



ASSOCIAÇÃO CIVIL **PRÓ-SAÚDE** DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE PONTA GROSSA

# **BOLETIM 79**

JULHO de 2009

Objetivo deste boletim é divulgar o trabalho desenvolvido até junho de 2009, bem como comunicar a realização da **ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA**.

## **ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA.**

A diretoria convoca os associados em pleno gozo de seus direitos sociais, para em **21 de julho de 2009 (Terça feira), às 14h00min, no Pequeno Auditório, 3º andar, bloco A - UEPG/Centro**, em primeira chamada, discutir e deliberar os seguintes assuntos:

### **Relato das atividades desenvolvidas pela Diretoria.**

#### **Proposta para alteração Regimental:**

- **Autorização de cobertura do saldo disponível;**
- **Reajuste do valor das mensalidades;**
- **Adequação das faixas etárias conforme prevê a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde;**
- **Alteração do valor dos procedimentos médicos.**

**SALDO DISPONÍVEL E FUNDO DE RESERVA** - com valores referentes ao mês de junho/09, a PRÓ-SAÚDE conta com a importância de **R\$ -22.702,03** em disponibilidade para fazer frente a possíveis reembolsos de despesas médicas e o fundo de reserva acumula o montante de **R\$ 2.160.241,34**.

**RELATÓRIO MENSAL DAS CONTAS DA ASSOCIAÇÃO** - a Diretoria vem elaborando e encaminhando ao Conselho de Curadores, regularmente, os relatórios financeiros que se encontram à disposição para apreciação de todos os associados na sede da PRÓ-SAÚDE. A seguir, é mostrada uma tabela com o demonstrativo sintético das receitas, despesas e das aplicações financeiras realizadas no último mês:

Mês	Receita	Despesa + Reembolso	Conta Correntes Bancária	Aplicação	Valor de Resgate Final	Valor de Resg. Pro- porcional	Conta Correntes Pró-Saúde Reembolso
Abr/09	163.208,22	121.999,03	7.777,78	2.472.653,28	2.786.675,79	2.768.817,15	120,95
Mai/09	165.748,04	119.633,99	27.123,83	2.472.653,28	2.802.967,58	2.780.346,12	9.970,49
Jun/09	165.408,11	130.832,90	-6.572,84	2.512.653,28	2.861.320,09	2.838.464,60	6.402,26

**VALORES REEMBOLSADOS** - desde sua criação a PRÓ-SAÚDE já efetuou reembolsos de despesas médicas para seus associados e dependentes no valor total de **R\$ 10.017.742,51** perfazendo uma média mensal de **R\$ 60.713,59**.

**NOVOS CONVÊNIOS** - Informamos que a partir desta data foram concluídos os Convênios Prestação de Serviços de Consulta e Procedimentos Médicos em Ponta Grossa e Curitiba - Pr.:

Ponta Grossa - Pr

**CAROLINE TATIM SAAD** – Gastroenterologia – Rua Carlos Osternack, 111 – Centro Ponta Grossa - Pr. -  
Tel: (42) 3026-2630.

**SARA SORIANO** – Psicóloga – Av. Bonifacio Vilela, 473 – Sala 01 térreo – Centro – Ponta Grossa - Pr. –  
Tel: (42) 3222-6568.

**CENTRO PONTAGROSSENSE DE DIAGNÓSTICOS OFTALMOLÓGICO S/C LTDA** - Rua Jacob  
Holzmann, 233 – sala 11 e 12 – Loja 01 - – Centro – Ponta Grossa - Pr. - Fone: 3223-0077

Curitiba – Pr

**ODINEI MORO** – CLÍNICO GERAL – Rua Padre Germano Mayer, 1337 – Tel: (41)8841-2510

## **ESPAÇO DO ASSOCIADO.**

Dando continuidade, apresentamos a seguir, retirado do Manual Técnico de Promoção e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar da ANS, uma das estratégias da proposta de **Política de Indução das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS**, com vistas a contribuir para mudanças no sistema de saúde que possibilitem sair de um modelo hegemonicamente centrado na doença e baseado na demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde:

### **Câncer de Colo de útero e de mama feminina**

Acompanhando a tendência mundial os cânceres de mama e colo do útero no Brasil, são os mais prevalentes entre as mulheres. Segundo dados do INCA (2006), as neoplasias constituem-se em importante causa de óbito, mantendo uma taxa padronizada de mortalidade de 5/100.000 mulheres há pouco mais de duas décadas.

#### **Colo de útero**

O câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, sendo responsável, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. A incidência por câncer de colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. No Brasil, estima-se que o câncer de colo de útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado pelo câncer de pele (não-melanoma) e pelo câncer de mama, e que seja a quarta causa de morte por câncer em mulheres. Para o ano de 2006, as estimativas da incidência de Câncer no Brasil apontam a ocorrência de 19.260 novos casos de câncer do colo do útero (INCA,2006).

#### **Fatores de Risco**

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2006). Dados de 2001 da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Cancerologia são coincidentes com os dados do INCA, indicando que a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e, secundariamente, alta paridade, grande número de parceiros, idade no primeiro coito, baixo nível socioeconômico e tabagismo são os principais fatores de risco para este tipo de neoplasia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2001).

Cerca de 80% dos casos novos de câncer de colo de útero ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. Nestes países, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 49%.

Considerando que o câncer de colo de útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estágios iniciais ou fases precursoras, é evidente a importância de desenvolver políticas de prevenção a essa neoplasia.

No Brasil, o câncer de colo de útero continua a ser um problema de Saúde Pública, o que levou o nosso país a assumir, nos anos 80, o seu controle como prioridade nas políticas de atenção à saúde da mulher. Junto à mortalidade elevada, observou-se, com base nas informações disponibilizadas pelos Registros Hospitalares de Câncer, que o diagnóstico desse câncer é realizado nas fases avançadas da doença (Estágios III e IV) cerca de 50% dos casos.

Na maioria dos países desenvolvidos, as mulheres são estimuladas a realizar exames citopatológicos tão logo iniciem a vida sexual. No Brasil, o programa de controle do câncer de colo de útero define como faixa etária prioritária o grupo de 25 a 59 anos de idade. O desenvolvimento de programas de controle de câncer com níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas de colo de útero, podem reduzir cerca de 80% a incidência do câncer cervical.

## **Sintomas**

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer de colo de útero são sangramento vaginal, corrimento e dor (INCA, 2006).

## **Estratégias de Prevenção**

A prevenção primária baseia-se no estímulo do uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV, vírus esse que tem um papel importante para o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras (INCA, 2006)

Outras formas de prevenção dessa neoplasia baseiam-se na educação sexual, desmotivando a promiscuidade sexual e o início precoce da atividade sexual (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2001).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença por meio da prevenção secundária é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolau).

É fundamental que todos os profissionais de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem realizado diversas campanhas educativas com o fim de estimular a realização do exame preventivo, tanto voltadas para a população quanto para os profissionais da saúde.

## **O exame preventivo (Colpocitológico)**

O Exame preventivo do câncer do colo do útero consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletadas uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. [Mulheres grávidas também podem e devem realizar o exame preventivo. A fim de garantir a eficácia dos resultados, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado. Outras orientações importantes são: evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame (INCA, 2006).

## **Neoplasia de Mama**

O Câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2006)

Este tipo de câncer representa uma das principais causas de morte em mulheres no ocidente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência em diversos países, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (INCA, 2006).

Estima-se que no mundo ocorram cerca de 1 milhão de novos casos por ano, sendo a primeira causa de morte por câncer entre mulheres. Em 2000, no Brasil, a taxa de mortalidade padronizada para o câncer de mama, foi de 9,74/100.000 mulheres e essa taxa vem aumentando progressivamente (BRASIL, 2004b).

A gravidade desta neoplasia é tão significativa que estima-se que o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. De acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, o câncer de mama será o segundo mais incidente, com 48.930 casos.

Para agravar ainda mais a situação, maioria dos casos de câncer de mama em nosso país é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento (INCA, 2006).

## **Sintomas**

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante a casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2006).

## **Fatores de Risco**

História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência como aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama (INCA, 2006).

Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso de medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez (INCA, 2006).

Outros fatores de risco são a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos, bem como o uso de bebidas alcoólicas, mesmo que em quantidade moderada (INCA, 2006).

## **Deteção Precoce segundo Protocolo do INCA 2006**

A mamografia é a forma mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama seguido do exame clínico da mama.

### **O Exame Clínico das Mamas (ECM)**

Quando realizado por um médico ou enfermeira treinados pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para Controle do Câncer de Mama. Entretanto, a sensibilidade deste exame varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A Especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos (BRASIL, 2006).

### **A Mamografia**

A Mamografia é a radiologia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas, de apenas alguns milímetros. Realiza-se por meio de um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Durante o exame, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, melhorando sua acurácia. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA2006).

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional. Sua sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (INCA, 2006).

É importante ressaltar que os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres que se submetem a rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento (INCA, 2006).

### **O Auto-Exame das Mamas**

As evidências científicas sugerem que o auto exame das mamas não é eficiente para rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos (INCA, 2006).

O INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, não substituído o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (INCA, 2006).

A detecção precoce é a principal estratégia para controle do câncer de mama. Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama são recomendadas as seguintes ações para o rastreamento dessa neoplasia em mulheres assintomáticas:

- Exames Clínicos das Mamas realizado anualmente, em todas as mulheres com idade superior a 40 anos. O Exame Clínico das Mamas deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;
- Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- Exame Clínico das Mamas e Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia;
- As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.

### **No Âmbito da Saúde Suplementar**

No que tange à Saúde Suplementar, dados referentes ao ano de 2005 do Programa de Qualificação da ANS demonstram que os indicadores de exames preventivos são os que mais mostram as atividades de cuidado nesta área de atenção.

Obs; Aguarde no próximo Boletim, **6.4. Linha de Cuidado: Saúde Mental**

**TELEFONE DA PRÓ-SÁUDE**  
**(42) 3224-9108**  
**(deixe seu recado que voltaremos a falar com você).**