEIM, S.B. *Por que os Sinos Dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará, Brasil.* Tese apresentada no Departamento of Urban Studies and Planning do Massachusetts Institute of Technology – M.I.T, para obtenção de título em Mestre em Planejamento Urbano. Junho, 1993.

FRIGATO, S.; HOGA, L.A.K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v. 49, n. 4, p. 209-214, 2003.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. *Rev. Latino-Am de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-509. Jul/Ago. 2006.

HACKENHAAR, A.A.; CESAR, J.A.; DOMINGUES, M.R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-11, 2006

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, Jan/Fev 2004.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho Atípico e Capital Social: Os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. *Rev. Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, Jan./Abr. 2005.

LIMA, C.A.; PALMEIRA, J.A.V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, Out. 2006.

LINARD, A.G.; SILVA, F.A.D.; SILVA, R.M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 4, p. 493-98, 2002.

MERIGHI, M.A.B.; HAMANO L.; CAVALCANTE, L.G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. *Rev. Escola de Enfermagem-USP*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 289-96, 2002.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, Abril, 2007.

NUNES, M.O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, Nov/Dez, 2002.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, Jan./Mar. 2007.

PINHO, AA.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, Jan/Mar. 2003.

PINHO, A.A.; MATTOS, M.C.F.I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *Rev. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 225-31, 2002.

SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571-578, Mar/Abr. 2003.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. 240p.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v. 2, n. 1, Jan/Jun. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/>>. Acesso em: 25/09/07 as 19:35 hs.

SOUEN, J.; CARVALHO, J.P.; PINOTTI, J.A. *Oncologia Genital Feminina*. 2 ed. São Paulo: Editora Roca, 2001. 354p.

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Rev. Latino-Am de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Jan/Fev. 2007.

VIANA, A.L.D.A.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 225-64, 2005.

VIANA, L.C.; MARTINS, M.; GEBER, S. *Ginecologia*, 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Medsi, 2001.