

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Angela Maria Costa de Oliveira

**ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES PARA O CONTROLE DE CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO E MAMA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Angela Maria Costa de Oliveira

**ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES PARA O CONTROLE DE CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO E MAMA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Andréia Tomazoni

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Elaboração do Plano de Ações para o Controle de Câncer de Colo de Útero e Mama no município de Rio Branco**, de autoria da aluna **Angela Maria Costa de Oliveira** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactante.

Profa. Msc. Andréia Tomazoni

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus que com sua infinita bondade me deu forças para continuar, mesmo diante de tantas dificuldades. A minha orientadora Enfermeira Mestre em Enfermagem Andreia Tomazoni pelo constante incentivo e apoio durante a realização do curso. A minha amiga Disneide Lopes pela colaboração na informática. E ao meu esposo Waldemir e meus filhos Diego e Matheus, porque família é tudo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	3
3 MÉTODO.....	7
4. PLANO DE AÇÃO.....	9
4.1 Problemas identificados	9
4.2 Estratégias propostas	10
4.3 Ações a serem desenvolvidas	11
4.4 Metas	11
4.5 Monitoramento e avaliação	12
4.6. Recursos Humanos.....	13
4.7. Recursos Materiais	13
4.9 Plano de Trabalho / Proposta de Aquisição / Equipamentos e Material Permanente e Outros Insumos	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ações para o controle de câncer de colo de útero e mama no município de Rio Branco, Acre. Trata-se de um projeto de intervenção realizado de dezembro de 2013 a abril de 2014. Para elaboração do plano, utilizaram-se os dados do Sistema de Informação do câncer de colo de útero e do Sistema de Informação do câncer de mama. Após, foram identificados os potenciais problemas relacionados à baixa adesão das mulheres aos serviços de saúde para a realização de exames preventivos, assim como as principais dificuldades da rede de atendimento na atenção básica de saúde, propondo um plano de ações. Espera-se que a partir do plano desenvolvido seja possível melhorar a rede de serviços e as ações de prevenção de câncer de colo uterino e mama, ampliando o acesso das mulheres a fim de reduzir os índices de mormimortalidade dessa doença.

1 INTRODUÇÃO

O Câncer é uma doença crônico-degenerativa que tem como característica, o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. As células cancerosas dividem-se rapidamente de forma agressiva e incontrolável, determinando a formação de tumores que podem espalhar-se para outras regiões do corpo ocasionando transtornos funcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Existem vários tipos de câncer e dependendo de onde se originam os tumores o câncer pode ser denominado como câncer de pele, osso, músculo, bexiga, próstata, estômago, colo do útero, mama, pulmão, fígado, entre outros, sendo estes os mais observados e de maior incidência ocorridas na população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O aparecimento da doença está diretamente relacionado a uma multiplicidade de causas, consideradas na epidemiologia e no campo da saúde como fatores de risco, entretanto não há dúvidas que em vários tipos de câncer o fator genético tem papel importante, porém é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores que determina o risco do adoecimento por câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer estão relacionados ao estilo de vida, condições sociais e ambientais, tais como o uso de tabaco e álcool, sedentarismo, alimentação inadequada resultando em excesso de peso, exposição solar, prática sexual sem proteção e a contaminação por agentes infecciosos como vírus e bactérias, estes últimos sendo responsáveis por grande parte da incidência de câncer no mundo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O tabagismo é a maior causa de câncer de pulmão, e de outros órgãos, cuja mortalidade é 15 vezes maior em fumantes do que entre pessoas que nunca fumaram. Entre os agentes infecciosos, destaca-se o Papiloma Vírus Humanos (HPV), *Helicobacter Pylori* e os vírus da Hepatite B e C, responsáveis por 18% dos casos de câncer no mundo, sendo que o HPV está associado a 100% dos casos de câncer de colo e útero e 5,2% do total de casos diversos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo estimativas de 2012 mais de 14,1 milhões de pessoas no mundo adquiriram câncer 1,4 milhão a mais do que em 2008, e o número de mortes por câncer para este mesmo ano, atingiu 8,2 milhões, sendo que o câncer de mama matou 522 mil mulheres. A IARC – Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer - prevê um aumento gradual nos casos mundiais de câncer podendo chegar a 19,3 milhões em 2025, junto com a expansão e

envelhecimento da população. O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais freqüente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja, o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura. Nesse sentido cabe destacar que o INCA tem uma estimativa de 15.590 novos casos para 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O perfil mais comum é de adultas jovens, e não idosas. A grande maioria está entre os 30 e 40 anos. São mulheres que ainda estão em idade fértil, mães que têm filhos pequenos. Segundo o INCA, na região Norte, a incidência da doença é maior do que nas outras regiões do Brasil. Nela, o câncer de colo do útero é o que mais acomete mulheres, vindo antes do câncer de mama, diferente do resto do país. Isso tem referência com os hábitos de vida, com o início precoce da vida sexual, o grande número de parceiros sexuais durante a vida e a falta de cobertura de preventivo devido a acessibilidade de ribeirinhos, entre outros fatores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) da cidade de Rio Branco-Acre, oferece em toda sua rede básica de saúde a coleta de exames citopatológicos cérvicos-vaginais e exames de prevenção do câncer de mama. No ano de 2013, foram realizadas, de acordo com o SISCOLO 22.066 coletas, que equivale a 0,87% de um terço da população feminina dessa faixa etária. A razão de exames citopatológicos no município de Rio Branco apresentou crescimento de 315% de 2005 a 2012 apresentando pequena redução em 2013. Os anos de 2011 e 2012 destacaram-se pelos maiores índices em decorrência da organização dos serviços e qualificação dos profissionais, chegando-se a um maior número de exames realizados. Em 2013, houve uma discreta redução, necessitando implantar estratégias mais eficazes tornando-se necessário a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, mas informar sobre os sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Em 2013 foram realizados 1.930 exames de mamografia em mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos, até o mês de novembro e observou-se que a razão entre mamografias realizadas em mulheres nessa faixa vem aumentando no decorrer dos anos passando de 0,073 em 2008 para 0,198 em 2013 (SISCOLO, 2013).

Nesse contexto, diante da grande preocupação da SESMA e da área técnica de Saúde da Mulher Criança e Adolescente de Rio Branco, com relação à baixa adesão das mulheres aos exames preventivos, a falta de alguns materiais permanentes nas Unidades Básicas de Saúde e a necessidade de capacitação de profissionais de saúde, foi identificado e solicitado a necessidade da elaboração de um plano de ações para melhorar estas questões. Assim, a autora deste trabalho e enfermeira da Área Técnica de Saúde da Mulher Criança e Adolescente, propôs a elaboração de um plano de ação contemplando estratégias e financiamento necessário para suprir estas demandas.

Dessa maneira, este estudo tem como objetivo elaborar um plano de ações para o controle de câncer de colo de útero e mama no município de Rio Branco, Acre.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino, e que tinha Arthur Campos da Paz em sua direção. Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 1968, José Aristodemo Pinotti iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para Campinas e região, com base na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). No início dos anos 1970, João Sampaio Goes iniciou programa semelhante atingindo vários municípios do Estado de São Paulo com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia –hoje designada Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) – e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). Outras iniciativas em menor dimensão ocorreram em outros locais do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios

norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundários e terciários para o tratamento. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino”. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer. Com base nessa experiência, as ações foram expandidas para todo o país já como Programa Nacional de Controle do Colo

do Útero – Viva Mulher. Foi desenvolvida a primeira fase de intensificação, no período de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos.

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde. Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi destacada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

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 da República Dilma Rousseff. O plano prevê investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios. No âmbito da detecção precoce, a perspectiva atual é a garantia da confirmação diagnóstica e o tratamento das lesões precursoras; a gestão da qualidade dos exames de citopatologia; a qualificação de profissionais de saúde; a comunicação e a mobilização social e o fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, a perspectiva é dar continuidade às ações de expansão do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme os objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento. O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato e de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade

favorável. Assim, a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero pode ser reduzida com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero) que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. A incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos.

O rastreamento de mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, conseqüentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento mulheres sem história de atividade sexual ou submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Há o reconhecimento, por parte das autoridades instituições responsáveis pela prevenção de doenças, de que há um contingente importante de mulheres que os programas não conseguem alcançar para realização do Papanicolaou por inúmeros motivos. Estes vão desde a desinformação, medo, falta de tempo e rotina pesada de trabalho até não ter onde deixar os filhos e o desencorajamento pelo parceiro. Uma forma de alcançar o contingente de mulheres que não vai aos postos de saúde seria dar ênfase à estratégia de Saúde da Família, que já faz parte do conjunto de prioridades do Ministério da Saúde.

Diante disso é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de prevenção. Uma atuação com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo uterino e a prevenção. Estes dados mostram a importância de ações educativas para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

O profissional enfermeiro, que se constitui em uma população predominantemente feminina, tem muito a contribuir no que se refere aos fatores indicado como causas de impedimento na realização do exame preventivo, pois as mulheres relatam ser mais fácil de enfrentar o exame quando o profissional é do sexo feminino. Para que haja diminuição da mortalidade das mulheres e melhora da cobertura dos exames, é necessário rastreamento daquelas que nunca realizaram o exame de Papanicolaou e o exame de mamografia, ou que não o realizam com frequência desejada para atender o aspecto da prevenção do câncer de colo uterino e de mama (RODRIGUES; FERNANDES; MAGALHÃES, 2001).

3 MÉTODO

Trata-se de um projeto de intervenção, realizado entre dezembro de 2013 a abril de 2014 para beneficiar a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos de idade do

município de Rio Branco, por meio da elaboração de um plano de ações para promoção da saúde e prevenção da morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama e da estruturação dos serviços de saúde.

O projeto baseou-se a partir da análise de dados do SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer de colo de útero e do SISMAMA – Sistema de informação do câncer de Mama, do município de Rio Branco.

Foram levantados os principais problemas e dificuldades enfrentados pelos profissionais das redes de atenção à saúde, sendo propostas estratégias e metas fundamentadas nas políticas públicas de saúde. Para a proposta de aquisição dos recursos materiais e financeiros, realizou-se um levantamento dos insumos necessários e pesquisa de preços para a proposta elaborada.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, promovendo a saúde, prevenindo doenças, diagnosticando, tratando e reabilitando a população, ressalta-se que a Secretaria Municipal de Saúde deve oferecer condições de atendimento de forma universal e em redes. Isso ocorre por meio de investimentos visando a melhoria da qualidade e continuidade das ações realizadas nas Unidades de Referência de Atenção Primária, aumentando a capacidade de resolubilidade dos serviços ofertados pela Atenção Básica no município de Rio Branco.

Neste sentido, as ações de atenção básica realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco são executadas pelas Unidades Básicas de Saúde, sendo as mesmas 09 (nove) Centros de Saúde, 04 (quatro) Unidades de Referência em Atenção Primária – URAP e 51 (cinquenta e uma) Unidades de Saúde da Família, (vinte e duas), desenvolvendo ações planejadas através das Áreas Técnicas de Saúde do Município, responsáveis pela gestão dos Programas Nacionais executados nesta rede Municipal de Saúde.

A área técnica de Saúde da Mulher Criança e Adolescente tem como objetivo proporcionar condições favoráveis ao sadio exercício da função reprodutiva e ao crescimento e desenvolvimento normal do ser humano. As ações são planejadas em consonância com a Política Nacional a Saúde Integral da Mulher, considerando os princípios e diretrizes da referida política.

Assim, a autora deste trabalho e enfermeira da Área Técnica de Saúde da Mulher Criança e Adolescente, elaborou um plano de ação visando suprir estas demandas, baseando-se nas políticas de saúde nacionais e de acordo com políticas públicas locais.

O presente trabalho dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo que não foram utilizados dados relativos aos sujeitos.

4. PLANO DE AÇÃO

4.1 Problemas identificados

Entre os principais problemas relacionados ao controle de câncer de colo de útero e mama no município de Rio Branco, foram identificados: a falta de capacitação profissional, falta de suporte diagnóstico, rastreamento e a falta de estrutura de alguns unidades de saúde relacionada a material permanente e equipamentos.

Considerando a recente contratação de profissionais de saúde no município de Rio Branco, se faz necessário capacitar os recursos humanos da saúde do município para adequada realização das coletas, melhorando a qualidade do serviço prestado. Mas não basta introduzir a oferta de exames preventivos na rede básica e ter profissionais capacitados, é preciso também, mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem as Unidades Básicas de Saúde e implementar os sistemas de referência para os encaminhamentos que se fizerem necessário.

O Centro de Controle Oncológico do Acre (CECON) é a única referência para diagnóstico, controle e tratamento das pacientes em enfermidades oncológicas de todo o Estado e ainda, o intermediário do processo de internação e cirurgia de grande porte em Unidade Terciária daqueles que necessitam. É neste sentido que se propõe também a terceirização dos serviços de análise das amostras a fim de reduzir a demanda ao CECON e conseqüentemente melhorar o fluxo de atendimento, para tanto utilizamos como base a meta de oferecer um exame preventivo e um exame de mamografia anual a 40% da população feminina em idade fértil (25 a 64 anos) estimada para o ano de 2014 em 71.048 mulheres.

Para tentar reverter esta situação, a secretaria municipal de saúde, tem intensificado iniciativas de prevenção e diagnóstico, buscando fortalecer a atenção básica. Os postos de saúde são responsáveis pelo rastreamento realizado por meio do preventivo, chamado de PCCU ou Papanicolau.

As mulheres ainda apresentam resistência para se submeterem ao preventivo. Há uma cultura muito enraizada e machista que faz as mulheres se recusarem a procurar o serviço. Algumas querem ser atendidas apenas profissionais de saúde do sexo feminino.

Mas não basta introduzir a oferta de exames preventivos na rede básica e ter profissionais capacitados, é preciso também, mobilizar as mulheres mais vulneráveis a

comparecerem as Unidades Básicas de Saúde e implementar os sistemas de referência para os encaminhamentos que se fizerem necessário.

Além destas dificuldades na zona urbana, a população da zona rural que em Rio Branco, segundo dados do censo de 2000 fornecidos pelo IBGE, é de 26.761 pessoas, que possuem condições de saúde determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero. As mulheres rurais enfrentam problemas de acesso às informações e ações de saúde relacionadas às grandes distâncias entre a residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos poucos serviços locais existentes e a pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade desta população.

Levando em consideração esses fatores socioeconômicos e culturais bem como a dificuldade geográfica que constitui barreiras de acesso à rede de serviços para a detecção e tratamento precoce de câncer de colo de útero e mama, é preciso também estruturar o Programa Saúde na Comunidade, que é uma nova estratégia da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) para ofertar as populações da zona rural e ribeirinha, os serviços de saúde existentes e para que também possamos aumentar a cobertura de exames assim como o controle dessas doenças na referida população e garantia do tratamento adequado. Para tanto se faz necessário a aquisição de alguns materiais permanentes específicos para a realização desse atendimento, no que se refere à coleta do exame de câncer de colo de útero.

Outro importante aspecto a ser considerado refere-se ao fato de que muitas mulheres não retornaram à Unidade de Saúde para conhecer o resultado de seu exame, sendo necessária a realização da busca destas mulheres, principalmente aquelas com alterações citopatológicas ou que iniciaram o tratamento e faltaram em alguma etapa. Para isso, é preciso o estabelecimento do fluxo adequado e disponibilização de meios para que os profissionais das unidades de saúde possam realizar tal atividade, relevando as dificuldades para sua execução na população rural e ribeirinha, onde a localização geográfica e os aspectos ambientais influenciam nesse processo de busca ativa.

4.2 Estratégias propostas

- Capacitar os profissionais de saúde das Unidades Básicas para atendimento, adequada coleta de material de exame citopatológico e colposcopia;
- Estabelecer ações na rede básica de saúde para mobilização e sensibilização das mulheres do município de Rio Branco para a realização de exames preventivos de câncer de mama e de colo de útero;

- Estruturar os recursos materiais e ações necessárias para o atendimento na zona rural de Rio Branco, através do Programa Saúde na Comunidade;
- Reestruturar os recursos materiais necessários para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde;
- Terceirizar os serviços de análise das amostras de exame citopatológicos;
- Estabelecer mecanismos de busca ativa àquelas mulheres que não retornam a Unidade de Saúde para buscar seu resultado, assim, como as atendidas no Programa Saúde na Comunidade.

4.3 Ações a serem desenvolvidas

- Capacitar os profissionais de saúde das Unidades Básicas para atendimento, adequada coleta de material de exame citopatológico e colposcopia;
- Estabelecer ações na rede básica de saúde para mobilização e sensibilização das mulheres do município de Rio Branco para a realização de exames preventivos de câncer de mama e de colo de útero;
- Estruturar os recursos materiais e ações necessárias para o atendimento na zona rural de Rio Branco, através do Programa Saúde na Comunidade;
- Reestruturar os recursos materiais necessários para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde;
- Terceirizar os serviços de análise das amostras de exame citopatológicos;
- Estabelecer mecanismos de busca ativa àquelas mulheres que não retornam a Unidade de Saúde para buscar seu resultado, assim, como as atendidas no Programa Saúde na Comunidade.

4.4 Metas

- Atingir 40% da cobertura do exame citopatológico e clínico das mamas no município de Rio Branco;
- Ampliar e implementar em 85% o acesso da população feminina ao exame preventivo de câncer de colo de útero e mama;

- Adquirir 100% de material permanente e insumos necessários para a realização da coleta de material de todas as mulheres que buscarem os serviços;
- Implementar em 100% a busca ativa as mulheres que não retornaram para buscar seu resultado.
- Implantar o serviço de colposcopia em duas unidades de saúde do município de Rio Branco;
- Capacitar 100% dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, que trabalham na atenção à saúde da mulher, sobre prevenção e técnicas de coletas do exame preventivo de câncer de colo de útero e exame clínico das mamas;

4.5 Monitoramento e avaliação

AÇÕES/ ATIVIDADES	INDICADORES		MEIOS DE VERIFICAÇÃO
	PROCESSO	INTERVENÇÃO	
1	Capacitação de profissionais	Qualificação dos profissionais	Nº de profissionais capacitados
2	Elaboração, produção e veiculação de material educativo para população alvo	População feminina mais informada sobre os exames preventivos	Aumento da demanda da população feminina na busca dos exames preventivos nas UBS
3	Aquisição de material permanente e insumos necessários para coleta	Número de exames coletados por pessoas nas UBS	Nota fiscal do material / insumos adquiridos
4	Aquisição de colposcópio	Melhorar o acesso da população feminina ao atendimento de colposcopia	Nota fiscal e nº de mulheres atendidas
5	Contração de uma empresa de laboratório de análises	Realização de exams	Nº de exames realizados / Mês

	citopatológicas		
6	Articular estratégias de parcerias	Maior número de mulheres retornando ao serviço	Nº de mulheres atendidas
7	Articular junto ao CECON o agendamento das pacientes	Garantir tratamento das pacientes	Nº de pacientes encaminhadas / em tratamento

4.6. Recursos Humanos

Os recursos humanos fazem parte do quadro funcional da SEMSA.

4.7. Recursos Materiais

Para a implantação do projeto será necessário aquisição de equipamentos e materiais permanentes, especificados no plano de trabalho.

4.8 Recursos Financeiros

O valor do projeto é de 743.435,00 (setecentos e quarenta e três mil, quatrocentos e trinta e cinco reais), sendo solicitado ao Governo Federal 90,10%, equivalente a 669.880,00 (seiscentos e sessenta e nove mil, oitocentos e oitenta reais), tendo como contrapartida municipal 09,90% o que equivale a 73.555,00 (setenta e três mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais).

4.9 Plano de Trabalho / Proposta de Aquisição / Equipamentos e Material Permanente e Outros Insumos

Nº	Relação dos Equipamentos Material Permanente	UM	QTD	VALOR UNIT	MS	CONTRA-PARTIDA	TOTAL
1	Mesa Ginecológica: Estrutura em madeira, revestida em fórmica	UN	05	5.000,00		25.000,00	25.000,00

	texturizada, com 2 (duas) portas e 4 (quatro) gavetas. Leito confeccionado em madeira com espuma densidade 28 (vinte e oito), revestido em corvim. Acessórios: perneira ou porta calcanhar e cuba rim. Dimensões Aproximadas: 1,80 X 0,55 X 0,80 (C x L x A). Peso: 60 kg.						
02	Mesa Ginecológica Portátil	UN	02	3.000,00		6.000,00	6.000,00
03	Mesa Auxiliar: Bandeja inox, altura regulável 0,90 a 1,25 cm. Haste cromada, armação tubo quadrado. 30x30. Rodízios de 2". Pintura Epóxi	UN	20	600,00		12.000,00	12.000,00
04	Foco Luz Ginecológica com Espelho para Exames: Lâmpada Halógena 12V X 20W. Haste rígida cromada. Base com rodízios.	UN	05	500,00		2.500,00	2.500,00

	Alimentação 110/220 volts. Pintura epóxi à 250° C – alta resistência. Peso 5 Kg. Altura Variável.						
05	Foco Duplo de Cabeça: Modelo leve a pilha com alcance de 100metros	UN	03	385,00		1.155,00	1.155,00
06	Colposcópico: Cabeça óptica com focalização manual ajustável mecanicamente na objetiva. Divisor de luz incorporado na cabeça óptica para adaptação de sistema de vídeo. Binóculo reto 160mm. Prisma de Cristal. Objetiva com foco de 300mm (distância focal). Oculares grande angular 12,5x móveis com ajustes de dioptrias, trava e protetor de borracha. Aumento: 5 alternativas (3x, 4x, 7x, 13x e 17x). Focalização Macro	UN	02	9.000,00	18.000,00		18.000,00

	(com movimento da estativa) e Micro (com ajuste manual da cremalheira e pinhão. Iluminação coaxial com lâmpada halógena 15V – 150W. Filtro verde, removível. Estativa de chão, com rodízios. Altura mínima de 85cm e máxima de 120cm. Alimentação elétrica 110/220 volts, selecionável. Capa plástica de proteção do equipamento.						
07	Banco Mocho com Estofado	UN	05	400,00		2.000,00	2.000,00
08	Seios de silicone com 05 nódulos para auto-exame na prevenção de câncer mamário embalado em caixa maleta com talco; capa protetora para o seio e cartão explicativo.	UN	13	300,00		3.900,00	3.900,00
09	Kit saúde reprodutiva com Álbum de Planejamento	UN	13	760,00	9.880,00		9.880,00

	Familiar; Quadro Imantado; Quadro de métodos; Modelo pélvico de acrílico; Modelo pélvico de borracha Pênis pequeno sem escroto e sacola especial para transporte.						
10	Kit PCCU	UN	26.000	06,00	156.000		156.000
11	Serviço Laboratorial	UN	24.300	20,00	486.000,00		486.000,00
12	Coffe Break	UN	05	200,00		1.000,00	1.000,00
13	Cartaz	UN	1.000	1,10		1.100,00	1.100,00
14	Cartilha	UN	5.000	3,00		15.000,00	15.000,00
15	Folder's	UN	5.000	0,78		3.900,00	3.900,00
TOTAL					669.880,00	73.555,00	743.435,00

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este plano de ação melhorar a estruturação de recursos materiais, da capacitação dos profissionais de saúde, assim como da terceirização dos serviços de análise das amostras de exame citopatológicos, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde que ofertam o programa de Prevenção ao câncer de colo de útero e mama, na perspectiva que isso contribua na melhoria da qualidade de vida das mulheres e na qualidade das ações de prevenção e controle da morbimortalidade pelo câncer.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero.** INCA, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes de Alencar. **ABC do Câncer: Abordagem Básica para o controle do Câncer.** 2º Ed., Rio de Janeiro, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde. **O Câncer e seus fatores de risco, o que a educação pode evitar.** Ilustração de Ziraldo, 2ª Edição, Revista e atualizada, Rio de Janeiro: INCA, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comunicação e Informação. Agência de Notícias. **Câncer matou 8,2 milhões de pessoas em 2012, diz OMS.** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em 24 de Janeiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comunicação e Informação, Agência de Notícias, INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em 24 de Janeiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional De Câncer. **Portaria 2439. Política Nacional de Atenção Ontológica.** 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. **RADIS: Comunicação em Saúde, Situação do Câncer no Brasil.** Publicação inédita do Inca, nº 52, Rio de Janeiro, 2006.

RODRIGUES, D.P.; FERNANDES, A.F.C.; MAGALHÃES, S.R. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolau. **EscAnna Nery Rev Enferm.** 2001. Vol. 5, nº 1, pág. 113-118.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php>. Acesso em: 04/12/2013.