

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

NADIELE RIBEIRO MARQUES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DAS
MULHERES À COLETA DE EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA**

Campos Gerais – Minas Gerais

2014

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

NADIELE RIBEIRO MARQUES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DAS
MULHERES À COLETA DE EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA**

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: Prof^a Ma. Samara Macedo
Cordeiro

Campos Gerais – Minas Gerais

2014

NADIELE RIBEIRO MARQUES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTO DA ADESÃO DAS
MULHERES À COLETA DE EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA**

Banca examinadora

Prof. Ms. Samara Macedo Cordeiro

Prof. Ms. Marlene das Graças Martins

Aprovada em Campos Gerais, em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por mais esta vitória.

À minha família e meu marido por toda paciência, compreensão e apoio durante a realização desse curso.

À Equipe do Programa de Saúde da Família Fátima pela colaboração durante todo o curso

À minha orientadora Professora Samara Macedo Cordeiro, pela compreensão e auxílio durante a realização deste trabalho, pois mesmo com a distância sempre pude contar com sua atenção.

RESUMO

O câncer de colo de útero é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres, se configura como uma das maiores causas de morte nessa população e é considerado de crescimento lento. Embora suas lesões sejam precursoras e facilmente identificadas por meio do rastreamento pelo exame citopatológico, a adesão das mulheres é muito baixa. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi propor um plano de intervenção com o intuito de aumentar a adesão das mulheres para a coleta de colpocitologia oncótica na Unidade de Saúde da Família Fátima. Para tanto, realizamos o diagnóstico situacional para a identificação dos problemas, o levantamento de dados epidemiológicos da equipe em anotações de prontuários, fichas de preventivo e caderno de registro de preventivos realizados na Unidade e concluímos com a elaboração do plano de intervenção utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional, finalizando com o desenvolvimento de três projetos: Saber Mais, Quebrando Barreiras e Mais Saúde.

Palavras chaves: neoplasia do colo do útero, saúde da mulher, teste de Papanicolau, enfermagem.

ABSTRACT

The cervical cancer is one of the most common tumors in women is a major cause of death in this population. It is a slow-growing type of cancer and its precursor lesions can be identified through screening by Papanicolaou testing, however the number of tests performed is still low. Therefore the aim of this study was to propose an action plan in order to increase adherence of women to collect Papanicolaou test in the Family Health Program Fatima. For development, we made the situational diagnosis with identification of problems, we conducted epidemiological raising in medical record notes, data sheets and record book of the Unit and we elaborated the intervention plan using the method of Situational Strategic Planning. It was then suggested the development of three projects: Learn More, Breaking Barriers and More Health.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms, Women's Health, Papanicolaou Test, nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AGUS - Células Glandulares de Significado Indeterminado

APS - Atenção Primária à Saúde

ASCUS - Células Escamosas de Significado Indeterminado

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HPV - Papilomavírus Humano

INCA - Instituto Nacional do Câncer

NIC - Neoplasia Intraepitelial

OMS - Organização Mundial da Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa de Saúde da Família

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Projeto Saber Mais.....	21
Quadro 02 – Projeto Quebrando Barreiras.....	22
Quadro 03 – Projeto Mais Saúde.....	23
Quadro 04 – Plano Operativo.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVO.....	13
4 MÉTODO.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Em 2008 iniciei minha vida profissional como enfermeira supervisora em um serviço de Radioterapia, no Centro de Oncologia do Município de Varginha, me especializei na área e atuei no mesmo serviço por cerca de quatro anos e meio. Apesar de a Oncologia ser uma área na qual sempre tive satisfação em atuar, o desejo de trabalhar na Atenção Primária à Saúde (APS) sempre esteve presente. Ao longo desses anos sempre fiz concursos voltados para essa área e em 2012 fui aprovada no concurso da Prefeitura Municipal de Varginha e comecei a atuar na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Fátima.

Antes de trabalhar na APS já tinha conhecimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, entretanto, não possuía os requisitos para pleitear uma vaga. Então em 2013 assim que foi divulgado novo edital resolvi me inscrever, pois vi nesse curso a oportunidade para aperfeiçoar meus conhecimentos e proporcionar à população uma equipe de saúde da família (ESF) mais preparada e resolutiva. O fato de ser este um curso à distância foi primordial para a sua escolha, afinal me ausentar de uma ESF logo no início não seria viável.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro de Fátima foi a terceira equipe a ser implantada no município de Varginha em 2003. A princípio abrangia todo o bairro de Fátima e Jardim Orlandia, posteriormente, foi dividido em dois, ESF Fátima e ESF Nossa Senhora de Fátima.

A ESF do bairro de Fátima assiste cerca de 700 famílias e 2.200 habitantes. A maior parte da população é constituída por adultos (57%), seguido por jovens e crianças (27%), e menor população de idosos (15%). Em relação ao sexo, segundo as fichas A, 51% são mulheres e 49% são homens.

Como o início do curso coincidiu com meu início na Unidade de Saúde, durante a realização das atividades das disciplinas pude conhecer melhor a realidade da comunidade onde atuo, identificar os principais problemas e começar a traçar estratégias para solucioná-las.

No desenvolvimento da disciplina de Planejamento, a equipe levantou diferentes problemas, entretanto para mim um se destacou, a baixa adesão à coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino. Vi nesse problema uma oportunidade de ver o outro lado do câncer de colo de útero, pois este era um dos

diagnósticos mais comuns do setor de Radioterapia onde atuava anteriormente. Assim, tive a oportunidade de conhecer melhor o porquê de tantos casos chegarem ao nível terciário e ainda, propor ações para tentar minimizar esse grande mal que acomete as mulheres.

A equipe então realizou a priorização dos problemas levantados e verificou que este é um problema de alta importância e urgência e apresenta uma capacidade de enfrentamento parcial, o que evidencia que a equipe possui ferramentas para atuar de forma direta.

Ainda no desenvolvimento das atividades da disciplina de Planejamento, a equipe tentou explicar as causas dos problemas, e alguns pontos foram levantados.

Antes da implantação da USF no bairro, a população era atendida em uma unidade tradicional, a Policlínica José Marcos Xavier (Bom Pastor). Esta unidade sempre possuiu em seu quadro de profissionais, ginecologistas que eram responsáveis pela coleta dos preventivos. Atualmente esta unidade ainda existe, entretanto funciona como uma referência para os PSF Fátima e Nossa Senhora de Fátima, ou seja, apenas alguns casos são encaminhados para a avaliação do ginecologista.

Após a implantação das ESF's, os exames de preventivo começaram a ser coletados nas próprias unidades, geralmente pelas enfermeiras. Atualmente, apenas a enfermeira faz este tipo de exame na ESF Fátima.

Mesmo cerca de dez anos após a implantação da unidade, muitas mulheres ainda buscam agendamento com o ginecologista para a coleta do exame. E muitas ainda se sentem inseguras pela coleta ser realizada por enfermeira e não médico.

Outro fator que merece destaque é a grande rotatividade de profissionais na equipe, sendo que, nos últimos dois anos, passaram pela unidade três enfermeiras, o que não permitiu o estabelecimento do vínculo com a população feminina e ainda teve tempos de não ter esse profissional na equipe.

Baseados nas orientações de Campos; Faria e Santos (2010), a equipe elencou os prováveis nós críticos do problema:

- Desconhecimento da população de que o profissional enfermeiro também está habilitado para a coleta do exame. Muitas vezes as usuárias verbalizam aos agentes comunitários de saúde (ACS) que possuem certa insegurança de realizar a coleta com a enfermeira, e que preferiam que este procedimento

seja agendado com o médico ginecologista, mesmo que esta consulta demorasse a acontecer.

- Desconhecimento da população de como deve ser o funcionamento do sistema de saúde no que diz respeito ao sistema de referência e contra-referência – a população da comunidade ainda tem dificuldade em compreender que a maioria dos casos relacionados à saúde possa e deve ser resolvidos na própria ESF, e que apenas casos de maior complexidade são encaminhados ao atendimento especializado.
- Falta de informação sobre o objetivo e importância da realização do exame – a maioria das mulheres demonstra não conhecer o objetivo da coleta do exame, e por esse motivo acabam não o valorizando.
- Questões sócias culturais que estão relacionadas principalmente com a vergonha de se submeter ao procedimento – é comum o relato das usuárias que deixam de realizar o procedimento periodicamente devido à vergonha do profissional e o desconforto que o exame ocasiona.
- Processo de trabalho da equipe - falta de monitoramento sobre periodicidade de realização do exame das mulheres da equipe – apesar de registrados, a equipe não tem o costume de utilizar os registros para monitorar a realização dos exames. Esse controle é realizado apenas pela própria mulher.

Com a identificação dos “nós” críticos a equipe então iniciou o desenho das operações, e ações foram propostas com o objetivo de reverter o quadro de baixa adesão à coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero e com isso foram elaborados três projetos que auxiliarão nas intervenções, são eles: Projeto Saber Mais, Quebrando barreiras e Mais Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2013), o câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente entre as mulheres e se configura como a quarta causa de morte por câncer de mulheres no Brasil. Em 2011 a estimativa do Inca para o ano de 2012 foi de 17 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

Apesar de alta incidência, o câncer de colo uterino é de crescimento lento e as lesões precursoras podem ser identificadas por meio do exame citopatológico (INCA, 2013). Segundo Lopes, Iyeyasu e Castro (2008), o câncer de colo uterino geralmente é precedido por uma história de 10 a 20 anos de alterações celulares.

Essa neoplasia é predominante em mulheres de 35 a 50 anos de idade (LOPES; IYAYASU; CASTRO, 2008). O Ministério da Saúde recomenda que o e exame citopatológico deva ser realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013).

O número de exames citopatológicos realizados na ESF são insuficientes para a demanda, cerca de 11 por mês, o que sugere 132 exames/ano, longe da meta de 1/3 da população feminina da área de abrangência que deveria ser de 359 coletas/ano. Esses números quando comparados à população feminina da faixa etária priorizada, se configura com baixíssima cobertura.

Assim, torna-se primordial a necessidade de se elaborar um plano de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão das mulheres à coleta de exames citopatológicos na ESF Fátima.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com o intuito de aumentar a adesão das mulheres à coleta de colpocitologia oncótica (exame preventivo) na Estratégia de Saúde da Família Fátima.

4 MÉTODO

A proposta deste trabalho é o desenvolvimento de um plano de intervenção e para elaboração de tal, iniciamos fazendo um diagnóstico situacional das necessidades de saúde da comunidade, de acordo com a equipe. Foi realizado um levantamento de dados epidemiológicos da Equipe de Saúde da Família Fátima do município de Varginha – MG, por meio de anotações de prontuários, fichas de preventivos, bem como, cadernos de registro de preventivos realizados na Unidade.

A fundamentação teórica foi realizada por meio de uma breve pesquisa bibliográfica, principalmente em publicações do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer. Também foram utilizados artigos científicos disponíveis na biblioteca virtual em saúde que tratavam da temática.

Para a elaboração do plano de intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional. Segundo Campos; Faria; Santos (2010), esse é um método que visa à participação de todos os agentes envolvidos na situação para a solução de problemas.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir dos seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluído a população e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 26).

5 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Instituto Nacional do Câncer, o câncer de colo do útero, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, é segundo mais incidente entre as mulheres brasileiras. Sendo que a estimativa para novos casos para o ano de 2013 foi de 18 mil novos casos (INCA, 2012).

Ainda segundo INCA (2012), a neoplasia de colo uterino é o mais incidente na região norte, o segundo mais comum nas regiões centro-oeste e nordeste e terceiro na região sudeste e quarto na região sul, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma.

De acordo com a OMS, em países em desenvolvimento o índice de mortalidade por câncer de colo uterino é muito maior do que nos países mais ricos, chegando a 85% (WHO, 2013). Iniciando em mulheres de 20 a 29 anos e atingindo o seu pico por volta dos 50 e 60 anos (INCA, 2012).

É uma neoplasia de evolução lenta, pois de acordo com Lopes, Iyeyasu e Castro (2008), em geral ele é resultado de uma séria de alterações celulares ao longo de 10 a 20 anos. Ao longo dessas alterações celulares, o câncer de colo do útero passa por uma fase pré-invasiva, na qual algumas intervenções podem evitar o seu progresso, e depois se segue para uma fase invasiva, quando então ocorre a invasão de tecidos (INCA, 2008).

Neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) é a denominação dada às lesões pré-invasivas. Elas são classificadas nos graus I, II, III. As lesões NIC I são de baixo grau, e possuem uma pequena probabilidade de progressão, já das NIC II e III são consideradas lesões de alto grau, possuem alto grau de progressão e são consideradas lesões pré-neoplásicas (INCA, 2008).

Ainda segundo INCA (2008), existe algumas lesões que não podem ser classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais, entretanto devem ser investigadas. Elas são denominadas atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) ou atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS).

Lopes, Iyeyasu e Castro (2008) apontam como principais fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia de colo uterino o início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, imunossupressão, tabagismo, uso de anticoncepcionais e infecção pelo papilomavírus humano (HPV).

A infecção pelo HPV aparece em cerca de 95% dos casos de câncer de colo uterino. Sendo assim, considera-se que o principal fator de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia é a persistência da infecção pelo HPV (WHO, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2013), o HPV é um grupo vírus com mais de 100 sorotipos muito comum em todo o mundo. Pelo menos 13 destes sorotipos estão relacionados ao desenvolvimento de câncer, principalmente os tipos 16 e o 18.

A transmissão do HPV se dá na grande maior das vezes por contato sexual, e infecção geralmente é assintomática ou apresenta lesões subclínicas (BRASIL, 2006). O HPV ocasiona mutações nas células hospedeiras quando introduz seu DNA. Estas lesões podem evoluir ou não para malignidade (INCA, 2008).

Na sua fase pré-invasiva, o câncer de colo de útero não provoca sintomas, entretanto, as lesões precursoras podem ser detectadas por meio do exame citopatológico (BRASIL, 2013).

De acordo com Rico e Iriart (2013), o câncer de colo uterino é um dos que possuiu maior índice de cura e prevenção quando diagnosticado em suas fases iniciais, perdendo apenas para o câncer de pele. Sendo assim Reis et al., (2010) destaca que o conhecimento da população sobre as conseqüências da infecção pelo HPV é de extrema importância na melhora da prevenção primária e secundária, com foco nas ações educativas.

A prevenção primária se baseia na diminuição do risco de infecção pelo HPV (BRASIL, 2014). De acordo com a OMS, atualmente existem disponíveis dois tipos de vacinas, ambas promovem a proteção contra os tipos 16 e 18, e a outra também confere proteção contra os tipos 6 e 11 (WHO, 2013).

No Brasil a vacina quadrivalente contra o HPV foi disponibilizada na rede pública a partir de 10 de março de 2014 para meninas de 11 a 13 anos de idade. O esquema escolhido foi o estendido, o qual a segunda dose é dada seis meses após a primeira, e a terceira, 60 meses após a primeira (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que de acordo com a OMS, a vacinação não exclui a necessidade da realização do rastreamento do câncer de colo (WHO, 2013).

A OMS recomenda como prevenção secundária o rastreamento, que é a realização de exames na população assintomática objetivando identificar lesões

precursoras ou sugestivas de câncer. Esse rastreamento é realizado por meio do exame citopatológico (WHO, 2014),

No Brasil a recomendação é de que seja realizado exame citopatológico em mulheres de 25 anos (que já iniciaram atividade sexual) a 64 anos uma vez ao ano, e após a realização de dois exames anuais consecutivos sem alterações, a indicação é que seja feita a cada três anos. Aos 64 anos, a realização do exame dever ser interrompido se elas tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos; entretanto se nessa idade ainda não realizaram nenhum exames, o preconizado é a realização de dois exames com intervalo de um a três anos, e se ambos forem negativos não é mais necessária a realização do exame citopatológico (INCA, 2011).

Para se obter uma redução significativa na incidência e na mortalidade por câncer de colo de útero, a ação mais importante na atenção básica é atingir uma alta cobertura de rastreamento na população alvo (BRASIL, 2011). De acordo com Anttila et al., (2009), nos países em que a cobertura de exame citopatológico é maior que 50% a cada três a cinco anos, a taxa de mortalidade é inferior a três por cada 100 mil mulheres anualmente.

Cirino, Nichiata e Borges (2010) ressaltam que são necessários investimentos nas práticas de promoção à saúde, pois mesmo com desenvolvimento de políticas de saúde voltadas a mulher, campanhas de conscientização e acesso gratuito aos exames, essa população ainda se mostra vulnerável às DST's e ao câncer de colo uterino. Eles ainda destacam a importância das ações educativas voltadas para cada faixa etária com o intuito de quebrar mitos e desmistificar tabus.

Diante do exposto fica evidenciada a necessidade do estímulo à realização do exame preventivo de câncer de colo uterino com forma de prevenir preocupações futuras. Pode-se ainda constatar a importância do impacto da atuação da Atenção primária à saúde na prevenção do câncer do colo do útero e consequentemente na taxa de mortalidade. E por esse motivo justifica-se o desenvolvimento de ações que visam aumentar a taxa de adesão pelas mulheres à coleta de exame citopatológico na área de abrangência das equipes de saúde da família.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a identificação dos nós críticos, elaboramos um plano que favoreça o aumento da adesão das mulheres ao exame. A equipe então sugeriu o desenvolvimento dos seguintes projetos:

Saber mais: Este projeto foi proposto com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento da população a respeito das atividades que cada profissional está habilitado a desenvolver dentro da Equipe de Saúde da Família, esclarecer a população como deve ser o modelo de atenção na Saúde da Família ressaltando principalmente o sistema de referência e contrarreferência e conscientizar as mulheres sobre o objetivo e importância da realização do exame de citologia oncológica.

Este projeto será desenvolvido por meio de uma roda de conversa, vídeos e discussões na sala de espera, antes dos atendimentos do médico generalista e da pediatra, conduzidas por diferentes membros da equipe conforme escala. Sendo assim, as atividades serão desenvolvidas às terças, quartas e quintas-feiras das 7:30h às 8:00h por um período inicial de um mês. Na primeira semana, o tema será “Programa de Saúde da Família” no qual iremos apresentar seus objetivos, sua equipe básica e as ações que devem ser desenvolvidas; na segunda semana abordaremos a função de cada profissional dentro da equipe; na terceira semana abordaremos o tema de referência e contra-referência demonstrando os fluxos do nosso município; e na quarta semana abordaremos as atividades realizadas na unidade na promoção de prevenção. Para o desenvolvimento de tal projeto a equipe necessitará de recursos organizacionais como a confecção das escalas dos profissionais e datas para as palestras, que serão realizados em reunião com a equipe; recursos cognitivos para elaboração do material didático e do conteúdo das palestras, estes serão de responsabilidade da equipe de enfermagem; além de recursos financeiros, vindos da Secretaria Municipal de Saúde para aquisição de recursos audiovisuais (data show) e elaboração de panfletos educativos.

Quebrando barreiras: Este é um projeto que foi desenvolvido para trabalhar com as questões sócio culturais relacionadas à vergonha que as mulheres verbalizam para se submeter ao procedimento e visa diminuir a resistência das mulheres para a realização do exame. A equipe espera desenvolver este projeto

utilizando grupos operativos, após o desenvolvimento do projeto “Saber Mais”. As mulheres serão convidadas pelas ACS’s durante as visitas domiciliares e a data dos grupos será divulgada na unidade por meio de cartazes e convites entregues pelos ACS. Os grupos serão realizados na própria unidade uma vez ao mês às quartas-feiras às 15:30h com a participação da enfermeira, do médico e se possível de um profissional da psicologia. Os recursos necessários serão os organizacionais para organização do grupo, confecção da escala com as datas e divisão de trabalhos, que serão realizados durante reunião com toda a equipe; recursos cognitivos relacionados ao estudo do tema para condução dos grupos, que serão de responsabilidade da enfermeira, do médico e do psicólogo; e financeiros, por parte da Secretaria Municipal de Saúde para aquisição de um psicólogo para a equipe.

Mais Saúde: Este projeto se trata do desenvolvimento de ações para a realização de busca ativa de exames em atraso. O objetivo é que com este projeto a equipe realize efetivamente a busca ativa de preventivos em atraso da população alvo. Ele será desenvolvido a princípio pela conscientização dos ACS’s quanto à importância dessa ação e posteriormente por meio de reativação e organização das fichas de registro dos exames realizados. A equipe será sensibilizada pela enfermeira durante educação permanente e junto à equipe organizará todas as fichas de acordo com data de realização do último exame e a partir de então iniciarão as buscas ativas durante visita domiciliar mensal. Durante a educação permanente a equipe será orientada sobre a periodicidade da coleta preconizada pelo Ministério da Saúde, sobre a importância da realização do exame e sobre o papel da Equipe de Saúde da Família na prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero. Serão necessários recursos organizacionais, por parte da enfermeira, para a preparação e execução da educação permanente e, por parte da equipe de ACS’s e de enfermagem, para a organização das fichas atentando-se para as datas e resultados dos últimos preventivos; além de recursos cognitivos para o desenvolvimento do conteúdo da educação permanente e financeiro, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para aquisição de novas fichas.

Para todos dos projetos propostos, a equipe identificou como recurso crítico, o recurso financeiro para aquisição de material educativo, recursos audiovisuais e um psicólogo para atuar na equipe. Este foi considerado um recurso crítico pois depende de ações burocráticas da Secretaria Municipal de Saúde, como processo

licitatório e contratação ou remanejamento de profissional. Sendo assim a equipe pretende sensibilizar a gestão quanto às vantagens e a importância da aquisição dos recursos necessários demonstrando os ganhos para a população.

Quadro 01: Projeto Saber mais

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento da população de que o profissional enfermeiro também está habilitado para a coleta do exame	Saber Mais Aumentar o nível de conhecimento da população a respeito das atividades que cada profissional está habilitado a desenvolver dentro da ESF, e esclarecer a população como deve ser o modelo de atenção na Saúde da Família.	Aumento do nível de conhecimento da população em relação às atividades dos profissionais e da estrutura organizacional do serviço.	Avaliação do nível de conhecimento da população; capacitação da equipe sobre o tema; realização de palestras educativas na sala de espera	Organizacionais (responsabilidade de toda equipe): organização das palestras e divisão de trabalho Cognitivos (responsabilidade da equipe de enfermagem): elaboração das palestras e das atividades Financeiros (Secretaria Municipal de saúde): aquisição de recursos audiovisuais
Desconhecimento da população de como deve ser o funcionamento do sistema de saúde no que diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência				
Falta de informação sobre o objetivo e importância da realização do exame				

Quadro 02: Projeto Quebrando Barreiras

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Questões sócias culturais que estão relacionadas principalmente com a vergonha de se submeter ao procedimento	Quebrando barreiras Trabalhar com as questões sócias culturais relacionadas à vergonha que as mulheres verbalizam para se submeter ao procedimento.	Diminuir a resistência das mulheres para realização do exame	Capacitação da equipe; realização de grupos, com a equipe multiprofissional, abordando o tema	Organizacionais (responsabilidade de toda equipe): organização dos grupos operativos e divisão de trabalho Cognitivos (responsabilidade da equipe de nível superior): estudo do tema para condução do grupo Financeiros (Secretaria Municipal de saúde): aquisição de um psicólogo para a equipe

Quadro 03: Projeto Mais Saúde

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho: falta de monitoramento sobre periodicidade de realização do exame	Mais Saúde Projeto de desenvolvimento de ações para a realização de busca ativa de exames em atraso	Aumentar a busca ativa de mulheres com exame preventivo em atraso	Conscientização da equipe, reativação e organização das fichas de preventivo.	Organizacionais: preparação e execução da educação permanente (enfermeira); organização das fichas (enfermagem e ACS's) Cognitivos (responsabilidade da enfermeira): desenvolvimento do conteúdo da educação permanente Financeiros (Secretaria Municipal de saúde): para aquisição de das fichas

Quadro 04 – Plano Operativo para os projetos.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber Mais	Aumentar o nível de conhecimento da população em relação às atividades que cada profissional está capacitado a desenvolver dentro da unidade, a estrutura organizacional do serviço e informação das mulheres sobre o objetivo e importância da realização do exame	Apresentação de vídeos e roda de conversas na sala de espera antes das consultas médicas (clínicas e pediátricas)	Enfermeira, médico, tec. enfermagem, agentes comunitários de saúde	Início em até um mês após elaboração do plano operativo. Deverá ser realizada continuamente e de forma intercalada com os demais temas
Quebrando barreiras	Diminuir a resistência das mulheres para realização do exame	Criação de grupo operativo	Enfermeira, médico e apoio de um psicólogo	Início em até um mês após o projeto Saber Mais
Mais Saúde	Aumentar a busca ativa de mulheres com exame preventivo em atraso	Sensibilização dos profissionais quanto à importância da busca ativa e reativação e organização das fichas de registro de preventivo	Enfermeira, téc. enfermagem e agentes comunitários de saúde	Sensibilização: em até 01 mês após apresentação do plano. Atualização das fichas até 15 dias após a sensibilização Busca ativa iniciar até 15 dias após a atualização das fichas

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreamento periódico por meio do exame citopatológico é essencial no que tange aos cuidados preventivos contra o câncer de colo de útero. Pôde-se observar após a revisão de literatura que a incidência deste tipo de câncer no Brasil ainda é alta. Ações para aumentar a adesão das mulheres à realização do exame preventivo têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, contudo, no âmbito municipal as ações ainda são tímidas e com pouca resolutividade.

Verificou-se que a adesão das mulheres à coleta de preventivo na ESF Fátima do município de Varginha - MG é muito baixa, e foram apontadas como possíveis causas, a falta de informação das mulheres sobre a estrutura organizacional de uma equipe de Saúde da Família, o objetivo e importância do exame, questões sócio-culturais e falha no processo de trabalho da equipe. Sendo assim a equipe elaborou um plano de intervenção composto de três projetos: Saber Mais, Quebrando barreiras e Mais Saúde.

O projeto Saber Mais busca aumentar o nível de conhecimento das mulheres em relação ao funcionamento do PSF e da importância do exame; o projeto Quebrando Barreiras visa trabalhar com as questões sócias culturais relacionadas à vergonha que as mulheres verbalizam para se submeter ao procedimento e o projeto Mais Saúde busca o desenvolvimento de ações para a realização de busca ativa de exames em atraso.

Ao elaborar deste projeto pudemos constatar o quanto ações simples do dia-a-dia das equipes de saúde podem ser capazes de transformar aos poucos concepções e atitudes da população no que se diz respeito a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Com a execução desses projetos a equipe do Programa de Saúde da Família Fátima espera aumentar o índice de realização de exames preventivos de câncer de colo uterino na população de 25 a 64 anos de sua área de abrangência. Espera-se também que este projeto possa ser utilizado por outras equipes de saúde que enfrentam a mesma dificuldade, e que a partir dele outras propostas de intervenção possam ser apresentadas.

REFERÊNCIAS

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur. J. Câncer**, Oxford, v. 45, n. 15, p. 1204-12, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico – Profissionais de Saúde**. Prevenção do câncer de colo de útero. Brasília, 202. 17p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013. 124p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama – Caderno de Atenção Básica**, n. 13. Brasília, 2006. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama – Caderno de Atenção Básica**, n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde apresenta estratégia de vacinação contra HPV**. 2014. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/8834-ministerio-da-saude-apresenta-estrategia-de-vacinacao-contrahpv>>. Acesso em 22 mar. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CIRINO, F. M. S.B; NICHATA, L.Y.I.; BORGES, A.L.V. Conhecimento, atitude, práticas na prevenção do câncer. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14. n. 1, p. 126-34, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 140p

FARIA, et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

INSITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: Inca, 2008. 488p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. 118p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação geral de ações estratégicas. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro, Inca, 2011. 104p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer**: colo de útero. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>. Acesso em 19 jun. 2013. 738p.

LOPES, A.; IYAYASU H.; CASTRO, R. M. R. P. S. **Oncologia para graduação**. 2 ed. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2008.

REIS, A. S. S. et al. . Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun, p. 1055-60, 2010.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29. n. 9, p.1763-73, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>>. Acesso em 10 fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Early detection of cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/en/>>. Acesso em 16 mar. 2014.