

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

ALYNE CORREIA SILVA

**ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO:
IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO NA ESF JOSÉ NOMINATO SANTOS
CAMBRAIA DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO-MG**

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2013

ALYNE CORREIA SILVA

**ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO:
IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO NA ESF JOSÉ NOMINATO SANTOS
CAMBRAIA DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO-MG**

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

Orientadora: Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2013

ALYNE CORREIA SILVA

**ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO:
IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO NA ESF JOSÉ NOMINATO SANTOS
CAMBRAIA DE SANTO ANTÔNIO DO AMPARO MG**

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

Orientadora: Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo

Banca Examinadora

Prof^a. Angela Cristina Labanca de Araújo - orientadora

Prof^a. Fernanda Carolina Camargo - examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em 18 de junho de 2013

À população de Santo Antônio do Amparo que me acolheu.

À equipe do PSF José Nominato Santos Cambraia de Santo Antônio do Amparo-MG que me acolheu tão bem e colaborou para que nosso trabalho sempre fosse realizado em equipe, visando a melhoria da atenção para nossos usuários.

À secretaria de saúde de Santo Antônio do Amparo MG que sempre valorizou meu trabalho e nos deu subsídios para desempenharmos nossas funções.

À minha família que sempre foi meu pilar e peça chave no meu processo de formação.

Ao meu amor que sempre me incentivou, esteve sempre do meu lado e compreendeu meus momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e inúmeras bênçãos derramadas em minha vida.

Aos meus pais, exemplos de vida, pelo sacrifício para investir em minha formação e pelo apoio constante.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhos por serem a melhor família do mundo e estarem sempre do meu lado, meus pilares.

Ao meu amor Eduardo, pelo carinho, compreensão, cumplicidade, incentivo e exemplo de luta e determinação.

À equipe do PSF José Nominato Santos Cambraia, que convivi pouco tempo, mas o suficiente para sentir uma saudade enorme.

Aos amigos de trabalho de Santo Antônio do Amparo, com que aprendi e cresci muito, em especial a Andreia, Samira, Sílvia, Renata, Eduardo e Dagmar.

À minha orientadora, Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo, que compreendeu minhas dificuldades com tanta dedicação e paciência.

"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar. Mas
o mar seria menor se lhe faltasse uma gota."

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O câncer do colo do útero configura um importante problema de saúde pública sendo a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. Atualmente, o rastreamento do câncer do colo uterino nas mulheres sexualmente ativas é feito através do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou), considerado um método simples, seguro e de baixo custo. Este trabalho tem como objetivo a implantação do fichário rotativo para estruturar as ações de prevenção do câncer de colo uterino no PSF José Nominato Santos Cambraia, Santo Antônio do Amparo-MG. Após a revisão da literatura, foi realizado um levantamento das mulheres com idade entre 25 e 64 anos que totalizaram 1288, destas 587 realizaram o exame preventivo Papanicolaou no último ano, 389 estavam com o exame preventivo atrasado, 287 nunca realizaram o exame e 25 não foram encontradas ou não sabiam informar a data do último exame. O fichário rotativo tem a finalidade de controlar o comparecimento das mulheres ao Centro de Saúde para a realização do Papanicolaou, facilitando a busca ativa das faltosas e auxiliando na vigilância das lesões precursoras e estágios iniciais do câncer do colo uterino. Espera-se que esta tenha sido uma iniciativa que contribua para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher amparense.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde. Esfregaço vaginal. Neoplasias do colo do útero.

ABSTRACT

Cancer of the cervix constitutes a major public health problem and the second cause of cancer death among women. Currently, screening for cervical cancer in sexually active women is done by cytological examination of the cervix (Pap), considered a simple, safe and inexpensive. This work aims the implementation of the rotary binder women to structure the actions of prevention of cervical cancer in the PSF José Nominato Santos Cambraia, Santo Antônio do Amparo-MG. After reviewing the literature, we conducted a survey of women aged between 25 and 64 years amounted to 1288, these 587 underwent Pap smear in the last year, 389 are with the Pap late, 287 never performed the examination and not 25 were found or not know how to inform the date of the last test. The binder rotary aims to control the women attending the health center for performing Pap smears, facilitating the active pursuit of defaulting and aiding in the surveillance of premalignant lesions and early stages of cervical cancer. It is expected that this was an initiative that contributes to improving the quality of health care of women Amparenses.

Keywords: Primary health care. Vaginal smear. Cancer of the cervix.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO GERAL.....	16
3.1 Objetivos Específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5.1 O câncer de colo do útero.....	18
5.2 O exame citopatológico do colo do útero: Papanicolaou	20
5.3 Atribuições dos profissionais da Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) no controle do câncer do colo do útero.....	21
5.4 Fichário Rotativo.....	25
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE.....	35

1 INTRODUÇÃO

Segundo Mendes (2002), os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conjunto de atividades que visam promover, restaurar e manter a saúde da população. Tais sistemas buscam atender às necessidades, demandas e representações da população e embasam-se nos seguintes objetivos: alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído equitativamente; garantia de proteção adequada contra riscos a toda população; acolhimento humanizado e prestação de serviços efetiva, eficiente e de qualidade (MENDES, 2002).

Atualmente, os sistemas de atenção à saúde organizam-se por meio das redes de atenção à saúde que visam prestar uma assistência contínua e integrada a uma população definida, com interligação e comunicação entre os pontos de atenção, tendo a atenção primária como coordenadora dessa rede. A organização dos serviços das redes de atenção à saúde volta-se para as condições crônicas, atendendo concomitantemente as condições agudas (INCA, 2009).

A Atenção Primária, como centro da rede de atenção deve cumprir três papéis essenciais, sendo eles a resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população; a organização, assumindo seu papel de centro de comunicação da rede; a organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas entre os diversos pontos de atenção e a responsabilização e corresponsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção que estejam (MENDES, 2002).

Dentro desse contexto a Atenção Primária à Saúde constitui-se em um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Deve ser o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS) e pautar suas ações nos princípios da equidade, universalização, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, participação social e vínculo (BRASIL, 2006b).

O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, é considerado um passo importante para a reversão do modelo de atenção à saúde centrada na doença, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde

(SUS) (BRASIL, 2006). O PSF despontou como uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial à saúde no Brasil, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte dos problemas de saúde (RONCOLLETA, 2003).

O PSF tem a responsabilidade de acompanhar as famílias em todos os ciclos de vida em uma área geográfica delimitada, com o objetivo de atender às demandas da população, melhorando a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2001). A Atenção à Saúde da Mulher merece destaque visto que as mulheres são a maioria da população brasileira, representando cerca de noventa e sete milhões de cidadãs e são as principais usuárias do SUS (IBGE, 2010).

Para alcançar a integralidade proposta pela Atenção Primária à Saúde, a Atenção à Saúde da Mulher, pautada pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, deve superar alguns desafios, entre eles o controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006).

No PSF estão inseridas ações de controle e prevenção do câncer do colo e útero e da mama, que visam reduzir a ocorrência, a incidência e a mortalidade em decorrência desses cânceres, assim como suas repercussões físicas, psíquicas e sociais, por meio de ações preventivas, ofertas de serviços para detecção precoce e para tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006b).

Observa-se que, o câncer do colo do útero configura um importante problema de saúde pública sendo a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres, principalmente em decorrência da crescente exposição à fatores de risco ambientais e da modificação dos hábitos de vida da população (HACKENHAAR *et al.*, 2006).

Com aproximadamente 530 casos novos por ano, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de cerca de 274 mil mulheres ao ano. Esses são dados impressionantes porque o câncer do colo do útero apresenta o mais alto potencial de cura e prevenção e sua maior incidência ocorre na faixa etária de 25 a 59 anos e o risco aumenta à medida que as mulheres atingem a idade entre 45 a 50 anos (INCA, 2011).

Atualmente, no Brasil, o rastreamento do câncer do colo uterino nas mulheres sexualmente ativas é feito através do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou). Este exame identifica lesões pré-cancerosas no colo uterino, tendo sido adotado na década de 1950 em vários países (HACKENHAAR *et al.*, 2006) .

Considerado um método simples, seguro e de baixo custo (BRASIL, 2002), o exame citopatológico do colo do útero consiste na análise das células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo uterino (BRASIL, 2001).

A eficácia do exame depende da sistematização do conhecimento e da formulação de políticas públicas, bem como do desenvolvimento de ações com o envolvimento de multiprofissionais e participação da população (COELHO; PORTO, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que o exame seja realizado anualmente, preferencialmente, em mulheres de 25 a 64 anos ou que já tenham iniciado a atividade sexual e, após dois exames anuais consecutivos negativos, o exame deve ser realizado a cada três anos, exceto em mulheres portadoras de HIV. Para as mulheres soropositivas ao HIV, recomenda-se o exame deverá ser anual (BRASIL, 2002; COELHO; PORTO, 2009).

Apesar dessa recomendação ser muito bem fundamentada pela história natural do câncer, a recomendação pactuada pela Equipe do PSF José Nominato Santos Cambraia tem sido coleta anual, visando diminuir o número de faltosas.

A detecção precoce do câncer do colo uterino possibilita a cura na maioria dos casos, porém devido a fatores socioeconômicos, culturais, sexuais e reprodutivos muitas mulheres não aderem ao exame citopatológico e, conseqüentemente há uma cobertura insuficiente para reduzir a tendência à mortalidade por essa patologia (SILVA *et al.*, 2006).

Diversos motivos têm sido apontados para justificar a não realização do exame citopatológico do colo do útero. A não adesão ao mesmo é atribuída à falta de informações sobre o câncer do colo do útero, sobre a técnica de coleta e importância

do exame, sentimento de medo do exame e, principalmente, receio em receber um resultado positivo (FERREIRA, 2009). Neste contexto, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca se submeteram ao exame (RAMOS, 2007).

Cabe aos profissionais habilitados da Atenção Primária, incluindo aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), realizar a coleta do exame citopatológico do colo do útero, bem como realizar o exame clínico das mamas e solicitar mamografia, quando indicado, encaminhando os casos necessários para a Atenção Secundária (BRASIL, 2006b).

A Atenção Primária assume a responsabilização pela sua população adstrita e dentro do contexto do programa de prevenção contra o câncer do colo do útero deve realizar muitas ações que vão desde a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), até as dirigidas para detecção precoce do câncer: divulgação, informação e esclarecimento da população sobre o exame citopatológico, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação das mulheres com risco aumentado, convocação para o exame, realização da coleta da citologia, identificação das faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos para seguimento dos casos, orientação e encaminhamento para atenção secundária, avaliação da cobertura de citologia na área, avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para a coleta, planejamento e execução das ações na área sob responsabilidade da equipe voltada para melhoria da cobertura do exame (INCA, 2011).

O PSF José Nominato Santos Cambraia do município de Santo Antônio do Amparo MG, conta com uma equipe interdisciplinar completa, composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma odontóloga, uma técnica de saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista.

Dentro do contexto de ações propostas pelo Ministério da Saúde (MS) para prevenção do câncer do colo do útero, os profissionais da equipe da ESF do município oferecem palestras educativas em grupos operativos, realizam a coleta do exame citopatológico, recebem e interpretam os laudos que são anotados em um

caderno de registro de controle desses exames e anotam também no prontuário, realizam o encaminhamento dos casos necessários para a atenção secundária, além de manter o vínculo com a paciente para que o seguimento possa ser realizado. Ao avaliar a cobertura do exame em julho de 2012 verificou-se que a adesão ao exame, tem sido das mesmas mulheres que realizam o exame anualmente e que a busca ativa não está sendo efetiva, pois as mulheres que nunca se submeteram ao exame e aquelas que estão com atraso na realização do mesmo não estão sendo captadas pela equipe.

Ao realizar discussão entre os membros da equipe do PSF José Nominato Santos Cambraia sobre os fatos descritos foi percebido que ações mais efetivas devem ser implementadas. Foi sugerido promover ações educativas e a implantação de um fichário rotativo seria uma opção para organizar do serviço, visando facilitar a busca ativa e identificar as mulheres que devem prioritariamente receber a convocação para o exame.

Diante do exposto, este estudo visa propor um projeto de intervenção para melhoria do acompanhamento à saúde da mulher na detecção precoce do câncer de colo uterino. Trata-se da implantação do fichário rotativo no PSF José Nominato Santos Cambraia do município de Santo Antônio do Amparo-MG.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o MS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica-se efetivamente as taxas de incidência e mortalidade pelo câncer (BRASIL, 2006b)

A detecção precoce de lesões precursoras do câncer do colo do útero é essencial para diminuição dos índices de morbimortalidade por essa patologia e a principal estratégia é a realização do exame citopatológico do colo do útero em tempo oportuno, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Levando-se em consideração as informações apresentadas acima e a elevada ocorrência de câncer do colo uterino, associadas à experiência vivenciada pela Equipe de Saúde da Família do PSF José Nominato Santos Cambraia, que encontrou um elevado índice de mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico ou encontram-se com atraso na realização do mesmo, o tema foi considerado de extrema importância para realização deste trabalho. Visa, portanto, propor a organização do processo de trabalho da equipe da ESF, no contexto da atenção à saúde da mulher, no que concerne a prevenção do câncer do colo do útero pretende-se desenvolver um projeto de intervenção que caracteriza-se pela implantação do fichário rotativo.

Observa-se que a implantação do fichário rotativo permite a organização do processo de trabalho para melhor organização do serviço e visualização das necessidades de busca ativa das mulheres ao exame de Papanicolaou. Esse dispositivo possibilita o acesso a dados que permitem a programação da equipe para oferta de números adequados de exames e de alternativas necessárias para a captação dessas mulheres faltosas.

Esse tipo de instrumento permite organizar a oferta do serviço, oferecendo um atendimento programado, diferente do oferecido que ainda é focado na demanda espontânea, evitando falsas coberturas e possibilitando que a equipe realize as ações de prevenção de maneira eficaz e eficiente.

3 OBJETIVO GERAL

Relatar o processo de implantação o fichário rotativo das mulheres para estruturar a atenção preventiva contra o câncer do colo do útero na Equipe do PSF José Nominato Santos Cambraia de Santo Antônio do Amparo – MG.

3.1 Objetivos Específicos

Realizar o levantamento do número de as mulheres da área adstrita a ESF quanto a realização do Papanicolaou.

Descrever as etapas e os instrumentos que integram a implantação do fichário rotativo proposto.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar a elaboração do Plano de Ação, optou-se, no presente trabalho, realizar uma busca de referenciais teóricos por meio de uma revisão de literatura. Para busca de publicações sobre o tema foram utilizados livros, artigos, teses e dissertações no idioma português com data de publicação entre 2001 e 2013.

Para viabilizar a proposta deste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: atenção primária à saúde, esfregaço vaginal, neoplasias do colo do útero. Após localização das publicações pertinentes ao assunto foi realizada uma leitura atenta e crítica, para organização das informações.

Ao concluir a busca de informações, foi realizada a análise das mesmas e a elaboração de um plano de intervenção para ser proposto para a Equipe de Saúde da Família do PSF José Nominato Santos Cambraia para possível execução.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O câncer de colo do útero

O carcinoma de células escamosas do colo do útero, também conhecido como cervical, origina-se de lesões potencialmente malignas com crescimento celular displásico, denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC). As NICs são classificadas em NIC1, NIC2 ou NIC3, dependendo da gravidade da lesão (MARQUES, 2012). O carcinoma do colo do útero representa a segunda neoplasia maligna mais comum em mulheres, depois do câncer de mama e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCA, 2011).

Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos (INCA, 2011). Dados da Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC) relataram 530.232 novos casos de câncer do colo do útero e 275.008 óbitos em 2008, com mais de 83% dos casos encontrados em países em desenvolvimento. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) registrou estimativa de 17.540 novos casos no Brasil, em 2012, e 4.986 óbitos em 2010 (INCA, 2012). A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo Papilomavírus Humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco, também chamados oncogênicos, relacionados aos tumores malignos (MARQUES, 2012).

O câncer do colo do útero tem sido descrito como uma afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que pode evoluir para uma lesão cancerosa invasora, em 10 a 20 anos (INCA, 2002). Assim, pode ser considerado uma neoplasia evitável devido à longa fase pré-invasiva, quando suas lesões precursoras podem ser detectadas, pela disponibilidade de triagem através do exame citopatológico de Papanicolaou e pela possibilidade de tratamento eficaz das lesões (MULLER, 2008).

Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção. A incidência desse tipo de câncer ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária de 45 a 49 anos.

Na América Latina e no Sudeste Asiático, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto na América do Norte, Austrália, norte e oeste europeus são consideradas baixas (BRASIL, 2004).

Estudos revelam consistente associação entre o câncer cervicouterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. Os grupos vulneráveis concentram-se onde existem as maiores barreiras de acesso à rede de serviços, para detecção e tratamento precoce da patologia e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros (DUAVY *et al.*, 2007).

Existem vários fatores que se relacionam à patogênese do câncer do colo do útero, todos eles encontrados com maior frequência nas populações mais pobres, desinformadas e desassistidas. São descritos como fatores predisponentes: baixo nível socioeconômico; uso de contraceptivo oral; início precoce da vida sexual; multiparidade; múltiplos parceiros; parceiro com múltiplas parceiras anteriores; doenças sexualmente transmissíveis, principalmente infecção pelo HPV e Herpes tipo 2; falta de vitamina A e C; tabagismo; história familiar; infecções genitais associadas; falta de circuncisão no parceiro do sexo masculino; poucos hábitos de higiene (FLORIANO *et al.*, 2007).

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce implementadas no Brasil, entre elas o Programa Viva Mulher do Programa Nacional do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxa de incidência e mortalidade têm-se mantidas praticamente inalteradas no decorrer dos anos. Dentre as causas de permanência das taxas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde e o seu baixo grau de discernimento em relação à doença; a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica; a baixa capacidade do sistema de saúde em absorver a demanda que chega nas unidades de saúde; a dificuldade dos gestores em definir a rede de atenção preventiva e curativa do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006b).

5.2 O exame citopatológico do colo do útero: Papanicolaou

O câncer de colo de útero ocupa uma importante posição como causa de mortalidade, especialmente em países menos desenvolvidos. É um câncer que tem vários fatores de risco identificados e para o qual está disponível um exame eficaz para a detecção precoce: o exame de citologia oncótica, mais conhecido como Papanicolaou (FONSECA *et al.*, 2004).

A idade avançada, o baixo nível sócioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas), entre outros, têm sido identificados como fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou . A limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras socioeconômicas, culturais, e geográficas também se apresenta como responsável pela baixa cobertura dos exames de citologia oncótica, sendo um problema a ser enfrentado pelos gestores do programa de controle do câncer de colo de útero (PINHO *et al.*, 2003).

Os programas de rastreamento ou *screening* sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolaou, têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer (CAETANO *et al.*, 2006). Estudos indicam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse exame desenvolvem a doença com maior frequência e que, em diferentes países, tem havido redução nas taxas de incidência e mortalidade por essa neoplasia após a introdução de programas de rastreamento (PINHO; FRANÇA, 2003).

Iniciativas como o Programa Viva Mulher, lançado em 1996, e o desenvolvimento de campanhas nacionais sistemáticas têm contribuído para o aumento da cobertura do exame no país. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009)

Com o surgimento do PSF, a prevenção do câncer de colo uterino se tornou uma prioridade, ocasionando uma grande redução da incidência e mortalidade entre as mulheres que realizam periodicamente o exame.

Portanto, a não realização do exame deve ser um aspecto que deve ser atentado pelas equipes de PSF (BRASIL, 2003). Essa falta de adesão ao mesmo pode ser ocasionada por diversos motivos como o desconhecimento do câncer do colo do útero, da técnica de coleta e da importância do exame, o sentimento de medo do exame e do resultado positivo para câncer (FERREIRA, 2009)

5.3 Atribuições dos profissionais da Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) no controle do câncer do colo do útero

Para que as ações de prevenção e promoção causem impacto sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle do câncer do colo do útero, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar (BRASIL, 2006b).

Diante desta prática interdisciplinar, os profissionais da equipe do PSF vêm demonstrar as suas atribuições frente à prevenção do câncer do colo do útero 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):

5.3.1 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 do Sistemas de Informação em Saúde para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres de colo do útero.

- e) Conhecer os hábitos de vida, valores étnicos, culturais 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 da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal.
- j) Identificar as usuárias que necessitam de assistência ou internação domiciliar 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.

5.3.2 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 mama 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 e da mama.
- 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 e da mama, de acordo com o planejamento da equipe.
- f) Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado e amostras insatisfatórias. Para os exames sem anormalidades, o acompanhamento periódico.

5.3.3 Atribuições do médico

- a) Realizar atenção integral às mulheres.
- b) Realizar consulta, coleta de Papanicolaou e exame clínico das mamas;
- 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 contrarreferência local e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária.
- h) Indicar a necessidade de internação junto a Unidade de alta complexidade em oncologia (UNACON)/Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da usuária.
- i) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

5.3.4 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 ACS e da equipe de enfermagem.
- e) Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações de controle do câncer de colo uterino.
- f) Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe.

5.3.5 Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- a) Colaborar para a realização da 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.

5.4 Fichário Rotativo

Elaborado em moldes cubanos, o fichário rotativo é uma articulação da equipe do PSF e da Secretaria Estadual de Saúde para o controle do câncer do colo do útero, através do Programa Viva Mulher. A criação deste fichário rotativo tem a finalidade de controlar o comparecimento das mulheres ao Centro de Saúde para a realização do Papanicolaou, facilitando a busca ativa das faltosas e auxiliando na vigilância das lesões precursoras e estágios iniciais do câncer do colo uterino (INCA, 2002).

Para confecção do mesmo, utiliza-se um arquivo com 15 divisórias, sendo uma para cada mês do ano e mais três que deverão ser destinadas para as mulheres que nunca realizaram o exame, as que estão com o exame atrasado e aquelas que aguardam resultado do exame. Para cada mulher cadastrada na área adscrita, o agente comunitário de saúde irá inserir um cartão individual que fica arquivado de acordo com o mês em que cada uma delas realizou a última coleta do Papanicolaou (NOGUEIRA, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após realização do diagnóstico situacional do PSF José Nominato Santos Cambraia da cidade Santo Antônio do Amparo-MG, foram levantados os seguintes problemas:

- Alto índice de usuários de ansiolíticos e antidepressivos.
- Alta cobertura de exames citopatológicos de colo de útero, porém não existe rotatividade das mulheres em idade fértil e existe um grande número que nunca realizou o exame.
- Grande número de idosos morando sozinhos e em situação de vulnerabilidade.
- Alto índice de partos cesarianos.
- Alto índice de internações por condições sensíveis à atenção básica.

Para realização deste estudo foi priorizado o problema referente à atenção à Saúde da Mulher. Durante discussão com a equipe, foi possível identificar que a equipe possuía usuárias que realizavam o exame anualmente, porém havia muitas mulheres que nunca haviam realizado o exame ou estavam com o mesmo muito atrasado. Foi identificado que criou-se um vínculo com as mulheres que realizavam o exame com certa periodicidade e estas passaram a realizá-lo regularmente, mantendo as altas coberturas, porém será necessário ampliar ações para conscientizarmos àquelas usuárias que não realizam o exame periodicamente.

Diante do exposto, foi proposto a organização da atenção a essas mulheres para que nossos índices sejam condizentes com uma atenção ampla, eficaz e eficiente por meio da implantação do fichário rotativo de mulheres.

O primeiro passo foi o levantamento de dados das mulheres com idade entre 25 e 64 anos realizado pelos ACS: com nome, idade e data do último preventivo. Esse levantamento de dados foi realizado em julho de 2012 e foram encontrados os seguintes dados, conforme descrito no quadro 1:

Quadro 1	
Análise Situacional da cobertura de Papanicolaou em Julho de 2012	
Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos	1288
Mulheres que realizaram o exame preventivo papanicolaou no último ano	587
Mulheres que estão com o exame preventivo papanicolaou atrasado	389
Mulheres que nunca realizaram o exame	287
Mulheres não encontradas ou que não sabem informar a data do último exame preventivo Papanicolaou	25

Com esses dados levantados foi proposto a elaboração de um impresso, baseado no proposto pelo Programa Viva Mulher para iniciarmos a confecção do Fichário Rotativo. O impresso foi aprovado pela coordenação do PSF e pela secretaria de saúde e foi proposto a utilização do mesmo por todas as equipes de PSF do município (Apêndice 1).

A implantação do impresso foi iniciada em agosto de 2012. Os dados das mulheres foram levantados pelos ACS e os cartões foram preenchidos e organizados em um arquivo com 15 divisórias, sendo uma para cada mês do ano, uma para as mulheres

que nunca realizaram o exame, uma para as mulheres que estavam com o exame atrasado e outra para aquelas mulheres que aguardavam o resultado do exame. Em outro momento, foi acrescentado mais uma divisória para àquelas mulheres que apresentaram alterações nos exames e estavam em seguimento.

Após a implantação deste arquivo, propõe-se a continuidade do processo. Os cartões devem ser retirados pelo ACS um dia antes da realização do exame. A enfermeira deverá registrar os dados referente ao exame e colocar o cartão na divisório referente àquelas mulheres que aguardam resultado do exame. Após o recebimento do resultado do exame, a enfermeira deverá registrar no cartão e arquivar no mês referente ao próximo exame ou na divisória correspondente às mulheres em seguimento, caso haja alteração no resultado do exame realizado. Os ACS's deverão realizar busca ativa das mulheres com preventivo atrasado e daquelas que nunca realizaram o exame, e esse processo deve ser supervisionado por toda equipe. Se necessário, atividades educativas deverão ser realizadas de forma a criar vínculo com a população alvo e também sanar dúvidas das usuárias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A ESF representa atualmente uma importante estratégia para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde. Dentro desse contexto de prevenção, as ações de controle do câncer de colo uterino são de extrema relevância, visto que tal patologia apresenta altos índices de morbimortalidade, apesar de ser facilmente detectável e prevenível, principalmente por meio da realização periódica do exame preventivo Papanicolaou.

São vários os fatores que influenciam na adesão ao Papanicolaou, entre eles os socioeconômicos, culturais, sexuais e reprodutivos e todos devem ser considerados no momento no planejamento das ações.

Ao refletir sobre o assunto, durante a revisão da literatura, foi possível entender a importância da prevenção e esse foi o principal subsídio para discussão com a equipe sobre as medidas de prevenção que devem ser estimuladas, entre elas palestras educativas que incentivem o autocuidado e a realização regular do Papanicolaou. Devemos focar sempre na detecção precoce dessa patologia, para conseguirmos fazer a diferença nessas estatísticas tão cruéis. Não podemos admitir que tantas mulheres adoeçam e morram por um mal que pode ser evitado e detectado tão facilmente.

Por fim, a implantação do fichário rotativo no PSF José Nominato Santos Cambraia de Santo Antônio do Amparo-MG, foi uma experiência extremamente exitosa no que tange à organização do serviço e coleta de informações para subsidiar o processo de trabalho da equipe. Infelizmente não foi possível obter maiores resultados pois, após três meses da implantação do mesmo, deixei de fazer parte da equipe, mas a proposta foi repassada para a enfermeira e se mantém em funcionamento objetivando oferecer uma atenção de qualidade para a população amparense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, K.M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 301-309 Rio de Janeiro, 2013 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. 125p
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Falando sobre o câncer de colo do útero** . Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2002. 67p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2003. 94p
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil: estimativa/2005**. Brasília: Instituto Nacional do Câncer. 2004. 1p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. 4 ed. Série Manuais. n 68. Brasília, 2006. 111p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle de Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 B. 192p
- CAETANO, R *et al.* Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis**. v.16, n.1, p. 99-118. Rio de Janeiro, 2006.
- COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009. 120p
- DUAVY, L.M *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n.3, p. 733-742. Rio de Janeiro, 2007.
- 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, p. 378-384. Rio de Janeiro, 2009.
- FLORIANO, M.I. *et al.* Conhecimento sobre os fatores de risco associados ao câncer de colo uterino em idosas de Umuarama-PR. **Arq. Cient. Saúde Unipar**, v.11, n. 3: p.199-203, set/dez 2007.
- FONSECA, LAM *et al.* Tendência da mortalidade por câncer de útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.1, p. 136-142. Rio de Janeiro, 2004.

HACKENHAAR, A.A, *et al.* Exame citopatológico do colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas RS: Prevenção, foco e fatores relacionados à sua não realização. **Rev Brasileira de Epidemiologia**. V.9, n.1, p.103-11, 2006

IBGE. Cidades, MG. 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.

Disponível em:

http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo:3150080&corhoem=3d4590&cormulher:9cdbfc> Acesso em: 15 de ago 2012

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002. 67p

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. 100p

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Atualização 2011. Versão para consulta Pública. Brasília: INCA, 2011. 106p

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Definição de Colo Uterino**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/definicao. Acesso em: 14 abr. 2013

MARQUES, A. E. M. Avaliação da presença do papilomavírus humano em orofaringe de pacientes com neoplasia intra-epitelial escamosa de alto grau e carcinoma invasivo do colo do útero, e de seus companheiros no Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF. 2012. 115 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)—**Universidade de Brasília**, Brasília, 2012.

MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, **Escola de Saúde Pública do Ceará**, 2002. 176p

MULLER, Deise Karine et al . Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.33,n.9, p. 258-263, Rio de Janeiro, 2008

NOGUEIRA, Irlene Aparecida . Prevenção de câncer de colo uterino no contexto da estratégia de saúde da família. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Uberaba, 2010. 55f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

RAMOS, S.P. **Exame Ginecológico Preventivo do Câncer Papanicolaou: Citologia oncótica**. Atenção à Saúde da Mulher. Campinas, 2007. 02p

RONCOLLETA, A. F. T. *et al.* **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2003. 323p

SILVA, D.W, *et al.* Cobertura e fatores associados com a não realização do Exame Papanicolaou em município no Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia**. V.28, n.1, p. 24-31, 2006.

PINHO, A.A. *et al.* Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**. v.19, p.303-313. Rio de Janeiro, 2003.

PINHO, A.A.;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 Matern Infant**. v.3, n.1, p.95-112. Recife, 2003.

APÊNDICE

Impresso Fichário Rotativo - Frente

PSF: _____ ACS: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

DN: __/__/__ IDADE: __ ANOS MENARCA: _____ MENOPAUSA: _____

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

Impresso Fichário Rotativo - Verso

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____

DATA DO EXAME: __/__/__ DATA RESULTADO: __/__/__

OBSERVAÇÕES: _____

RESULTADO: _____

CONDUTA: _____
