

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**HELBA HELIANE DE TOLEDO**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO DAS USUÁRIAS  
DOS SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE BUENO BRANDÃO – MINAS  
GERAIS: plano de intervenção**

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS**

**2015**

**HELBA HELIANE DE TOLEDO**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO DAS CANDIDATAS  
AO EXAME PREVENTIVO, USUÁRIAS DOS SERVIÇOS NO  
MUNICÍPIO DE BUENO BRANDÃO – MINAS GERAIS: plano de  
intervenção**

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

Orientadora: Profa. Ms Eulita Maria Barcelos

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS**

**2015**

**HELBA HELIANE DE TOLEDO**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO DAS CANDIDATAS  
AO EXAME PREVENTIVO, USUÁRIAS DOS SERVIÇOS NO  
MUNICÍPIO DE BUENO BRANDÃO – MINAS GERAIS: plano de  
intervenção**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 23/12/2015

Dedico este trabalho aos meus pais que me motivaram e apoiaram durante este momento turbulento da minha vida. A presença de vocês me faz sentir que não estou sozinha e, a segurança de que existirá um amanhã melhor. A vocês todo meu amor.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me dar forças a cada dia e, por fazer de mim uma lutadora que não se absteve diante de suas batalhas.

A minha família pelo amor e apoio incondicional que foram essenciais a minha jornada. Amo vocês.

À Professora e orientadora Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos pelo conhecimento transmitido, apoio e enorme gentileza, que foram essenciais na produção deste trabalho. Minha eterna gratidão.

Aos amigos e colegas de trabalho que direta ou indiretamente contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento pessoal e profissional.

Meu amor a todos vocês!

## RESUMO

O câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira. O câncer cérvico-uterino constitui uma causa de morte evitável sendo sua incidência e mortalidade passíveis de serem reduzidas por meio de programas de rastreamento efetivos para detecção e tratamento das lesões precursoras. O exame citopatológico do colo de útero é um método de rastreamento sensível e de baixo custo que torna possível o diagnóstico precoce de lesões precursoras e formas iniciais da doença. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção que possibilite o aumento de adesão ao exame de Papanicolau no Programa Saúde da Família Ponte Nova em Bueno Brandão-MG, para alcançar tal objetivo foi necessário traçar o perfil epidemiológico e ginecológico bem como o conhecimento e atitude das mulheres frente ao câncer de colo uterino. Realizou-se um estudo com 240 mulheres de 25 a 60 anos de idade, assistidas pelo Programa Saúde da Família Ponte Nova da zona rural de Bueno Brandão, Minas Gerais, no período de junho de 2015 a agosto de 2015. Os dados foram obtidos no caderno de controle dos exames de Papanicolau realizados na unidade e no momento da consulta. Os resultados encontrados foram que a grande maioria das mulheres que se encontra na faixa etária de risco apresenta fatores e comportamentos que as deixam mais vulneráveis a doença e, que mais programas educativos necessitam ser realizados para a quebra da perpetuação de tabus relacionados à sexualidade. Foi observada que informações gerais sobre câncer de colo de útero precisam ser divulgadas a comunidade local. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para orientar e definir ações dentro da Unidade da Família visando à conscientização e educação das mulheres e profissionais de saúde envolvidos.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Esfregaço Vaginal. Papanicolau.

## ABSTRACT

Cervical cancer is the most frequent third in the Brazilian female population. The cervical cancer is a preventable cause of death and its incidence and mortality that can be reduced through effective screening programs for detection and treatment of precursor lesions. The cytological examination of the cervix is a sensitive screening method and cost that early diagnosis makes it possible precursor lesions and early forms of the disease. The objective of this study was to develop an intervention project that enables increased adherence to the Pap test in the Family Health Program New Bridge in Bueno Brandão – Minas Gerais, to achieve this goal it was necessary to trace the epidemiological and gynecological profile as well as knowledge and attitude of women against cervical cancer. We conducted a study with 240 women 25-60 years of age, assisted by the Family Health Program New Bridge of rural Bueno Brandão, in the period of from June 2015 to August 2015. Data were obtained in Control notebook of Pap smears performed in the unit and at query time. The results were that the vast majority of women who are in the age range of risk factors features and behaviors that leave them more vulnerable to disease and that more educational programs need to be made to break the perpetuation of sex-related taboos. It was observed that general information about cervical cancer need to be disclosed to the local community. It is expected that the results of this study can help to guide and determine action within the family unit aimed at awareness and education of women and health professionals involved.

Keywords: Women's health. Vaginal smear. Pap

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PIB – Produto Interno Bruto

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Descrição do município**

Segundo dados históricos sobre Bueno Brandão, o seu território pertencia a Ouro Fino, do qual foi desmembrado em 17 de dezembro de 1938 pelo decreto-lei 148. Em primeiro de junho de 1850 a lei 471 elevou o curato do Bom Jesus do Ribeirão das Antas a paróquia, com a denominação de Senhor Bom Jesus do Campo Místico (IBGE, 2014).

O nome Bueno Brandão, em homenagem a Júlio Bueno Brandão ex-governador do Estado de Minas Gerais, é o quarto nome da localidade, que também já fora chamada de Bom Jesus da Pedra Fria, das Antas e Campo Místico (BARBOSA; BELO HORIZONTE, 1995).

O município de Bueno Brandão situa-se na região Sul/Sudoeste de Minas Gerais, na microrregião de Pouso Alegre, a 164 km de São Paulo e 465 km de Belo Horizonte (IBGE, 2014).

O município tem uma área total de 356,150 km<sup>2</sup> com 10.892 habitantes e densidade demográfica de 30,58 hab/km<sup>2</sup>. O Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$ 70.191.771,00 e o PIB *per capita* de R\$ 6.269,92. A economia baseia-se principalmente na prestação de serviços e agropecuária (IBGE, 2014).

De acordo com dados do IBGE (2014) 16% da população não são alfabetizadas e 9.218 indivíduos são alfabetizados, e o com IDH do município é de 0,658.

### **1.2 Sistema de Saúde do Município**

A cidade conta com o Hospital e Maternidade Senhor Bom Jesus onde são oferecidos serviços de média complexidade

Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde de Bueno Brandão (2015), em relação à Atenção Básica a Saúde, o município conta com Unidades de Saúde da Família cada um deles com uma equipe.

A unidade de Saúde da Família (PSF) estudada localiza-se na zona rural 19 quilômetros da sede do Município Bueno Brandão. Esta equipe conta com seis agentes comunitários de saúde, uma médica (PROVAB), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma psicóloga, uma técnica de saúde

bucal e uma auxiliar de serviços gerais e também um motorista. O município não tem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), porém há projeto de adesão para tal.

A área coberta pelo PSF é dividida em seis micro áreas, todas pertencentes à zona rural e abrangendo em torno de 2007 famílias.

O PSF conta com uma estrutura excelente, pouco observada na grande maioria das unidades de saúde brasileiras, em regiões classificadas como de extrema pobreza. Há conforto para os pacientes tanto na espera tanto quanto no acolhimento, bem como para os profissionais. Geralmente não faltam meios e condições para execução dos processos de trabalho no dia a dia. O espaço físico é amplo contando com cinco salas de atendimento (médico, psicólogo, dentista, enfermagem e uma destinada à saúde da mulher), uma sala de vacinação e procedimentos, uma sala destinada à administração, uma cozinha, uma sala destinada a armazenamento de produtos de limpeza, uma sala com autoclave, uma sala de reunião e amplo quintal, além de banheiros para profissionais e pacientes e a recepção. A unidade é informatizada contando com o sistema E-SUS.

O acesso à unidade por todos os usuários dos bairros cobertos incluem estradas de terra e, em dias de chuvas intensas o acesso à região se torna difícil tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Para conhecimento da área de abrangência a equipe realizou o diagnóstico situacional que possibilitou o levantamento de todos os problemas vivenciados pela comunidade e também problemas vivenciados pelos profissionais na unidade básica de saúde.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção mensal (E-SUS) do PSF Ponte Nova e relato dos profissionais da mesma. As fichas especificam o número de pacientes por faixa etária, número de atendimento e seus principais diagnósticos, estratégias utilizadas, que possibilitaram a listagem dos problemas.

Dessa forma, o baixo número de coletas do exame preventivo foi citado como o principal problema a ser resolvido. O PSF cobre uma população de 2.700 pessoas, sendo que em torno de 735 mulheres com idades entre 10-59 anos (segundo dados

apresentados pelos ACS e registrados na produção do E- SUS). Foi constatado que apenas cinco exames foram coletados no mês março de 2015, apesar do esforço da equipe em reforçar a importância e os riscos sobre o câncer do colo do útero. A estrutura da unidade é de alta qualidade e não faltam recursos para a coleta de material citopatológico. Vários fatores podem ser citados como dificultadores da coleta dos exames, por exemplo: o acesso/distância dos bairros cobertos pela unidade, a baixa escolaridade, medo da doença, a vergonha em relação ao procedimento, extremos de idade, estado conjugal, não envolvimento dos companheiros nas campanhas, entre outros.

A equipe acredita que a solução do problema está quase totalmente dentro da sua capacidade de enfrentamento e para melhor planejar uma ação deve traçar o perfil epidemiológico/ginecológico das mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério de Saúde para realizar o exame bem como, avaliar o conhecimento destas sobre o assunto, para posteriormente analisar e refletir sobre os dados coletados, para realizar uma intervenção mais eficaz sobre o problema.

A baixa adesão ao exame de Papanicolau é um fato muito preocupante, pois, pode levar a morte, mas se diagnosticado precocemente é totalmente curado. Diante desta constatação é necessário elaborar um projeto de intervenção que contemple um plano de ação que reverta esta situação.

Segundo Instituto Brasileiro do Câncer (BRASIL, 2014) em relação à gênese da doença, o principal agente apontado como causador do câncer cérvico uterino é o Vírus do Papiloma Humano. Sugere-se hoje que não há câncer do colo sem HPV. É comprovado que a infecção propriamente dita não gera câncer, porém ~~que~~ 99% das mulheres portadoras de câncer do colo uterino, foram previamente infectadas pelo HPV. Estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor dois subtipos de HPV, o 16 e 18.

Assim os últimos estudos epidemiológicos demonstram que há grande associação deste câncer com a conduta sexual, sendo que alguns deles chegam a afirmar que se trata de uma doença sexualmente transmissível (FIDÉLIS, 2007).

Segundo Fidélis (2007, p.14) em seus estudos aponta que cerca de 75% da população sexualmente ativa entra em contato com o HPV e espontaneamente elimina o vírus do organismo, sem desenvolver qualquer doença. "Alguns podem até

adquirir uma infecção transitória com duração média de 12 a 18 meses e, um número inferior a 1% possui risco de ter câncer do colo do útero”.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002) o método de rastreamento deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com vida sexual ativa já que, nesta faixa etária há maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de tratamento. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade com pico entre cinquenta (50) e sessenta (60) anos de idade (BRASIL, 2011).

Entre seus fatores de risco encontra-se: multiparidade, início precoce de relações sexuais, múltiplos parceiros, parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras, idade precoce da primeira gestação, história de infecções sexualmente transmitidas, lesão genital por papilomavírus humano – HPV, mulheres imunodeprimidas, qualquer que seja a causa, tabagismo, mulheres virgens menopausadas com sangramento (CASTRO-JIMÉNE; VERA-CALA; POSSO-VALENCIA, 2006; BRASIL, 2006).

Epidemiologicamente, o câncer do colo uterino tem profunda relação com as condições sociais já que, este tem maiores índices em grupos menos favorecidos da sociedade. Assim seu predomínio é em mulheres de populações urbanas, de classe social e escolaridade mais baixa, residente em países em desenvolvimento e negras (LINHARES; VILLA, 2006; BRASIL, 2006).

Ainda existem limitações de acesso à prevenção e controle da doença em virtude da precariedade de serviços públicos de saúde para dar atenção à mulher. Associado ao quadro encontra-se também as condições e socioeconômicas e o aspecto cultural que também não proporcionam conhecimentos específicos sobre a importância de cuidados pessoais e exames preventivos (FIDELIS, 2007).

Quando diagnosticado e tratado precocemente, o câncer do colo do útero constitui uma causa de morte evitável sendo sua incidência e mortalidade passíveis de ser reduzidas por meio de programas de rastreamento efetivos para detecção e tratamento das lesões precursoras e erradicação do HPV (INCA, 2002; BRASIL, 2011).

O programa para o combate do câncer uterino é realizado pelo Ministério da Saúde que busca parceria com o Instituto Nacional de Câncer e espera uma consolidação com o Sistema Único de Saúde (SUS) para que os procedimentos de exames citológicos sejam uma rotina, principalmente com a técnica de Papanicolau, que é preconizado como medida de prevenção, devendo ser feito, a princípio, por todas as mulheres com atividade sexual ativa. Esta técnica de rastreamento para a detecção precoce, tem-se apresentado segura, efetiva e acessível por ser simples e com baixo custo (CASTRO, 2010).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002) em sua publicação “Falando sobre o Câncer do Colo do Útero”, o exame citopatológico permite o rastreamento precoce em mulheres que não apresentam nenhum sintoma contribuindo para a detecção de lesões precursoras e da doença. O exame é considerado por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo.

Objetivando a redução das taxas de morbimortalidade, o Ministério da Saúde adotou como norma a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que *“propõe a realização do exame citológico do colo do útero a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres de 25-59 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual”* (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009, p. 2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) um rastreamento, que realize uma cobertura da população alvo em torno de 80%, através do Papanicolau, em uma rede organizada para o diagnóstico e seguimento adequados, pode gerar uma redução em média de 60% a 90% na incidência do câncer do colo do útero (WHO, 2002).

Idealmente, o rastreamento do colo do útero deveria corresponder a um programa organizado, porém, ainda hoje, há claro predomínio de uma procura ocasional dos serviços de saúde, determinada por razões diversas, que não o rastreamento do câncer do colo do útero (rastreamento oportunístico) o que afeta possibilidade de reduzir suas taxas de incidência e mortalidade.

Apesar da efetividade dos programas de rastreamento o câncer do colo do útero, as taxas de incidência e mortalidade devido a esse câncer não têm reduzido, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas.

Diante do exposto, reconhece como importante adotar estratégias que permitam a produção de dados e informações complementares sobre a cobertura do teste Papanicolau.

O projeto de intervenção proposto visa possibilitar uma maior adesão ao exame preventivo do colo uterino.

## 2 JUSTIFICATIVA

A temática abordada é de suma importância para o entendimento, elaboração, criação ou renovação de políticas públicas de saúde voltadas para a mulher, considerando a alta taxa de incidência e mortalidade de mulheres pelo câncer do colo do útero. A baixa coleta de exames apresentadas na unidade onde atuo, confirmada pelos resultados encontrados após a análise do perfil epidemiológico das pacientes levou a equipe a decidir pela elaboração do projeto de intervenção que venha sanar este problema.

No Brasil um dos problemas que aflige a saúde da mulher é o alto índice de câncer do colo do útero. Este tipo de câncer é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente (OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2004).

Para Arantes (2008), técnica utilizada para a descoberta precoce do câncer do colo útero e suas lesões precursoras é a execução do exame de preventivo. Ele é simples, eficiente de custo baixo para o Sistema de Saúde. É realizado pelo médico e enfermeiro capacitados para realização do exame, em um ambiente simples, possibilitando assim, um rastreamento de até 80% dos casos do câncer do colo do útero e se forem tratadas as lesões iniciais de forma correta, a taxa de redução de câncer colo uterino pode chegar a 90%.

Este estudo pretende abordar uma situação considerada um problema de saúde pública, que necessita uma grande atenção dos profissionais de saúde por acreditar, que existem ações que possam incentivar as mulheres a procurarem mais o serviço de saúde, um maior conhecimento da assistência preventiva, levando-as a atitudes e práticas conscientes, visando à prevenção do câncer de colo uterino, que é uma doença relevante, independente do nível social.

Poderá também servir como base para a aplicação de projetos semelhantes em outras unidades, contribuindo para o esclarecimento sobre o Câncer do colo do útero/infecção pelo HPV e, objetivando a redução dos índices de câncer do colo uterino.



Pelo exposto, reconhece que a equipe de saúde treinada adequadamente tem condições de viabilizar o projeto proposto.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite o aumento da adesão ao exame de Papanicolau, nas mulheres residentes na área adscrita do PSF Ponte Nova em Bueno Brandão-Minas Gerais

#### **3.2 Específicos**

Avaliar o perfil epidemiológico das pacientes candidatas a realização do exame de Papanicolau do câncer do colo do útero.

Orientar as mulheres sobre a importância das medidas mais eficazes para a prevenção do câncer do colo do útero.

#### 4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado pela equipe o diagnóstico situacional da área de abrangência quando foram identificados os problemas vivenciados pela comunidade e também pela equipe de saúde. Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção mensal (E-SUS) do PSF Ponte Nova e relato dos profissionais da mesma. As fichas especificam o número de pacientes por faixa etária, número de atendimento e seus principais diagnósticos, estratégias utilizadas, que possibilitaram a listagem dos problemas.

Após a análise dos dados foi perceptível que o número de mulheres que fazem o exame preventivo do colo uterino estava muito baixo. Diante desta constatação a equipe decidiu fazer o perfil das mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério de Saúde para a realização do exame.

Para fundamentar o tema foi necessário realizar uma revisão narrativa. Para tanto, foi realizado um levantamento on-line de publicações nacionais nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os descritores:

Saúde da mulher.

Esfregaço Vaginal.

Papanicolau.

Após a realização da pesquisa bibliográfica foi elaborado o projeto de intervenção conforme princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES) citado por Campos; Faria e Santos (2010). Estes princípios enfocam que no projeto de intervenção deve ter “a participação dos diferentes atores interessados na elaboração do plano de ação da operação da unidade de saúde,” reconhece também que como “ponto de partida de cada participante a sua visão singular sobre o problema” a ser enfrentado e o mais importante “busca a criação e o fortalecimento de compromissos entre os atores que analisam os problemas e propõem soluções” elaborando uma proposta concreta “para efetivar a participação social e a descentralização dos serviços de saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 152).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero é resultado da evolução de iniciativas que começaram a ser organizadas e consolidadas a partir do Programa de Saúde Materno-Infantil implantado em 1977 e que, a partir de 1990, teve alterações substanciais (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) surgiram mais duas iniciativas: o Programa de Qualificação de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Alterações Citológicas Relacionadas às Lesões Intraepiteliais e ao Câncer do Colo do Útero iniciado em 2006, é decorrente da necessidade de disseminação de ações de qualificação profissional nessa área da medicina que vem possibilitando o acesso de ginecologistas a essa capacitação em seus locais ou regiões de trabalho.

A segunda iniciativa é a formalização da Rede Colaborativa para a Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Como consequência a primeira iniciativa veio favorecer a reorganização das redes locais de assistência, em conformidade com as orientações de conduta vigentes, além de oferecer parâmetros de qualidade para os colposcopistas em atividade e para os egressos dos Centros Qualificadores. As iniciativas estão relacionadas ao adequado cuidado às mulheres para prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está diretamente relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão do HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital (INCA, 2011). Outros fatores foram identificados como de risco, como os socioeconômicos e ambientais e os hábitos de vida, que incluem o início precoce da atividade sexual, a pluralidade de parceiros sexuais, o tabagismo, os hábitos inadequados de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais (FRIGATO; HOGA, 2003).

Para Adab *et al.* (2004); Anttila *et al.* (2009) e Nicula *et al.* (2009) em relação ao método e cobertura, a diretriz ressalta a importância da alta cobertura da população alvo na atenção primária para atingir uma redução significativa da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Para que sejam alcançadas metas com a

melhor relação custo-benefício é fundamental que se alcance o percentual preconizado, ou seja, no mínimo 80% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade. O rastreamento organizado do câncer do colo do útero é um desafio e deve incluir:

- Recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional.
- Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos.
- Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento.
- Garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados.
- Educação e comunicação.
- Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

Ressalta-se a inexistência atual de um cadastro universal de base populacional consistente o que dificulta a obtenção do controle dos exames periódicos se implantando com um verdadeiro obstáculo aos testes de HPV (BRASIL, 2011). Por isso é importante que a unidade tenha um fichário rotativo com a situação de todas as mulheres que fizeram o exame e a necessidade da realização dos subsequentes dentro dos prazos estipulados no protocolo.

Segundo Pinho (2003, p. 95)

[...] a baixa adesão ao exame Papanicolau e os agravos que acometem à saúde da mulher e sua vulnerabilidade a muitas doenças como o câncer de colo de útero e câncer de mama, é importante reforçar o papel das equipes de saúde da família.

Pinho (2003) destaca que:

- O exame de Papanicolau possibilita o rastreamento das mulheres à prevenção do câncer do colo do útero

- É importante reforçar o papel das equipes de saúde da família, em especial dos enfermeiros para as ações educativas na promoção da saúde da mulher.
- A consulta realizada pelo enfermeiro ou médico torna possível realizar outras buscas como o rastreamento de câncer de mama, além de reforçar outras ações educativas voltadas para a promoção da saúde da mulher que possibilite à prevenção do câncer do colo do útero.

O Papanicolau é o exame citopatológico de material coletado no colo do útero e adotado como referência para rastreamento pelos programas de controle de câncer de colo de útero no Brasil (INCA, 2002).

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011), o exame deverá ser aplicado com intervalo de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual iniciando aos 25 anos para mulheres com atividade sexual ativa até os 64 anos que apresentarem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para aquelas com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos negativos, estas podem ser dispensadas de exames adicionais.

A publicação acima ainda contempla as pacientes submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, se exames prévios normais. Já nos casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada seguindo as diretrizes..

Nas portadoras de HIV o exame citopatológico deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual. Aquelas que apresentarem com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> devem realizar rastreamento semestral (BRASIL, 2011).

Os programas de rastreamento ou *screening* sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero tem sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para diagnóstico precoce do câncer de colo uterino (SOLOMON; BREEN; MCNEEL, 2007).

O diagnóstico associado ao tratamento das lesões precursoras é fundamental para prevenção e redução da mortalidade por este tipo de câncer (SILVA *et al.*, 2010).

No estudo de Silva, (2010) demonstra que no Brasil, sabe-se que apenas 15% da população feminina acima de 20 anos realiza o exame Papanicolau, mesmo considerando um percentual de mulheres que utilizam serviços não públicos.

Por isso, é importante identificar os motivos que interferem na decisão da mulher de procurar ou não um serviço de saúde para realizar o exame preventivo de câncer de colo do útero, já que se trata de doença cujo prognóstico é muito favorável, se for precocemente diagnosticada nos estágios iniciais de anormalidades na diferenciação, as células displásicas localizadas na superfície do epitélio podem ser detectadas através da técnica Papanicolau caso não haja intervenção, a displasia poderá estagnar ou mesmo regredir espontaneamente, mas também progredir dando origem a uma neoplasia localizada, sem invasão dos tecidos adjacentes, o chamado carcinoma *in situ* (SILVA; HORTALE, 2010).

Nos registros da ficha A foram identificadas 240 mulheres na faixa etária entre 25 anos a 64 anos, sendo que, 32 delas encontram-se na faixa etária de 25 a 35 (13,3%), 97 de 35 a 45 anos (40,41%), 103 de 45 a 55 anos (42,9%) e 8 mulheres de 55 a 64 anos (3,3%). Apenas 2% delas não são naturais do município de Bueno Brandão. Em relação ao estado civil a grande maioria é casada (92%).

Também se verificou que a maioria das mulheres encontra-se dentro da faixa da idade reprodutiva. Esse dado *per si* já alerta para a necessidade de orientações quanto à saúde da mulher e orientações sobre o exame preventivo.

Em relação ao estado conjugal este fato nos alerta para a situação em que essas mulheres apresentem uma falsa ideia de que tal estabilidade é um fator protetor contra, por exemplo, DST, que são dadas como fatores de risco para o câncer do colo uterino.

Quanto ao nível de escolaridade, 70 apresentavam ensino fundamental incompleto (29,1%), 148 o ensino médio incompleto (61,6 %) e apenas 22 possuíam ensino superior (9,1%).

Morais *et al.* (2002) afirmam que as menores taxas de incidência de câncer de colo do útero, ocorrem em quem têm maior escolaridade este é um fator protetor em relação à ocorrência da doença, ao contrário do baixo grau de escolaridade, que traz como consequência a falta de conscientização para o exercício da cidadania como forma de prevenção e acesso à assistência à saúde. Observa-se que é necessário ações educativas se adequando a esta realidade da maneira com a qual a paciente possa compreender e se relacionar com as mesmas.

A grande maioria das mulheres residentes no território da nossa unidade tem renda familiar de 2 ou 3 salários mínimos (92%). Segundo Hegarty *et al.* (2000), pessoas com condições sociais e econômicas desfavoráveis, têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde ficando, conseqüentemente, expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças.

Analisando os dados ginecológicos, das 228 mulheres do nosso território verificamos que, tiveram menarca no período entre os 10 a 15 anos (95%) e 232 com sexarca entre 16 a 20 anos de idade.

Sabe-se que início precoce de atividade sexual é fator que contribui para o desenvolvimento da doença. Dados da literatura afirmam o risco para câncer de colo de útero aumenta para mulheres que iniciam atividades sexuais antes dos 18 anos.

A multiparidade é dada também como um fator de forte associação com a doença, sobretudo em mulheres com mais de 3 filhos. Identificou-se em relação a quantidade de filhos que, 12% tinham apenas 1 filho, 50% tiveram 2 filhos e 35% 3 ou mais. Apenas 3% não tiveram filhos, mas uma vez sugerindo possível contribuição para aumento de risco nas mulheres da região.

Das mulheres acompanhadas encontramos que 65,0% fazem ou fizeram uso de anticoncepcionais em algum momento da vida, sendo os orais os mais citados (60%).

Em relação à correlação entre contraceptivos hormonais, supõe-se que hormônios esteróides parecem aumentar a atividade transformadora dos oncogenes do



Papilomavírus humano (HPV) e interferir na resolução eficiente de lesões causadas pelo vírus na cérvix de mulheres jovens (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002).

As doenças sexualmente transmissíveis estes também são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico uterino. Entre as DST, a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) é considerada o principal agente causador do câncer de colo de útero. O DNA do HPV foi identificado em 99% dos casos deste tipo de câncer.

Atualmente, existem mais de 200 tipos e sorotipos do HPV e muitos deles mostraram predileção pela mucosa genital, dentre estes, podem ser identificados os altamente oncogênicos, chamados de alto risco, tais como os HPV 16, 18, 31, 33 e 45 (INCA, 2011).

O tabagismo é um dos fatores de risco que levam ao surgimento de câncer, e a maior causa de enfermidades e óbitos no Brasil (INCA, 2002 ). Entre os tipos mais frequentes de câncer, associado ao tabagismo, destaca-se o tumor de mama e colo do útero, e os de próstata e pulmão (INCA, 2010).

No geral, é possível evidenciar uma carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo sobre esse assunto. A participação dos profissionais de saúde, bem como dos agentes comunitários de saúde, na atividade de informar e educar a comunidade para a saúde mostra-se extremamente importante o trabalho em equipe.

O constrangimento e ansiedade associado a essa posição errônea assumida pelo profissional acabam por comprometer o trabalho preventivo. Segundo Merighi *et al.* (2002) uma prática de interação e humanização, com preparo técnico, mas com intuição e sensibilidade, certamente contribuirá para a qualidade do atendimento prestado à mulher durante a realização do exame.

Segundo Oliveira e Pinto (2007) os fatores que interferem na adesão ao exame preventivo são ausência de conhecimento sobre a importância do exame, como a paciente é recebida no sistema de saúde, timidez, problemas financeiros, indisponibilidade de transporte e não ter ninguém para ficar com os filhos.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Passos do projeto de intervenção

- Primeiro Passo: descrição dos problemas

No primeiro passo foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área coberta pelo PSF Ponte Nova.

O primeiro problema encontrado é de acesso da população a unidade. O PSF Ponte Nova encontra-se há uma distância de 19 km da cidade de Bueno Brandão e, a uma distância considerável dos cinco demais bairros abrangidos pelo mesmo e, a via de acesso é através de estradas de terra cuja viabilidade depende das condições climáticas. A maioria dos pacientes muitas vezes não apresenta meio de locomoção, e tem dificuldades em relação à via de acesso.

O modelo adotado no PSF é estruturado qualitativamente, com fixação de objetivos a serem alcançados, oriundos da reflexão sobre as informações coletadas bem como as provenientes da secretária de saúde. As dificuldades passam então a prevalecer nas estruturas operacionais da atenção da saúde.

Os serviços de atenção secundários e terciários são distantes do PSF e, muitas vezes até mesmo em outras cidades da região. Isto somado as condições financeiras encontradas e a dificuldade de acesso físico (estradas de terra batida em má conservação) fazem com que grande parte dos pacientes desista do tratamento e acompanhamento.

Há carros disponíveis pela prefeitura para levar os pacientes aos centros de referências, porém, a grande maioria das vezes é destinada ao transporte de demandas de urgência e emergência de pacientes provenientes do pronto socorro do único hospital da cidade.

Há também problemas no próprio encaminhamento, pois o acesso a estes serviços está condicionado à referência pelo médico, ou seja, neste caso este é o principal filtro. Enfermeira e ACS que são bem relacionadas com as famílias e suas respectivas condições não é permitido de realizar encaminhamentos sem "o carimbo médico".

Os sistemas de apoio ao PSF também se encontram na área urbana da cidade ou em cidades vizinha. O subsistema de apoio diagnóstico geralmente está em cidades vizinhas o que, mais uma vez cria-se uma dificuldade de acesso por parte dos usuários. O subsistema farmacêutico encontra-se na área urbana da cidade (há mais de 19 km do PSF), a enfermeira do PSF se encarrega de levar as respectivas receitas daqueles que não podem ir até o local e, leva a medicação até o ACS responsável pelo respectivo paciente para que este faça a entrega. Nesse âmbito destaca-se novamente a humanização no processo de trabalho e a capacidade de atuação destes profissionais de maneira "integrada".

Foi observada desde minha entrada a baixa coleta de exames de Papanicolau na unidade, assim como a praticamente ausência de busca ativa e também a baixa procura por parte das mulheres pelo exame. Nos primeiros meses os registros de coleta variavam entre cinco a seis exames por mês de pacientes que rotineiramente realizavam o exame ou que faziam tal coleta para controle de determinada condição detectada previamente. Foi relatado por parte dos profissionais do PSF que este é um problema crônico e, que tem piorado progressivamente ao longo dos anos.

➤ **Segundo passo: priorização do problema**

A classificação das prioridades foi feita a partir dos critérios estabelecidos no Planejamento Estratégico Situacional (PES) citado no Módulo de Planejamento e Avaliações das Ações de Saúde de autoria de Campos; Faria; Santos (2010). Os critérios são: Importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe. Assim foi selecionado o problema de maior prioridade e melhor capacidade de enfrentamento que é a baixa adesão ao exame de prevenção de câncer de colo uterino. O problema é a insatisfação de um ator frente a um componente da realidade que ele quer e pode modificar.

**Quadro 1 - Priorização dos problemas- 2015.**

Problema	Prioridade	Urgência	Capacidade de resolução da	Seleção
----------	------------	----------	----------------------------	---------

			<b>equipe</b>	
Difícil vias de acesso à unidade	4	Alta	Parcial	5
Dificuldade de acesso aos serviços secundários e terciários	3	Alta	Parcial	4
Contrarreferência	3	Alta	Parcial	3
Baixa coleta de exames preventivos	5	Alta	Parcial	2
Baixa busca ativa por parte das pacientes para realização de exames preventivos	5	Alta	Parcial	1

Fonte: próprio autor

### ➤ **Terceiro passo: descrição do problema**

Idealmente, o rastreamento do câncer do colo do útero deveria corresponder a um programa organizado, porém, ainda hoje, há claro predomínio de uma procura ocasional dos serviços de saúde (rastreamento oportunístico) o que afeta possibilidade de reduzir suas taxas de incidência e mortalidade.

Apesar da efetividade dos programas de rastreamento o câncer de colo de útero, as taxas de incidência e mortalidade devido a esse câncer não têm reduzido, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas.

Diante do exposto, reconhece-se como importante adotar estratégias que permitam a produção de dados e informações complementares sobre a cobertura do teste Papanicolau.

O PSF Ponte Nova de Bueno Brandão-MG nos últimos meses tem apresentado baixa coleta de preventivos, mesmo com estrutura adequada e profissionais capacitados. Nos últimos meses o número de coletas tem variado entre 05 a 06 exames apesar de todo o esforço apresentado pela equipe.

Na prática, vários aspectos presentes na vida das mulheres têm dificultado e até por vezes anulado a procura das mesmas a esse tipo de serviço. Em relação aos fatores conhecidos pelos profissionais do PSF através da observação dos relatos das pacientes através dos anos destacam-se o medo de sentir dor, sentimento de vergonha e falta de conhecimento sobre a real finalidade da técnica.

Contudo, ainda são escassas as informações sobre fatores associados a não realização e cobertura do exame de Papanicolau na localidade.

➤ **Quarto passo: explicação do problema**

Neste momento ocorre a explicação do problema, ou seja, quais as causas do problema e as relações entre elas. Segundo Campos; Faria e Santos (2010, p. 63) o objetivo da explicação é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.”

Desse modo, é importante compreender melhor como essas medidas podem ser processadas, no sentido de ampliá-las para atender as mulheres. Outro fator é a doença que tem um alto índice de incidência que se não for diagnosticada desde o início bem precocemente, a cura é mais difícil. Mas se o diagnóstico for precoce pode também ter 100% de cura.

Uma das grandes barreiras para a não realização do exame ainda é o desconhecimento das mulheres em relação às ações preventivas. Muitas delas acham que para a realização do exame é preciso ter a doença em si, ou apresentar sintomas ginecológicos e, que este deve ser feito apenas mediante solicitação profissional.

Então, para que as ações educativas sejam capazes de gerar mudanças é necessário ter envolvimento pessoal de ambas as partes constituindo-se de um ato consciente e, não de imposição.

Outro fator notável é que nenhuma das mulheres durante a entrevista procurou o PSF para realização do exame sendo realizado apenas o “rastreamento oportuno”. Isso demonstra a falta de informação ou importância dada ao exame por tais mulheres.

Este fato acaba por constituir-se em um problema importante visto que essa situação acaba por ser um entrave para o diagnóstico precoce da doença. Isso pode ser atribuído a falta de iniciativa pessoal sobre a informação e também a falta de iniciativa por parte dos profissionais de saúde e agentes.

Fica claro que é preciso mais que reconhecer a importância do exame é preciso uma disposição pessoal capaz de combater a insegurança e outros tabus ou bloqueios que a mulher venha a apresentar. O acolhimento oferecido, aliado à adequação dos profissionais de atenção básica pode influenciar positivamente este comportamento individual das mulheres.

O medo em realizar o exame tem uma relação com o possível estar à frente de um possível diagnóstico de câncer, sendo que para a maioria das pessoas a associação da ideia de que o diagnóstico desta patologia, independentemente do local ou tipo, está ligado à morte e, não há meios para interromper sua progressão ou preveni-lo o que novamente alerta para a ausência de orientações e educação popular.

O acesso da mulher aos serviços de atendimento básico à saúde pode também ser um dos empecilhos para a realização do exame. Detectamos que a distância de certos bairros a unidade básica de saúde, tanto quanto a condição das vias de acesso à unidade, é também motivo para as mulheres não comparecem a coleta do exame, bem como para reuniões ou grupos educativos.

➤ **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

A seleção dos “nós” críticos é que nos permite direcionar as ações que vão solucioná-los, pois eles são as causas consideradas importantes na origem do problema que quando atacadas, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65). Os nós críticos do problema “baixo índice de adesão ao exame preventivo de câncer de colo de útero” são:

- desconhecimento das mulheres em relação às ações preventivas.
- a maioria revela vergonha em relação à técnica
- insegurança e outros tabus ou bloqueios que a mulher tem.

- medo foi expresso em relação ao fato de estar à frente de um possível diagnóstico de câncer, sendo que para a maioria das pessoas a associação da ideia de que o diagnóstico desta patologia, independentemente do local ou tipo, está ligado à morte.
- O acesso da mulher aos serviços de atendimento básico à saúde
- Baixo ao nível de escolaridade.
- Carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo sobre esse assunto.
- Carência de informações dadas pelos agentes comunitários de saúde.
- Falta de sensibilidade do profissional que realizará a coleta sendo pouco solidário ao desconforto apresentado pela paciente.
- o tipo de acolhimento oferecido, aliado à adequação dos profissionais de atenção básica pode influenciar positivamente este comportamento individual das mulheres.

Analisando as causas da baixa adesão ao exame preventivo de câncer de colo uterino podemos agrupá-las pela semelhança em três causas essenciais.

1- Causas relacionadas ao paciente que podemos categorizá-las em uma única que é o desconhecimento das mulheres em relação às ações preventivas que pode levar a vergonha, medo, insegurança e outros tabus ou bloqueios que a mulher tem, agravados pelo baixo nível de escolaridade.

2- Falta de capacitação dos profissionais de saúde na abordagem do paciente, carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo sobre esse assunto que engloba: carência de informações dadas pelos agentes comunitários de saúde falta de sensibilidade do profissional que realizará a coleta sendo pouco solidário ao desconforto apresentado pela paciente e o tipo de acolhimento oferecido. Resumindo: Processo de trabalho.

➤ **Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos**

Segundo Artmann (2000), dentre as várias causas do problema estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento do mesmo, os nós críticos, sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação. Na seleção dos nós críticos, observam-se três

critérios representados pelas seguintes perguntas que devem ser aplicadas a cada causa do problema:

- a) A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- b) A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal (mesmo que não seja pelo ator que explica)?
- c) É oportuno politicamente intervir?

Quando todas as três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento.



Quadro 2 – Proposta de operações para resolução dos “nós” críticos-2015

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Desconhecimento e baixo nível de informação das mulheres em relação às ações preventivas do câncer de colo de útero.	<p><b>Educar para melhorar a saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar o nível de conhecimento das mulheres.</li> <li>-Melhorar os meios de intervenção para educação das mulheres.</li> <li>-Discutir sobre as ações preventivas.</li> <li>-Reforçar a importância do exame e riscos de câncer de colo de útero</li> <li>-Explicar o que é o exame Papanicolau.</li> <li>-Estabelecer uma relação de confiança.</li> <li>-Esclarecer as dúvidas.</li> <li>-Orientações claras e linguagem simples, considerando o nível de escolaridade das mulheres.</li> </ul>	<p>População mais informada, consciente de sua responsabilidade com sua saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento do nível de conhecimento e informações sobre as ações preventivas do câncer de colo uterino</li> <li>-Aumento do número de coletas de exame</li> <li>-Melhoria da autoestima e segurança das mulheres minimizando o medo e as questões culturais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mulheres mais esclarecidas em relação ao exame preventivo do colo de útero.</li> <li>-Aumento da demanda para fazer o exame.</li> <li>- Diminuição do número de ausentes.</li> <li>-Mulheres mais protegidas.</li> <li>-Avaliação o nível de informação da população.</li> </ul>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar os grupos, palestras, discussão dos folhetos educativos explicativos.</p> <p><b>Cognitivo-</b> informação.</p> <p><b>Político-</b> mobilização social.</p> <p><b>Financeiro-</b> ensino para aquisições de recursos áudio-visuais, folhetos educativos, etc.</p>
Processo de trabalho da equipe de saúde da família.	<p><b>Cuidar a saúde.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Renovar e agregar novos conhecimentos aos ACS e profissionais de saúde.</li> <li>-Melhorar o acolhimento.</li> <li>-Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de atenção à mulher.</li> <li>-Aumentar o número de coletas/diagnósticos</li> <li>- Aumentar a oferta de consultas e atividades educativas.</li> <li>Implantar o mapa de monitoramento da periodicidade dos exames.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profissionais de saúde capacitados.</li> <li>-Melhoria no acolhimento.</li> <li>-Aumento do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de atenção à mulher.</li> <li>-Oferecimento do número de coletas/diagnósticos</li> <li>-Aumento da oferta de consultas e atividades educativas.</li> <li>Implantação do mapa de monitoramento da periodicidade dos exames.</li> </ul>	<p>Programa de educação continuada</p> <p>Mobilização profissional</p>	<p><b>Organizacional-</b> para aulas/palestras/reuniões.</p> <p><b>Cognitivos-</b> informação.</p> <p>Político- mobilização social.</p> <p><b>Financeiro-</b> recursos necessários para o oferecimento do curso de atualização.</p>

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que utilizar estratégias para que possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos

<b>Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Educar para melhorar a saúde</b>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar os grupos, palestras, discussão dos folhetos educativos explicativos.</p> <p><b>Cognitivo-</b>informação.</p> <p><b>Político-</b> mobilização social.</p> <p><b>Financeiro-</b>ensino para aquisições de recursos áudio- visuais, folhetos educativos, etc.</p>
<b>Cuidar a saúde.</b>	<p><b>Organizacional-</b> mobilização dos profissionais em torno do tema; aquisição de novos conhecimentos por parte dos profissionais.</p> <p><b>Cognitivos-</b> informação.</p> <p><b>Político-</b> articulação intersetorial os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p> <p><b>Financeiro-</b> recursos necessários para o oferecimento do curso de atualização.</p>

Fonte: Próprio autor

➤ **Oitavo passo: análise da viabilidade do plano**

O idealizador do plano não controla todos os recursos necessários para a execução do mesmo. Portanto, ele precisa buscar parcerias com outras pessoas que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir operações /ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4- Viabilidade do plano

Operações e Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
<b>Educar para melhorar a saúde</b>	<p><b>Organizacional:</b> Organizar os grupos, palestras, discussão dos folhetos educativos explicativos.</p> <p><b>Cognitivo:</b> informação.</p> <p><b>Político:</b> mobilização social.</p> <p><b>Financeiro:</b> ensino para aquisições de recursos áudio- visuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Médico, enfermeiro</p> <p>Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Apresentar projeto ao secretário de saúde.</p>
<b>Cuidar a saúde.</b>	<p><b>Organizacional:</b> mobilização dos profissionais em torno do tema; aquisição de novos conhecimentos por parte dos profissionais.</p> <p><b>Cognitivos:</b> informação.</p> <p><b>Político:</b> articulação intersetorial os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p> <p><b>Financeiro:</b> recursos necessários para o oferecimento do curso de atualização.</p>	<p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto ao secretário de saúde.</p>

Fonte: Próprio autor

➤ **Nono passo: elaboração do plano operativo**

Neste passo foi elaborado o plano operativo. Os objetivos foram: designar os responsáveis por cada ação (gerente de operação) e definir prazos para a execução das ações planejadas.

Quadro 5- Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Educar para melhorar a saúde</b>	<p>População mais informada, consciente de sua responsabilidade com sua saúde.</p> <p>-Aumento do nível de conhecimento e informações sobre as ações preventivas do câncer de colo uterino</p> <p>-Aumento do número de coletas de exame</p> <p>-Melhoria da auto-estima e segurança das mulheres minimizando o medo e as questões culturais.</p>	<p>-Mulheres mais esclarecidas em relação ao exame preventivo do colo de útero.</p> <p>-Aumento da demanda para fazer o exame.</p> <p>- Diminuição do número de ausentes.</p> <p>-Mulheres mais protegidas.</p> <p>-Avaliação o nível de informação da população.</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Apresentar projeto ao secretário de saúde.</p>	<p>médica</p> <p>Enfermeira</p> <p>Técnica de Enfermagem:</p> <p>Secretária de Saúde:</p>	Este processo deve ser contínuo
<b>Cuidar a saúde.</b>	<p><b>Cuidar a saúde.</b></p> <p>-Renovar e agregar novos conhecimentos aos ACS e profissionais de saúde.</p> <p>- Melhorar o acolhimento.</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de atenção à mulher.</p> <p>Aumentar o número de</p>	<p>Profissionais de saúde capacitados.</p> <p>Melhoria no acolhimento.</p> <p>Aumento do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de atenção à</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Apresentar projeto ao secretário de saúde.</p>	<p>Dra. Helba Heliane de Toledo;</p> <p>Enfermeira Estela Silvério;</p> <p>Técnica de Enfermagem: Sueli Aparecida;</p>	Este processo deve ser contínuo

	<p>coletas/diagnósticos</p> <p>Aumentar a oferta de consultas e atividades educativas.</p> <p>Implantar o mapa de monitoramento da periodicidade dos exames.</p>	<p>mulher.</p> <p>Oferecimento do número de coletas/diagnósticos</p> <p>Aumento da oferta de consultas e atividades educativas.</p> <p>Implantação do mapa de monitoramento da periodicidade dos exames.</p>		<p>Secretária de Saúde: Marcela Roberta da Costa;</p>	
--	--	--	--	---	--

**Décimo passo: plano de gestão**

No décimo passo foi descrita a gestão do plano. Os objetivos deste passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus instrumentos.

Quadro 6- Gestão do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Mulheres mais esclarecidas em relação ao exame preventivo do colo de útero.</p> <p>Aumento da demanda para fazer o exame.</p> <p>Diminuição do número de ausentes.</p> <p>Mulheres mais protegidas.</p> <p>Avaliação o nível de informação da população.</p>	médica	1 ano para início das atividades	Em andamento	Os profissionais estão renovando e atualizando seus conhecimentos e colocando em prática para que a situação atual se torne ideal a proposta;	Esse processo deve ser contínuo
<p>Profissionais de saúde capacitados.</p> <p>Melhoria no acolhimento.</p> <p>Aumento do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os protocolos de atenção à mulher.</p> <p>Oferecimento do número de coletas/diagnósticos</p> <p>Aumento da oferta de consultas e atividades educativas.</p> <p>Implantação do mapa de monitoramento da periodicidade dos exames.</p>	<p>médica</p> <p>Enfermeira</p> <p>Técnica de Enfermagem:</p> <p>Secretária de Saúde:</p>	1 ano para início das atividades	Em andamento	O processo de educação continuada de profissionais de saúde bem como da população está sendo aplicado no momento e, está em processo de análise de observação de possíveis resultados futuros.	Esse processo deve ser contínuo

Fonte: Próprio Autor



## 7 CONCLUSÕES

O direcionamento da atenção em saúde no combate ao câncer do colo do útero necessita de conhecimento científico quanto às características do público que se deseja envolver, para assim identificar os possíveis problemas que podem estar interferindo na eficiência e eficácia das ações. Sendo assim é importante o desenvolvimento de trabalhos in loco, nos serviços de saúde, que possam refletir a realidade da população, a qual é responsável e subsidiar na melhor aplicação e adequação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero.

Conhecer a forma como uma determinada população se relaciona com a própria saúde é o passo primordial para definir estratégias de intervenções mais efetivas e apropriadas a realidade local. Assim, esse trabalho procurou conhecer perfil epidemiológico, bem como ginecológico das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino, procurando estabelecer dados para criar novas formas de intervir sobre dado problema.

Foi observado que grande parte das mulheres está na faixa etária de risco para a doença e, é portadora de determinados comportamentos, estigmas e fatores de risco que comprometem sua visão de prevenção frente à doença bem como as tornam vulneráveis a mesma.

O número baixo em relação à coleta contrasta com o número de mulheres que apresentam fatores de risco como histórico familiar, tabagismo, multipariedade, DST e etc.

O sentimento de constrangimento ao se submeterem ao exame tornou-se de fato um dos maiores obstáculos para um comportamento preventivo em relação ao câncer cérvico uterino, e deve-se atentar que este pode ainda perpetuar dentro das famílias, tornando-se um verdadeiro tabu.

Os dados em relação às DST demonstram e reforçam a falta de cuidado pessoal das mulheres da área coberta pelo PSF já que este constitui de um forte fator de risco para lesões cervicais. Como demais assuntos que envolvem sexualidade observa-se que ainda há um preconceito social fortemente arraigado e tabus que

acabam contribuindo para o não diagnóstico e/ou tratamento inadequado alertando para a necessidade de intervenção.

A partir da análise dos dados coletados fica claro que é fundamental a adoção de uma nova postura dessas mulheres frente à sua saúde, assim espera-se que após a implantação do projeto de intervenção as mulheres fiquem mais esclarecidas quanto a importância da prevenção do câncer de colo de útero e fiquem mais responsáveis por sua saúde.

O pouco relato das mulheres em relação às informações divulgadas pelos agentes de saúde sinaliza para um grande erro já que, os agentes devem ser o primeiro e, o mais forte elo criado entre as famílias e o PSF. Este fato também vai ser sanado uma vez que toda a equipe será capacitada para atender a mulher.

É importante reforçar que agentes de saúde também devem atuar na ruptura de conceitos errôneos arraigados bem como também serem facilitadores do acesso destas populações ao conhecimento e, não somente os profissionais de saúde.

Diante do apresentado e do baixíssimo nível de conhecimento que as mulheres apresentam em relação ao Câncer de Colo observa-se a necessidade de renovação e incentivo a educação continuada destes profissionais. Conhecimento este que também deve ser multiplicado e levado para dentro das casas focando na quebra de informações errôneas focando principalmente nos parceiros, visto que a grande maioria das mulheres também é casada.

Também se observa que é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde na coleta. A atuação deve sempre envolver respeito à intimidade da mulher e, à sua privacidade criando um ambiente que ela se sinta confortável para conversar sobre seus questionamentos e dúvidas.

Cabe aos profissionais de saúde encontrar meio eficazes que possam organizar e programar ações educativas aos agentes e mulheres bem como um serviço de prevenção que permita registrar a regularidade da realização do exame otimizando o acesso a este. É importante também estabelecer prioridades para realização do exame, em especial, as mulheres de maior risco a doença e que ainda estão descobertas do rastreamento.

Como apresentado, ainda há predominância na região de um rastreamento oportunístico. Segundo dados encontrados na literatura, regiões com elevada incidência de câncer de colo uterino apresentam tais programas e, não sistemáticos e organizados, o que contribui para limitar a abrangência deste, gerando multiplicidade de exames de certos indivíduos e negligenciam mulheres que mais se beneficiariam do exame de rastreamento. O conhecimento da abrangência de um programa preventivo e dos fatores relacionados à baixa adesão ao modelo proposto pode auxiliar na elaboração de políticas públicas mais efetivas e alinhadas à realidade territorial.

Há também a necessidade de cuidado e padronização de registro dos citológicos, para evitar a perda de informações cruciais possibilitando assim uma avaliação mais profunda da situação individualizada de cada paciente.

O êxito do rastreamento deve-se ter como base a reorganização da assistência à saúde das mulheres visando à capacitação dos profissionais de saúde e agentes, a eliminação de barreiras ao acesso e, do estabelecimento de ações humanizadas de acordo com a cultura local.

Diante do encontrado, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para orientar e definir ações dentro do Posto de Saúde da Família visando à conscientização e educação das mulheres e profissionais, eliminando fatores que impeçam o diagnóstico precoce a fim de gerar queda significativa do número de casos totais de câncer de colo de útero na região.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.301-S309, 2009.

ADAB, P. *et al.* Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening comparison with organized screening. **Med Care**, v.42, n.6, p.600-609, 2004.

ANTTILA, A. *et al.* Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increased in cervical cancer incidence. **International Journal of Cancer**, v.83,n.1, p. 59-65,1999.

ARTMANN,E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: **Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós- Graduação e Pesquisa de Engenharia- UFRJ**. Rio de Janeiro (2000). Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.

ARANTES, R. C. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

BARBOSA, W. A. **Dicionário histórico geográfico de Minas Gerais: Bueno Brandão**. 2 ed. Belo Horizonte: Itatiaia,1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tipos de Câncer- Colo de útero**. Instituto Brasileiro do Câncer, 2014. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao) > Acesso em 01 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer/ 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf). Acesso em 01 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, v.2, n.1, 2011.

BUENO BRANDÃO. Prefeitura de Bueno Brandão. **Saúde**. Disponível em: <http://buenobrandao.mg.gov.br/novosite/saude/>. Acesso em 28 de dezembro de 2015.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

CASTRO-JIMÉNEZ M.A; VERA-CALA L.M; POSSO-VALENCIA H.J. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología** v.57, n.3, p.182-189,2006.

CASTRO, L. F. **Exame Papanicolau: o conhecimento das mulheres sobre o preventivo e a estratégia do PSF no combate ao câncer de colo de útero**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista. Faculdade de Medicina da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

FIDÉLIS, V. C. **Câncer no colo do útero. A importância do ampliar a consciência para o resgate da criatividade na mulher**. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo / Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos de São Paulo como requisito para obtenção do título de especialista em Psicossomática. Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo. Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos de São Paulo, São Paulo, 2007.

FRIGATO, S.; HOGA, K. A. L. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasil, v. 49 n. 4 p. 209-214, 2003.

HEGARTY, Y. V. *et al.* Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. **Journal American Geriatrics Society**. v. 48, n.7, p. 735-40, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Infográficos: dados gerais do município de Bueno Brandão**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310910&search=inas-gerais%7Cbueno-brandao%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acesso em 01 de junho de 2015.

LINHARES, A.C; VILLA, L. L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **Journal de Pediatria**, Brasil, v.82, n.3, p. 25-34, 2006.

MERIGHI, M. A. B.; HAMANO, L.; CAVALCANTE, L. G. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma Escola de enfermagem de uma instituição pública. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 289-296,2002.

MORAES, M. F. Editorial: Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n.2, 2000.

NICULA, F. A. *et al.* Challenges in starting organized screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. **European Journal of Cancer**, v.45 , n. 15 , p. 2679-2684, 2009.

OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 2004.

OLIVEIRA, Michele Mandagará; PINTO, Ione Carvalho. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo de Útero na Estratégia de Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, jan/mar. 2003.

PINHO, A. A. *et al.* Coberturas e motivos para realização do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.2, 2003.

PINTO, A. P., TULIO, S.; CRUZ, O. R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.48, n. 1: 73-78. 2002.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes na área. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066,2010.

SOLOMON, M.D.; BREEN N.; MCNEEL, T. Cervical Cancer Screening Rates in the United States and the Potential Impact of Implementation of Screening Guidelines. **CA: A Cancer Journal for Clinicians. American Cancer Society**, v. 57, n. 2, p. 105–111,2007.

World Health Organization. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva, 2002.