UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BAIXA ADESÃO AO PAPANICOLAOU:

ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR A REALIZAÇÃO DO EXAME

Pollyanna Elisa Pereira de Souza

Lagoa Santa- Minas Gerais

2012

Pollyanna Elisa Pereira de Souza

BAIXA ADESÃO AO PAPANICOLAOU

ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR A REALIZAÇÃO DO EXAME

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

Orientador: Mário Dias Corrêa Júnior

Lagoa Santa- Minas Gerais

2012

Pollyanna Elisa Pereira de Souza

BAIXA ADESÃO AO PAPANICOLAOU

ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR A REALIZAÇÃO DO EXAME

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

Orientador: Mário Dias Corrêa Júnior

Banca Examinadora

Prof. Dr. Mário Dias Corrêa Júnior (Orientador)

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 02/03/2013

Dedico este trabalho a minha filha Laura,

que é a melhor pessoa que já conheci.

E é a responsável pela melhor coisa que já

me aconteceu: ser a mãe dela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço toda a equipe de profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde Córrego das Calçadas, no município de Santa Luzia, que se reúnem para criar novas estratégias para os problemas que enfrentamos.

A minha filha que apesar de ter quatro anos compreendeu a ausência durante todo o curso.

E ao tutor que possibilitou a concretização deste trabalho.

“Você deve ser a própria mudança que deseja ver no mundo”

Mahatma Gandhi

RESUMO

Trata-se de relato de experiências de estratégias criadas pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde Córrego das Calçadas do município de Santa Luzia, frente a dificuldades encontradas devido à baixa adesão ao exame Papanicolaou e os motivos apontados pelas usuárias para não realizarem o exame preventivo. Afinal, uma das principais causas de morte entre as mulheres é o câncer, e o de colo de útero é o segundo mais frequente, mas com a detecção precoce tem um dos melhores prognósticos entre os outros tipos de cânceres. O método utilizado foi a revisão narrativa, com levantamento de material no SciELO , nos documentos do Ministério da Saúde e de Minas Gerais De forma geral, pode-se afirmar que é necessário mudar a forma de agendamento para o preventivo, adequando-o às necessidades das mulheres, além de incentivo contínuo e ampliação de conhecimento de toda a população para estimular a realização do exame.

Palavras chave: Esfregaço vaginal. Exame Papanicolau. Atenção básica.

ABSTRACT

To take care of reporting experiences of strategies created by the team of the Unidade de Saúde Córrego das Calçadas of the city of Santa Luzia, facing difficulties due to poor adherence to Papanicolaou testing and the reasons given by usurer to no the precaution exam. Finally one of the leading causes of death among women is cancer, and cervical is the second most frequent, but with early detection is one of the best prognostics among other types of cancers. The method used was a narrative review , with die lifting o SciELO, o document em Ministério da Saúde e de Minas Gerais. Overall, we conclude that it is necessary to change the way scheduling to him precaution suiting the needs of women, encouragement and continuous expansion of knowledge of the entire population to stimulate the exam.

Keywords: Rubbing vagina, Exam Papanicolaou, Attention Basic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Equipe de Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SISCOLO	Sistema de Informações Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 11

2 JUSTIFICATIVA.....13

3 OBJETIVOS.....14

4 METODOLOGIA.....15

5 DESENVOLVIMENTO.....16

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 23

REFERÊNCIAS..... 25

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, sendo garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse seguimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado tendo como base os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (ROSA E LABATE, 2005)

Ainda de acordo com Rosa e Labate (2005), a história do Programa de Saúde da Família (PSF) teve início quando o Ministério da Saúde (MS) reformulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com o objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desamparadas. Com todos esses acontecimentos percebeu-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O PSF foi criado em 1994 pelo MS para reorganizar o modelo assistencial de saúde. O principal objetivo era levar a saúde mais próxima da família e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Francischine *et al.* (2008) relatam que a proposta do PSF é a implantação e implementação do SUS, tendo uma equipe básica composta por um médico generalista, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um a dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro cuidando de 4500 famílias adscritas a uma área de abrangência.

A Unidade de Saúde da Família nada mais é que um local público de saúde destinado a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades características do nível primário de atenção (BRASIL, 1997).

Santana e Carmagnani (2001) relatam que o “cuidar” não se trata somente do indivíduo, mas da família como um todo, inserida em um determinado território. Cuidar exige respeito, competência, sensibilidade e solidariedade. É preciso ser presente, conhecer e criar vínculos com o outro.

Conforme Almeida e Mishima (2001), a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com

interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

Para conseguir que as mulheres participem efetivamente da forma como é preconizada a realização do exame citopatológico de câncer do colo do útero, é necessário explicar a importância da sua realização e é imprescindível a participação de todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF). Qualquer tipo de câncer, se detectado precocemente, tem um tratamento mais efetivo, já que a cura não existe. Mas por meio de vacinação e da citologia oncótica temos maneiras de evitar e detectar a doença, respectivamente. O câncer do colo uterino é o segundo tumor mais frequente e a quarta causa de morte feminina no Brasil.

Este tipo de câncer demora muitos anos para se desenvolver, mas na maioria das vezes tem tratamento com bom prognóstico se iniciado nos primeiros estágios da doença. É importante que as mulheres tenham conhecimento sobre a doença, o que torna possível a cura.

O exame recebeu a denominação de Papanicolau ou Papanicolaou por causa de George Nicholas Papanicolaou que fazia pesquisas sobre o assunto desde 1917. Em 1940, o teste recebeu esse nome em sua homenagem. É popularmente chamado de exame de prevenção.

O HPV é a sigla em inglês para Papilomavírus Humano, que infecta a maioria de mulheres sexualmente ativas ao longo da vida. Somente alguns tipos de vírus HPV tem alto risco de provocar câncer. O HPV pode causar condilomas genitais conhecido como verrugas, e lesões na vulva e no colo do útero.

Diante do exposto, questiona-se: Quais são os motivos que levam as mulheres a faltar ao exame de prevenção do colo do útero? O que fazer para ampliar a adesão ao Papanicolaou? Quais estratégias são necessárias para evitar as faltas no dia de realização do exame?

2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo. Anualmente são registrados cerca de 471 mil casos novos. Quase 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2006)

Considerando a morbidade e mortalidade relacionada ao câncer de colo de útero é necessário que haja uma responsabilização de todos os atores envolvidos. O Ministro e Secretários da Saúde, gestores e todos os profissionais de saúde, devem reconhecer e se comprometer com todos os instrumentos para auxiliar na luta contra o câncer.

Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer do colo do útero, as intervenções passam a ser direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno (BRASIL, 2006).

Diante desse contexto e das dificuldades enfrentadas, na unidade de saúde onde trabalho, relacionadas com o assunto em pauta, percebi ser uma oportunidade ampliar conhecimentos a esse respeito. Senti que a busca de maior capacitação com vistas à atualização de outros qualquer leitores também, de maneira rápida e produtiva, seria louvável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Relatar a experiência de estratégias criadas pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde Córrego das Calçadas do município de Santa Luzia, frente às dificuldades encontradas devido à baixa adesão ao exame Papanicolaou.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar o que se tem publicado a respeito do câncer do colo do útero.

Pontuar os motivos apontados pelas pacientes para não comparecerem ao exame.

Apontar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para diminuir a ausência no dia agendado do Papanicolaou.

Descrever os incentivos realizados no PSF Córrego das Calçadas para aumentar o comparecimento ao exame.

4 METODOLOGIA

Optou-se por revisão narrativa, onde o autor analisa e interpreta a literatura publicada e faz uma análise crítica pessoal. Esse tipo de revisão, também conhecida como tradicional, é ampla e não exige um protocolo rígido para sua realização (CORDEIRO *et al.,* 2007).

As fontes de pesquisa bibliográficas utilizadas foram levantadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no *Scientific electronic library on line* (SciELO) e no Sistema de Informações do Instituto Nacional do Câncer.

Segundo Silva e Trentini (2002), a revisão narrativa não é imparcial porque permite o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador sobre como os outros fizeram.

Os descritores usados para levantamento do material foram: esfregaço vaginal e exame Papanicolau.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 Câncer do colo do útero

O câncer é das doenças crônicas, potencialmente ameaçadoras da vida, e caracteriza-se pelo crescimento descontrolado de células anormais. Exames podem ser realizados na atenção primária, com confirmação diagnóstica pela média complexidade, de maneira relativamente simples e de baixo custo, e mesmo assim, cânceres passíveis de detecção precoce, apresentam o mesmo perfil de mortalidade de outros que não tem as mesmas facilidades.

Em Minas Gerais, o câncer é um problema de saúde pública, sendo a segunda causa de morte, com tendência crescente para os próximos anos (MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2009).

Cerca de um quinto dos cânceres em seres humanos é atribuído à infecção persistente por vírus, bactérias ou parasitas. A infecção é categorizada como fator de risco com maior possibilidade de modificação com o objetivo de reduzir a incidência de câncer. Algumas infecções requerem a mudança individual de comportamento, outros requerem mudanças mais abrangentes e existem os que não apresentam nenhum grau de modificação. Os fatores modificáveis apresentam maior importância nas medidas de prevenção para reduzir o risco da doença (BRASIL, 2009).

Discorrendo acerca do câncer do colo do útero, sabe-se que o colo é revestido de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas. Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. A evolução, na maioria dos casos, passa por fases pré-clínicas, detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, este é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2002 e 2009).

Apesar do Papanicolaou ter sido introduzido no Brasil desde a década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública. A primeira mobilização nacional ocorreu em 1998 com a realização de três milhões de exames, dos

quais 65% foram na faixa etária de maior risco da época (35 a 49 anos de idade). Foram detectados 60 mil exames com algum tipo de alteração, e 77% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer foram tratadas e acompanhadas. Neste mesmo ano foi criado o Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) (BRASIL, 2002).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, são 19,2 casos novos de câncer de colo do útero para cada 100.000 mulheres, num total de 18.680 novos casos, representando cerca de 8% de todos os tipos de cânceres no sexo feminino, no ano de 2008 (BRASIL, 2009).

No que diz respeito ao exame preventivo do câncer do colo do útero, várias mulheres apresentam preconceito, medo e falta de informação e sofrem muito também quando isso parte dos companheiros. As que apresentam maior vulnerabilidade social, com dificuldades econômicas, geográficas e culturais, encontram as maiores barreiras de acesso a informações e aos serviços de saúde e aproximam-se dos fatores de risco para o câncer de colo uterino. Os marcadores da população de risco são baixo nível sócio econômico, alimentação pobre em alguns nutrientes, idade precoce na iniciação da vida sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, raça negra, imunossupressão, tabagismo, mas o principal fator é a infecção pelo HPV (MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2002, SMITH, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo, desde 1992, o HPV como principal responsável pelo câncer de colo do útero, aprofundou esse conceito em 1996, em parceria com a *International Agency for Research on Câncer* (IARC)(IARC,1992).

Aproximadamente, são 150 tipos de HPV. Alguns causam verrugas nos pés e mãos, outros nos órgãos genitais, e existem ainda os inofensivos. Dependendo do grupo a que pertencem, resultam em tumores ou verrugas genitais. Quarenta têm preferência pela mucosa genital. Os tipos 6 e 11 causam 90% das verrugas genitais.Tumores malignos são causados por 15 tipos, destes, os tipos 16 e 18 são responsáveis por 70% dos casos de câncer do colo do útero (SMITH, 2004).

Assim, foram identificados os tipos 16 e 18 como os principais agentes etiológicos desse tipo de câncer, firmando-se, cientificamente, pela primeira vez, a indução de um tumor por vírus (BRASIL, 2009).

Existem dois tipos de vacina contra o HPV: a bivalente contra os tipos 16 e 18, e quadrivalente que age também nos tipos 6 e 11, já que verrugas genitais têm tratamento difícil e fácil contágio. São recomendadas para meninas entre 9 e 26 anos, preferencialmente antes de iniciar a vida sexual. São três doses por via intramuscular. A primeira dose fica a cargo da paciente ou da família; a segunda dose é administrada 1 a 2 meses após, e a terceira dose 6 meses após a primeira dose. A vacina não é oferecida pelo MS (SMITH, 2004 e BRASIL, 2009).

O contato sexual é o tipo de contágio que mais ocorre, mas a mucosa infectada no sexo oral e preliminares é suficiente para contaminação. A indicação é que o uso de preservativo seja incentivado para todas as mulheres, mesmo as com união estável. A transmissão do vírus por objetos é raríssima, mas possível (SMITH, 2004).

No Brasil, de acordo com o MS, milhões de mulheres dentro da faixa etária preconizada atualmente (25 a 64 anos) nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero. A contaminação inicia-se nas faixas etárias mais jovens e o risco aumenta, rapidamente, até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 59 anos de idade. Na maioria dos casos, a evolução deste tipo de câncer ocorre de maneira lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009). No início a doença é assintomática, e não existe cura estabelecida, por isso, o nome popular de prevenção se aplica a prevenção de diagnóstico tardio e/ou morte, já que a detecção deve ser precoce para tratamento efetivo antes mesmo das lesões serem visíveis. Portanto tão importante quanto a realização do exame, é buscar o resultado e iniciar o tratamento.

5.2 Situação do PSF Córrego das Calçadas

Por meio de vivências e após a realização do diagnóstico situacional da equipe do PSF Córrego das Calçadas, no município de Santa Luzia, percebi que ao longo dos anos o problema que mais inquietava a equipe e mais dispensava esforços e discussão nas reuniões de equipe era a ausência das mulheres agendadas no dia da realização do Papanicolaou. Relatar as experiências, importância e informação, para incentivar mulheres a fazerem o exame preventivo de câncer de colo uterino tornou-se um desejo.

Quando comecei a trabalhar na unidade, o agendamento era realizado após solicitação para os ACS nos domicílios e na recepção do PSF com registro em um caderno tipo “lista de espera” na unidade, onde anotávamos também a DUM (Data da Ultima Menstruação), para que a marcação fosse realizada o mais próximo do dia da realização do exame a fim de evitar as justificativas mais comuns de faltas: esquecimento e menstruação. Mas algumas pacientes relatavam que solicitavam para os ACS mas não obtinham marcação ou retorno.

Então, deixamos o agendamento a cargo das mulheres, podendo ser feito por elas ou qualquer outra pessoa, toda sexta-feira, para se submeterem ao exame na terça feira, afim de evitar também a omissão na realização do mesmo. O agendamento dos últimos horários do dia era destinado para as mulheres que trabalhavam, para não prejudicar totalmente a atividade laboral do dia do exame. Desse modo, o motivo passou a ser somente a menstruação, mas as ausências continuavam.

Percebi que era necessário explicar a importância do Papanicolaou para ampliar a adesão. Detectar alterações celulares a nível microscópio mesmo antes de qualquer visualização ao exame especular é um dos principais objetivos, porque traz as melhores possibilidades de tratamento. Então, iniciei a execução de palestras mensais com diversos tipos de orientações desde aparelho genital feminino, menstruação, ovulação, fecundação, reprodução, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de mama e de colo de útero, a técnica de coleta de material citológico do colo do útero,

recomendações prévias para realização do exame, situações especiais para coleta.

No início, as pacientes reclamavam muito, como é da cultura das pessoas, mas quando participavam, interagiam e se sentiam a vontade para esclarecer duvidas. O agendamento era realizado no final do encontro, para o próximo mês. Abrimos exceções para as mulheres que trabalhavam e, neste caso, a orientação era realizada também coletivamente, de forma mais sucinta e no mesmo dia do exame, a fim de evitar absenteísmo.

Segundo estudos de prevalência, mulheres com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV. É razoável que mulheres com DST sejam submetidas à citopatologia mais frequentemente, pelo seu maior risco de serem portadoras de câncer do colo do útero ou de seus precursores. O exame preventivo não tem o objetivo de identificar DST, embora muitas vezes seja possível a identificação do agente ou efeitos citopáticos sugestivos da presença dos mesmos (BRASIL, 2006).

Após reunião com a coordenação da atenção básica do município, foram estabelecidas metas por equipe para realização do exame com faixa etária de 25 a 59 anos, já que esse era um indicador que tínhamos que melhorar. Retomamos o agendamento sendo realizado pelos ACS a fim de priorizar o agendamento para alcançar esta faixa de idade. Nossa equipe teria que realizar 37 exames mensais que foram determinados de acordo com a população da área de abrangência de cada equipe. O agendamento para menores de 25 anos e maiores de 59 anos acontecia somente após a realização da quantidade de exames estabelecida.

O exame citopatológico segundo o MS, deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez ao ano, e, após dois exames anuais consecutivos normais, deve ser realizado a cada três anos. Mulheres virgens não deve realizar o exame na rotina. A coleta em gestantes pode ser feita em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês da gravidez, e não se deve usar escova de coleta endocervical no exame. As mulheres que se submeteram a histerectomia subtotal devem seguir a rotina normal, e nas

submetidas à histerectomia total deve ser feita a coleta do fundo de saco de DouglasNa prática o que vejo é que mesmo que a orientação seja de coleta anual, as mulheres que comparecem para realização anual são sempre as mesmas do ano anterior apesar do que a equipe tem feito (BRASIL, 2006).

Hoje em dia, retomamos o agendamento novamente com a responsabilização das pacientes, a marcação acontece durante todo o horário de funcionamento da unidade. A população é constantemente estimulada a agendar o exame e a divulgação de como deve ser marcado acontece nas consultas, informativos impressos e visitas domiciliares. Como as datas estão se tornando cada vez mais distantes, iniciamos a realização do exame duas vezes por semana, e as ACS comparecem uma semana antes da data marcada para relembrar e estimular o comparecimento. Uma nova informação é a necessidade do número do cartão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Quem não dispõe do número deve providenciar e neste momento é orientado pelos agentes sobre o que deve ser feito.

As mulheres que retornam em outra data para realização do exame na maioria absoluta das vezes dizem que menstruou, o que acredito se deve ao fato de esta ser uma desculpa incontestável. Em outros momentos como, por exemplo, quando vão reagendar o papanicolaou na recepção da unidade, ou quando o ACS vai fazer a busca ativa das mulheres faltosas no domicílio, elas ficam mais a vontade para dizer que não podiam perder a novela da tarde, ou que estavam dormindo, que o sol estava muito quente, que estava chovendo ou que simplesmente esqueceram. Um relato que ocorre com certa frequência é que, por vergonha, só se submetem ao exame com profissionais do sexo feminino e que não realizariam o exame se fosse com um enfermeiro ou médico. Em outros casos é o cônjuge que não permite que o exame seja realizado com profissional do sexo masculino.

O MS orienta que o exame deve ser realizado no mesmo dia que a mulher chega a UBS, ou que ela pelo menos saia com o agendamento. Na nossa unidade, já conseguimos fazer o agendamento no momento solicitado, mas não para a mesma data. Outra possibilidade para diminuir o tempo entre o agendamento e a data da realização é comparecer nos dias da semana que o exame é realizado para tentar uma vaga de desistência, mas isso é difícil para as usuárias que trabalham. Até hoje conseguimos atender bem esta nova

demanda criada pela própria equipe. Ampliar a quantidade de exames oferecidos não é possível devido à quantidade de espéculos disponíveis. Criamos um impresso para que no momento do agendamento, a mulher possa levar juntamente com a data e horário, as orientações necessárias para a realização do exame: não pode estar menstruada, não ter relação sexual na véspera do exame, não fazer duchas vaginais, não utilizar pomadas vaginais nos dias anteriores ao exame.

Constatamos que algo que se repete ao longo dos anos é que um mesmo grupo mulheres realiza o exame anualmente, ou em até três anos. A indicação do MS de realizar o exame com intervalo de três anos após dois exames normais me preocupa, já que as mulheres não lembram a Data da Última Menstruação (DUM), muito menos quando realizaram a ultima prevenção. Muitas das que agendam não estão na faixa etária preconizada pelo MS. Isso ocorre mais com as mais jovens que ao iniciarem a vida sexual ativa vem realizar o exame apresentando outras demandas, como queixas, dúvidas e contraceptivo.

A realização do exame, sendo feita próximo de casa pelo médico ou enfermeiro da ESF, facilita e amplia o processo de humanização. Relatos de mulheres que dizem que no passado, o ginecologista não cumprimentava, às vezes nem as olhava, quando entravam no consultório e já orientavam: “entrar no banheiro e trocar a camisola que está atrás da porta”, são comuns. Por isso, a humanização é mais fácil de ser trabalhada hoje em dia. É necessário trabalhar os valores culturais, explicar o porquê e enfatizar a importância de se submeter ao exame, e ainda adequar ao que é preconizado e orientado pelos protocolos do MS e do município. Para a enfermagem cuidar, e prevenir são missões, uma responsabilidade essencial. Durante o atendimento para o Papanicolaou, oferecemos também o exame das mamas e orientações relacionadas aos dois exames, dessa forma desenvolvemos a possibilidade das mulheres realizarem o autoexame das mamas e de modo geral o autocuidado e autoconhecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É dever e um prazer para o profissional enfermeiro conquistar resultados positivos, principalmente os relacionados com cuidados preventivos.

A OMS, o SUS, o MS e o PSF objetivam que os profissionais de saúde se empenhem o suficiente para alcançar as metas preconizadas. Todo trabalhador de cada ESF deve fazer a sua parte para que se consiga alcançar resultados positivos. Dessa forma, cada nova mulher que realiza o exame deve ser considerada como uma vitória.

Profissionais devem incentivar ações que reduzem a exposição aos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo do útero, principalmente tabagismo e infecção pelo HPV. Mas os fatores de prevenção também incluem a educação sexual: retardar o início de atividade sexual e gravidez, parceiro único, uso de preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis e fazer higiene íntima.

O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina e a mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença. Alguns fatores como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família -, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico da situação e doença das mulheres (BRASIL, 2006)

Encorajar e orientar as mulheres sobre a importância de se submeter ao exame para alívio ou detecção precoce da doença e de suas lesões precursoras garantindo tratamento em tempo hábil e adequado é o grande desafio que temos pela frente. É a meta da nossa equipe de saúde.

A priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pela presidente Dilma Roussef.

Espero não só que a ESF onde trabalho, mas que também todas as outras que enfrentam o mesmo problema de baixo comparecimento para

realização do exame, possam cada vez mais criar estratégias para ampliar a adesão ao Papanicolaou.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface,** Botucatu, v.5, n.9. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Xx p, : Il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Manual Técnico. Organizando a Assistência. Brasília, Ministério da Saúde 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2009.

CORDEIRO, A. M. et. al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v.34, n.6, dez. 2007.

FRANCISCHINE C.A *et al.* **A importância do trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família,** CIDADE, v.8, n.1-3, p. 25-32. 2008.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, Cancer incidence in Five continents- **IARC Scientific Publication** n. 120,Lyon, 1992.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. SE/GVE/PAV-MG. **Informações básicas para a suspeita e detecção precoce do câncer**: A prevenção do câncer é prioridade em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007 16p.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, Nov./dez. 2005.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa Saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 10, n.1, p. 33-53, jan./jul. 2001.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da, TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. de enferm.** Maio/jun. v.10, n.3, 2002.

SMITH, Roger P. **Ginecologia e Obstetrícia de Netter**. Trad. Rafael de Andrade Duarte. – Porto Alegre: Artmed, 2004.