

CÍCERA JOANA DA SILVA

**ADESÃO DAS USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO EXAME
PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

FORTALEZA

2011

CÍCERA JOANA DA SILVA

ADESÃO DAS USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO EXAME
PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Trabalho de Conclusão de Curso Submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da
Família, Modalidade Semipresencial, Universidade
Aberta do SUS (Una-Sus) - Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista.

Orientador: Prof. Milana Drumond Ramos Santana

FORTALEZA

2011

O trabalho concluído é dedicado aos meus pais, Joana Sebastiana da Silva em memória e Cícero Silva Inácio, que tudo promovem para que minha vida tenha sentido e sucesso e por significarem para mim mais do que eu posso expressar.

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre iluminou meu caminho, dando-me sabedoria para discernir as reais verdades da vida.

Aos meus pais que em nenhum momento desistiram de me apoiar, dando-me coragem e incentivo para sempre idealizar meus objetivos.

À orientadora Milana Drumond pelo seu potencial intelecto e acompanhamento constante na realização deste trabalho.

RESUMO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública principalmente para países em desenvolvimento, pois esse agravo apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social econômico baixo. A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer de colo. O prognóstico do câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e em fases avançadas. Nesse sentido, o objetivo desse estudo consiste em estimular a adesão das usuárias da Estratégia de Saúde da Família ao exame preventivo de câncer de colo de útero como prática rotineira. Para isso, foi desenvolvido um plano de ação com vistas a mobilizar a comunidade de adolescentes da escola, do grupo de jovem, as mulheres da associação comunitária e as usuárias que freqüentam o serviço de saúde independente do motivo de busca. A coleta de dados será realizada através de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas, as questões norteadoras serão os sentimentos das mulheres relacionados ao exame, ainda será abordada a técnica de realização do exame, os possíveis prognósticos, a referência e contra-referência para assim, promover mais segurança à mulher no intuito de que esta se sinta motivada a aderir à prática do Papanicolaou. Considera-se que o projeto de intervenção é passível de realização tendo em vista o conhecimento prévio dos costumes e cultura da comunidade e os profissionais da equipe implicados com a implementação dessas ações.

Palavras-Chaves: Obstetrícia; Exame de Papanicolaou; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The cervical cancer is a public health problem especially for developing countries, because this condition has high rates of prevalence and mortality in women of low social economic status. The performance of the cytopathologic examination of Papanicolaou has been recognized worldwide as a safe strategy and effective for early detection of cervical cancer. The prognosis of cervical cancer depends largely on the extent of disease at diagnosis, and is strongly associated with their mortality and late diagnosis in advanced stages. Thus, the aim of this study is to stimulate the adherence of the users of the Family Health Strategy to take preventive cervical cancer as a routine practice. For this, we developed an action plan in order to mobilize the community school students, the group of young women in the community center and the users who attend the health service regardless of the reason for that search. Data collection will be conducted through focus groups and semi-structured interviews, the guiding questions will be women's feelings related to the examination, will be addressed further technical examination, the possible predictions, reference and counter reference to well to promote greater safety for women in order to feel that motivated to adhere to the practice of Papanicolaou. It is considered that the proposed intervention is likely to perform in view of the previous knowledge of the customs and culture of the community and the professional staff involved with the implementation of these actions.

Keywords: Obstetrics; Papanicolaou test; the Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Adesão ao exame de prevenção de câncer de colo de útero – priorização de problemas. Fortaleza, Ceará, 2011.....	20
Quadro 2 – Detalhamento do plano de ação para promover adesão das usuárias ao exame papanicolaou. Fortaleza, Ceará, 2011.....	23
Quadro 3 – Detalhamento do plano operativo. Fortaleza, Ceará, 2011.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
3 OBJETIVO	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivo Específico.....	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de Pesquisa.....	25
4.2 Local da Intervenção.....	25
4.3 Sujeitos da Pesquisa de Intervenção.....	25
4.4 Período da Intervenção.....	25
4.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	26
4.6 Organização e Análise de Dados.....	27
4.7 Aspectos Éticos.....	27
5 DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO	28
5.1 Definição dos Problemas.....	28
5.2 Priorização de Problemas.....	29
5.3 Descrição do Problema Selecionado.....	29
5.4 Explicação do Problema.....	30
5.5 Seleção dos Nós Críticos.....	30
5.6 Desenhos das Operações.....	31
5.7 Identificação dos Recursos Críticos.....	32
5.8 Análise da Viabilidade do Plano.....	33
5.9 Elaboração do Plano Operativo.....	33
5.10 Gestão do Plano.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública principalmente para países em desenvolvimento, pois esse agravo apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social econômico baixo.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA no Brasil foram estimados 18.680 casos e na região nordeste 4.720. No Ceará, 770 casos de câncer de colo uterino para o ano de 2008, segundo localização primária. Este câncer representa o segundo tipo que mais afeta as mulheres no país (MENDONÇA et al, 2008).

O carcinoma de colo uterino é uma das neoplasias mais comuns em mulheres em todo o mundo. No Brasil, é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos de idade (CAETANO et al, 2006).

A característica principal do câncer de colo de útero é a associação com baixo nível socioeconômica, nos países em desenvolvimentos, este câncer continua sendo uma das principais causas de morte em mulheres (MENDONÇA et al, 2008).

É mais freqüente em mulheres de populações urbanas, de classe social e escolaridade mais baixa, residentes em países em desenvolvimento, negras, não virgens, múltiparas, com início precoce de relações sexuais, primeira gestação em idade jovem, múltiplos parceiros e fumantes (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

O câncer do colo do útero tem sua prevalência na faixa etária de 35 a 49 anos, podendo ocorrer em qualquer idade, principalmente nas mulheres com um nível sócio – econômico mais baixo (KELLY, 2003).

Na fase inicial a doença se apresenta assintomática e a descoberta se faz por meio do resultado do exame preventivo citopatológico (papanicolaou) que deve ser feito regularmente. Quando o câncer não é diagnosticado em sua fase inicial, já existe invasão grosseira do colo uterino de tecidos adjacentes, podendo apresentar sintomas com sangramento durante a relação sexual e dispareunia (FRIGATO, 2003).

De acordo com a histologia, o carcinoma epidermóide (escamoso) corresponde a 75 a 90 % dos casos, o adenocarcinoma é responsável por 10 a 25 % dos casos e se origina de células colunares endocervicais. O adenocarcinoma também tem se associado à maior recorrência e ao maior número de linfonodos comprometidos. Também pode ser classificado como adenoescamoso. Os sarcomas uterinos são raros e compreendem de 4 a 9 % de todos os tumores invasivos uterinos (RIVOIRE et al, 2006).

Santos et al (2003) sugerem que o câncer de colo de útero, é um câncer invasor, o qual vem precedido por lesões precursoras, as Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais – NIC, classificadas em três graus relacionados com a magnitude da desestruturação de arquitetura celular e discariose, denominadas respectivamente de NIC 1, NIC 2 ou NIC 3.

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenadas. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, e estamos diante de uma NIC 1, baixo grau (normalidade do epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estão diante de uma NIC 2 – alto grau. O NIC 3, alto grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal (BRASIL, 2006).

Para o diagnóstico desta neoplasia é realizado o exame citopatológico, que mostrará alterações compatíveis com NIC de alto grau (NIC 2 /NIC 3). Em nossa experiência, a citologia muito raramente por aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical. A vacina parece também efetiva na prevenção de lesões pré – neoplásicas vaginais e vulvais (DIAS-DACOSTA et al, 2003).

O exame citológico de amostras cérvico – vaginais tem sido amplamente usado na prevenção e detecção precoce do carcinoma do colo uterino (COSTA; FERNANDES, 2003).

O exame colpocitológico – teste de papanicolaou, colpocitologia oncológica ou oncótica. É um método simples, barato e eficiente para detecção de lesões precursoras de neoplasias, ou dessas em fase iniciais, e está à disposição da população feminina em toda rede básica de saúde (BRASIL, 2008).

A realização do exame citopatológico de papanicolaou é reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero (BRASIL, 2002).

O material básico usado para a realização do exame ginecológico deve dispor de espéculo, de preferência descartáveis, luvas, uma lâmina de vidro com extremidade fosca, onde é rotulado o nome da paciente e o número do prontuário com lápis grafite, espátula de madeira do tipo ayre para a coleta de material da vagina e uma escova para coleta do material da endocérvice. O material coletado é afixado em lâmina de vidro, é acondicionado em um porta – lâmina e a seguir enviado ao laboratório para análise citopatológica (SMELTZER; BARE, 2002).

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer de colo. A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil – MS em 1988 permanece atual e está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

Os exames citopatológicos devem ser realizados em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré – malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (BRASIL, 2006).

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo de útero por meio do exame Papanicolaou, associada ao tratamento da lesão intra-epitelial, tem resultado em uma redução da incidência do câncer invasor do colo do útero de 90%, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (COSTA; FERNANDES, 2003).

O teste de Papanicolaou é capaz de detectá-lo em fase pré-maligna ou incipiente, quando é curável com medidas relativamente simples. Ainda que seja um exame rápido, de baixo custo e efetivo para detecção precoce, sua técnica de realização é vulnerável a erros de coleta e de preparação da lâmina e a subjetividade na interpretação dos resultados (FRIGATO; HOGA, 2003).

Segundo Dias-da-Costa et al (2003), o emprego do exame citopatológico no rastreamento do câncer de colo de útero permite sua prevenção, na medida em que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia e seu diagnóstico na fase pré-sintomática, modificando o curso clínico da doença e tornando mais efetivo o tratamento.

O câncer de colo de útero costuma ser uma doença de evolução lenta, que se inicia com alterações celulares, que podem vir a ser um processo invasivo em média dentro de vinte anos por ser uma doença que se desenvolve de maneira gradativa, é curável quando descoberta precocemente (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

No caso do câncer de colo uterino, o tempo médio entre o aparecimento de anormalidades detectáveis e o desenvolvimento de doença invasiva é de cerca de 10 a 15 anos. Entretanto, intervalos menores de tempo entre os exames de detecção são necessários devido ao número de testes falso-negativos – ou seja, as mulheres precisam ser re-testadas um a três anos após um exame normal para reduzir a chance de se perder anormalidades existentes e não devido ao rápido desenvolvimento da doença (CAETANO et al, 2006).

Acredita-se que a infecção pelo Papilomavírus Humanos – HPV seja a causa primária do câncer do colo do útero. Sua prevalência na lesão do colo é superior a 98% e dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor. Também são relacionados como co-fatores outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, especialmente a presença do HIV, o uso de tratamento imunossupressivo e história de transplante de órgãos (MENDONÇA et al, 2008).

Para esta patologia considera-se que a infecção pelo HPV representa o principal fator de risco. Outros fatores foram identificados, como de risco. Como os sócio - econômicos, ambientais e os hábitos de vida, que incluem o início precoce da atividade sexual, a pluralidade de parceiros sexuais, a multiparidade, tabagismo, hábitos inadequados de higiene e o uso prolongados de contraceptivos orais (FRIGATO; HOGA, 2003).

Segundo o estudo de prevalência, mulheres com IST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (BRASIL, 2006).

A promiscuidade e um maior número de parceiros sexuais podem ser fatores importantes para o câncer cervical, pois mulheres que tiveram mais de cinco parceiros tem mais chances de adquirirem alterações cervicais e estas podem progredir para o câncer cervical (CHAN, 2002).

Nos estudos de CHAN (2002) verifica-se ainda que 80 % das lesões do colo do útero que não contenha HPV regrediram em comparação a 46% daquelas com HPV. Diversos fatores como idade, raça e maternidade não afetaram a possibilidade de regressão das alterações no colo do útero.

Do ponto de vista de Guimarães e Rosa, 2008 a NIC e o carcinoma invasivos do colo uterino é bem estabelecida, aquela ocorrendo 15 anos antes deste. A infecção pelo HPV é tida como fator necessário, mais não suficiente, para o surgimento da maioria dos tumores de colo uterino, sendo identificado em mais de 95% dos casos.

O prognóstico do câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e em fases avançadas (FRIGATO; HOGA, 2001).

O diagnóstico tardio ainda é o mais habitual e pode estar relacionado a dificuldades no acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema de saúde para absorver a demanda às Unidades de Saúde e dificuldades dos gestores

municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial com hierarquização dos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Nos estudos de Brenna et al, (2001) foi destacado que muitas mulheres relataram dificuldades pessoais para procurar os serviços de saúde. A maioria das mulheres não tinha motivação, ou tinha vergonha, para procurar atendimento médico.

A maioria dos atendimentos ginecológicos é realizada devido sintomas ginecológicos, anticoncepção, pré-natal e quando as mulheres levam os filhos ao atendimento pediátrico (Secretaria de Saúde de São Paulo, 1998). Uma vez que a mulher está presente no serviço de saúde, o exame de Papanicolaou é realizado por iniciativa do médico ou de outros profissionais de saúde. Deriva-se daí que a periodicidade da coleta do Papanicolaou é determinada pela presença de sintomas, que motivam a procura dos serviços de saúde (BRENNNA et al, 2001).

No entanto, isto não significa que os profissionais de saúde estejam treinados e motivados para fazerem a coleta do Papanicolaou sistematicamente. Nesse caso, teremos uma situação de dupla passividade, em que a mulher não pede e ninguém lhe oferece o exame. Além disso, o fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde somente quando têm sintomas, seria uma característica sócio-econômica da população de países em desenvolvimento, devido ao entendimento de que não é necessário ir ao médico se não se sente nada (BRENNNA et al, 2001).

Mas fazer exame de rastreamento não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. É necessário que as mulheres que tenham um exame alterado recebam tratamento adequado; porém, há evidências de que um percentual significativo de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a fazê-la, e o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento (ZEFIRINO, 2008).

Enfim, o eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deveria oferecer: qualidade para garantir diagnóstico correto e realizar tratamento preciso; acesso fácil e ágil aos serviços; flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento (ZEFIRINO, 2008).

Os autores citaram uma revisão sistemática sobre o tema, que mostrou que a não realização do exame citológico no Brasil associa-se à baixa escolaridade, ao baixo nível socioeconômico, à baixa renda familiar, à vivência sem companheiro, à cor parda, ao uso de contraceptivo oral, à ausência de problemas ginecológicos, à vergonha ou ao medo em relação ao exame, ao fato de não ter realizado consulta médica no ano anterior à pesquisa, à

dificuldade de acesso à assistência médica, à ausência de solicitação médica e à não realização do auto-exame das mamas no ano que antecedeu a pesquisa. (MARTINS, et al, 2005; COSTA et al, 2003).

Percebe-se que em países subdesenvolvidos como o Brasil, fica difícil manter um nível de saúde de qualidade, em decorrência das desigualdades sociais, problemas como os baixos salários, níveis socioeconômicos, e diferenças culturais. Fatos estes que, interferem na adesão das mulheres na sua assistência à saúde e principalmente da realização do exame citopatológico de colo de útero.

Sabendo-se que o rastreamento precoce é o método mais importante para o controle do câncer de colo uterino, sugere-se que políticas e intervenções específicas priorizem essa população (COSTA et al, 2003).

Em 2004 o Ministério da Saúde – MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidade (BRASIL, 2006).

Embora haja uma política assistencial para tentar melhorar a saúde da mulher, notam-se ainda falhas no sistema, nas unidades de saúde, bem como nos profissionais sobre a melhor forma de acolherem estas mulheres quando as mesmas necessitam de ajuda e de assistência.

Nesse sentido, propõe-se uma intervenção na comunidade adscrita de uma Estratégia de Saúde da Família – ESF no intuito de estimular a adesão das usuárias ao exame preventivo de câncer de colo de útero como prática rotineira para que dessa forma seja possível realizar o diagnóstico precoce.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de colo, diferentemente do câncer de mama, pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo.

A oferta de serviços na rede pública direcionada para a atenção a saúde do colo do útero tem crescido no Brasil. Em Brasil (2004) consta que em 2000, no SUS, a rede de coleta de exames citopatológico cérvico vaginal era composta por 6.908 unidades. Em 2002, estas já totalizavam 12.726. Em 2000, havia 687 laboratórios de citopatologia que, em 2002, totalizaram 1.043. Em 1998, não havia nenhuma unidade de cirurgia de alta frequência e, em 2002, 308 estavam funcionando. No mesmo ano, 166 hospitais realizavam tratamento de câncer.

Mas não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar. No Brasil, observa-se que o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher nos seus princípios e diretrizes, Brasil (2004) considera que a prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Essa mesma política ainda aprecia que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do auto-cuidado.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BRASIL, 2004).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004).

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2004).

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem elaborado estratégias para reduzir a morbimortalidade por câncer de colo uterino por meio do atendimento humanizado. Essas estratégias estão na agenda política do SUS como uma das prioridades do Pacto pela Saúde do Pacto pela Saúde lançado em 2006, está no rol de objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e na Política Nacional de Atenção Oncológica.

Para atingir a estratégia de reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina editada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foram priorizadas duas metas: organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama e oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor (Brasil, 2004).

Já a proposta da Política Nacional de Atenção Oncológica estabelece que a sua organização deva ser de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. O Ministério da Saúde propôs essa política contemplando ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas (BRASIL, 2005).

No intuito de fornecer apoio de referencia a Estratégia de Saúde da Família para alta complexidade a Política Nacional de Atenção Oncológica compôs a rede de atenção oncológica formada pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2005).

Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005).

E Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, um CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua o número de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele, para efeito de cálculo de estruturas e serviços hospitalares de alta complexidade: Oncologia Clínica, Radioterapia com equipamentos de megavoltagem, Hematologia e Oncologia Pediátrica (BRASIL, 2005).

Nos Estados em que esse número anual for inferior a 1.000, deverá ser avaliada a possibilidade de instalação de um serviço hospitalar de alta complexidade, levando-se em conta características técnicas, de acesso e de possibilidade de acesso regional. Unidades ou CACON's com produção correspondente a mais de 1.000 casos novos anuais devem ser computados como múltiplo em tantas vezes o seja do estimado por 1.000, reduzindo-se correspondentemente o número de Unidades ou CACON's necessários e os respectivos números dos serviços (BRASIL, 2005).

No que se referem aos sentimentos que permeiam a problemática do diagnóstico do câncer de colo de útero as reações são diversas. Torna-se importante tomar conhecimentos desse aspecto emocional, pois os sentimentos que envolvem o diagnóstico de câncer influenciam com muita severidade na iniciativa de realizar o exame preventivo.

As mulheres e os familiares que encaram um diagnóstico de câncer experimentam uma variedade de emoções, estresses e aborrecimentos. O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, perda da auto-estima e mudanças da imagem corporal, além de mudanças no estilo social e financeiro, são questões fortes o bastante para justificarem desânimo e tristeza (BRASIL, 2006).

Experiência marcada por sentimentos ambivalentes de sofrimento e luta pela sobrevivência, devido às respostas do seu corpo ao tratamento. Quando as mulheres ficam

sabendo que estão com câncer é comum tornarem-se, durante um curto espaço de tempo, descrentes, desesperadas ou negarem a doença. Essa é uma resposta comum no espectro de emoções dessa fase, muitas vezes denominada como “a perda do controle da vida”, o que não significa que sejam emoções insuperáveis (BRASIL, 2006).

Atualmente, a Medicina dispõe de procedimentos que têm se mostrado eficazes para o diagnóstico da neoplasia, em estádios precoces, e de medidas terapêuticas capazes de curar ou melhorar a sobrevida das pacientes (BRASIL, 2006).

Cuidados adequados para reduzir o sofrimento e ações que possibilitem uma melhor qualidade de vida devem ser disponibilizados à população. O projeto terapêutico, plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, deve necessariamente incluir ações que visem ao aumento da autonomia do/a usuário/a e da família, estabelecendo relações simétricas entre o profissional e a pessoa a ser cuidada, dividindo a responsabilidade pela decisão e suas conseqüências (BRASIL, 2006).

A equipe de saúde deve valorizar as queixas da mulher, estar disposta a ouvi-la, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seus direitos a esclarecimentos e informações. As decisões devem ser compartilhadas e caso a mulher deseje procurar alívio para seus sintomas em outras abordagens terapêuticas, a equipe deve respeitar sua opção (BRASIL, 2006).

A longitudinalidade enquanto princípio do SUS se faz muito relevante enquanto a atenção a mulher para prevenção ao câncer de colo de útero. Brasil (2006) considera que é importante lembrar que a equipe da atenção básica não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher ao longo do tempo, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida.

Quanto ao profissional que atende a mulher na situação do exame preventivo é necessário empatia nas suas ações. Brasil, 2006 pontua que há algumas situações que exigem dos/as profissionais de saúde uma atitude diferente da conduta rotineira, para que a relação de confiança seja fortalecida. Por exemplo, quando surgem suspeitas diagnósticas de doenças graves, é importante compartilhar com a mulher até onde o/a profissional poderá acompanhá-la.

A sensibilidade do profissional deve ser suficiente para dispensar um atendimento personalizado capaz de entender que às vezes, é necessário adiar ou fornecer gradativamente as informações, até que ela se sinta mais segura.

Nesses casos convém saber o que dizer e quando. Pode-se, ainda na fase de investigação diagnóstica, indagar quanto a pessoa deseja saber, de uma forma sutil: “Eu

prometo lhe dizer o que sei a respeito do que você tem, se você me perguntar”. É necessário habilidade e tato para sentir o quanto a paciente deseja saber. E às vezes uma pergunta como “Será que eu tenho câncer?” pode esconder outras que não serão formuladas, como: “Quando e como vou morrer?” “Vou sentir muita dor?” (BRASIL, 2006).

É importante, também, caso se constate que a mulher não tem condições de conviver com o conhecimento de sua doença, compartilhar ao menos com uma pessoa da família, ou de confiança da mulher o que será feito e as razões. Um relacionamento baseado na confiança transmite tranquilidade e oferece segurança, que são suportes terapêuticos fundamentais (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família tem como princípio a garantia de acesso à atenção básica, bem como o estabelecimento de vínculo e cuidado integral com a população adscrita. Neste aspecto, a atuação dos agentes de saúde é fundamental, contribuindo na identificação e captação das mulheres que deixam de realizar os exames preventivos do câncer de colo do útero.

Um estudo de base populacional realizado em área urbana no Sul do Brasil por Gasperin, Boing e Kupek em 2011 sobre a cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero demonstrou que o fato de a visita do agente comunitário não influencia na cobertura e manutenção da regularidade na coleta do teste de Papanicolaou, situação semelhante também foi observada na Região Nordeste do país, denunciando lacunas no cuidado integral da mulher na atenção básica.

Esse referido estudo verificou que, no ano de 2009, a cobertura do exame de detecção precoce do câncer de colo de útero para as mulheres de 20 a 59 anos, residentes na área urbana de Florianópolis, foi dentro da meta preconizada pelo INCA. Apesar disso, evidenciou-se menor cobertura nos grupos sociais menos favorecidos, indicando a forte influência das disparidades socioeconômicas, demográficas e de uso dos serviços de saúde, assim como falta de continuidade no cuidado à saúde e nas ações de prevenção de câncer de colo uterino e a consulta com médico nos 15 dias anteriores à entrevista favoreceram a regularidade do cuidado com realização de exames e a repetição destes com maior frequência e menor intervalo.

Segundo Gasparin, Bonig e Kupek, 2011 a probabilidade de receber cuidados preventivos em saúde é maior para as mulheres portadoras de doenças crônicas ou que receberam alguma intervenção, como consulta médica ou internação hospitalar, sugerindo que o rastreamento do câncer de colo do útero ocorre de forma oportunista. Neste tipo de

rastreamento, a cobertura do Papanicolaou tem distribuição irregular, sendo realizado com uma frequência maior que a necessária e somente por algumas mulheres.

No tocante da oferta desses serviços, a disponibilidade de um plano privado de saúde favorece a melhor cobertura na vida do teste de Papanicolaou e o menor número de exames em atraso, porém este fator não permanece associado aos desfechos após o ajuste pelas demais variáveis (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Ainda são bastante relevantes as desigualdades na distribuição do exame papanicolaou. Os principais fatores relacionados a essa problemática são os fatores demográficos, socioeconômicos e de uso dos serviços de saúde. Em relação à idade, as mulheres mais jovens (20 a 29 anos) apresentaram a menor cobertura do Papanicolaou na vida e a maior proporção de exames em atraso (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Esta situação pode ser explicada pela prioridade que o programa de prevenção do câncer de colo do útero tem dado às mulheres com idade entre 25 e 59 anos, não obstante as recomendações e garantia legal para sua realização por todas as mulheres que já iniciaram sua vida sexual (BRASIL, 2006).

As mulheres que se declaram da cor preta apresentam a menor cobertura na vida do teste de Papanicolaou e também a segunda maior prevalência de exames em atraso. Assim, a cor de pele está relacionada com desigualdades e iniquidades na utilização dos serviços de saúde e acesso a eles (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Quanto ao estado civil, as mulheres que se declaram solteiras são as que menos realizaram o exame na vida, com maior proporção de exames em atraso. Ao se examinar a cobertura do Papanicolaou de acordo com a escolaridade, encontrou-se prevalência elevada para realização na vida inclusive entre as mulheres com menos anos de estudo. Há uma maior cobertura na vida entre as mulheres com maior renda familiar per capita e maior prevalência de exames em atraso para aquelas com menor renda. O melhor nível socioeconômico e o conhecimento da periodicidade de realização do teste podem promover uma cobertura adequada e diminuir o risco de desenvolver o câncer cervical (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

No tocante das ações realizadas pela atenção primária com vistas à prevenir o câncer de colo do útero, o estudo de Peixoto et al, 2011 mostra que a diminuição da frequência dos exames realizados pela primeira vez não necessariamente retrata menor capacidade da ESF em recrutar as mulheres.

No referido estudo realizado na Estratégia Saúde da Família do Município de Amparo – SP, sobre a avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero se observou que

um pouco mais de 20% das mulheres vinham fazendo os controles antes dos 20 anos. Tendo em vista que o Ministério da Saúde recomenda que se inicie os controles aos 25 anos, a correção dessa distorção implicaria reduzir temporariamente a inclusão de mulheres realizando exames pela primeira vez.

Reduzir a frequência dos exames em excesso significa otimizar os recursos disponíveis. No entanto, o objetivo não deve ser a redução do número de coletas, e sim desenvolver estratégias para que aquelas mulheres sob maior risco de desenvolver câncer do colo do útero tenham acesso ao sistema, seja por demanda espontânea ou por busca ativa (PEIXOTO et al, 2011).

Vale lembrar que a incidência e mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser quase que totalmente prevenidas por ações de saúde pública, desde que o planejamento destas ações esteja em consonância com o conhecimento científico atual, e a execução das mesmas seja corretamente gerenciada. A análise do modo de rastreamento e do impacto dessas ações pode gerar um conjunto de indicadores fundamentais para se obter maior eficiência deste programa em termos de saúde pública (BRASIL, 2006).

É conhecimento consolidado que o principal fator que limita a detecção do câncer do colo do útero é a baixa cobertura, em geral devida à falta de regularidade na coleta do exame de Papanicolaou. Outro fator que favorece a ineficiência de um programa não organizado é a dificuldade na confirmação diagnóstica, seguimento e tratamento dos casos rastreados (PEIXOTO et al, 2011).

Infelizmente, os sistemas de informação do SUS são baseados em procedimentos e não na pessoa, como é o caso do SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero), que registra os exames citológicos com diagnósticos alterados realizados no Brasil, controlando diversas variáveis, mas que não permite registrar a história do rastreamento dessas mulheres e, conseqüentemente, não permite identificar quem está sem controle ou o fez há três anos ou mais (PEIXOTO et al, 2011).

Peixoto et al, (2011) consideram que além da dificuldade em se obter um histórico do rastreamento individual das mulheres que permitiria propor estratégias de seguimento, outro obstáculo é a dificuldade de acesso que algumas mulheres têm aos serviços de saúde.

A busca por um sistema de informação longitudinal baseado na pessoa, como propõe o cartão SUS, poderia identificar as mulheres expostas a risco que estariam há mais de três anos sem fazer exame citológico. A estratégia de recrutamento sistemático, ou busca ativa, não apenas melhora a cobertura dos programas, mas também tende a reduzir as iniquidades no rastreamento de populações desfavorecidas (PEIXOTO et al, 2011).

A territorialização e o cadastramento das famílias, práticas conceituais da ESF, favorecem que os ACS identifiquem a população de mulheres-alvo e convoquem aquelas que nunca fizeram o exame ou que estão há mais de três anos sem fazê-lo. Todavia, os resultados do estudo de Peixoto et al (2011) mostram que essa ação ainda é deficiente, uma vez que ao longo dos sete anos analisados de ESF observou-se algum ajuste no rastreamento do câncer do colo do útero, sem no entanto modificar a modalidade oportunística para um programa organizado.

O rastreamento realizado no âmbito da ESF no município analisado não segue as recomendações do Ministério da Saúde. É necessário destacar no cadastramento das famílias por meio da ESF as mulheres-alvo do rastreamento do câncer do colo do útero e registrar os controles realizados, evitando a concentração excessiva de exames nas mulheres jovens e naquelas que mais freqüentam os serviços de saúde, favorecendo as que precisariam de uma ação ativa dos ACS na identificação, convencimento e realização dos exames periódicos, minimamente atendendo às normas do Ministério da Saúde.

Assim, nota-se que o rastreamento das mulheres adstritas a uma ESF que estão em tempo de realizar o exame de prevenção de câncer de colo de útero é totalmente compatível com o papel dos ACS, a prioridade desse preventivo deve ser introduzida ou reforçada nos programas de capacitação destes profissionais e, obviamente, deve ser uma preocupação de toda a equipe da ESF.

A pesquisa realizada por Davin et al no ano de 2005 sobre o conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN acerca do exame de Papanicolau mostra a opinião das mulheres sobre a finalidade desse exame, as quais referem em 58% que o mesmo previne contra a formação do câncer e indica o tratamento adequado, 25% mostra se a mulher tem doenças contagiosas e DST, e 17% se há alteração no útero. Dessa forma, as pesquisadas, no geral, apresentaram uma opinião satisfatória sobre o exame, denotando conhecer sua finalidade.

Nota-se que apesar das mulheres perceberem a finalidade do exame de Papanicolau, o consideram apenas como instrumento de detecção de afecções ginecológicas, e não como método de rastreamento da doença, o qual deve ser realizado, também, por aquelas assintomáticas.

Para Davin et al, (2005) as mulheres que submeteram ao exame preventivo de e estudo tem pouca informação quanto aos cuidados necessários antes da realização do exame, essa pesquisa demonstra que dentre os cuidados conhecidos pelas mesmas, destacam-se: não ter relações sexuais na véspera do exame (42%), não usar pomada ou comprimido vaginal

(33%) e não estar menstruada (17%). Esses resultados denotam a necessidade de uma intervenção educativa direcionada às mulheres para os cuidados prévios à sua coleta, visto que a negligência dos mesmos interfere na realização do exame, bem como, no seu resultado, sabendo-se que esses cuidados referidos devem ser do conhecimento de todas as mulheres que o realizam.

Como visto nessa pesquisa é importante desenvolver projetos educativos em saúde que sejam direcionados não somente para a necessidade de divulgação da importância e finalidade do exame de Papanicolau, como também, abordem sobre os cuidados necessários antes do exame e a humanização na interação profissional-cliente durante a consulta ginecológica.

Isso possibilita reduzir a vergonha, o medo e a tensão das mulheres, não só na realização da coleta do material, mas também, na consulta de retorno para apresentar o resultado, contribuindo assim na prevenção do câncer de colo de útero e de outras doenças ginecológicas que são detectadas, imprescindíveis na promoção da saúde da mulher.

O Ministério da Saúde calcula que um total de 30% das mulheres que colhem o exame de papanicolaou poderão necessitar de algum tipo de medicamento, sendo esperada uma prevalência de inflamações por *Gardnerella vaginalis* seguida por *Cândida sp* e *Trichomonas vaginalis* (SOARES e SILVA, 2001).

Ainda existem casos que as amostras coletadas são consideradas insatisfatórias por vários motivos e assim, faz-se necessário fazer uma nova coleta, para a mulher que procura o serviço é desgastante ter que voltar e repetir a coleta, ficando apreensiva e duvidosa quanto ao real motivo da nova coleta.

Assim, é extremamente importante que o serviço de saúde tenha profissionais capacitados e atualizados para realizar as coletas de exames de papanicolaou, fazer o acondicionamento das lâminas e o transporte das mesmas até o laboratório para análise, pois apesar do conhecimento amplamente divulgado sobre o câncer cérvico uterino e suas medidas de controle, muitas mulheres continuam morrendo em razão da detecção tardia deste tipo de câncer por não ter sido diagnosticado precocemente.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Estimular a adesão das usuárias da Estratégia de Saúde da Família ao exame preventivo de câncer de colo de útero como prática rotineira.

2.2 Objetivos Específicos

- Informar as mulheres da comunidade adscrita sobre a importância da realização do exame preventivo de câncer de colo de útero.
- Realizar atividades educativas na sala de espera abordando aspectos bio-psico-sociais que envolvem o exame preventivo de câncer de colo de útero.
- Promover atenção integral e humanizada na assistência da mulher que procura o serviço para realização do exame Papanicolaou.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Propõe-se uma pesquisa ação com abordagem qualitativa. A pesquisa ação sugere a participação coletiva e ação planejada com ênfase na mudança de uma situação (KOERICH, 2009).

A pesquisa ação se configura uma metodologia que estimula a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e abre o seu universo de respostas, passando pelas condições de trabalho e vida da comunidade. Na *pesquisa-ação*, o participante é conduzido à produção do próprio conhecimento e se torna o sujeito dessa produção (KOERICH, 2009).

O método qualitativo permite ao pesquisador analisar os fenômenos sem dissociá-los de seu contexto. Ao basear-se em objetivos classificatórios, utiliza de maneira mais adequada os valores culturais e a capacidade de reflexão do indivíduo (LEITE, 2008).

4.2 Local da Intervenção:

Os locais de intervenções serão as associações comunitárias, a escola de ensino médio, igrejas, a sala de espera da ESF e o Centro de Referência de Assistência Psicossocial – CRAS presente na área adscrita a uma ESF.

4.3 Sujeitos da Pesquisa de Intervenção:

Os participantes da pesquisa serão as mulheres de qualquer faixa etária que freqüentam o grupo de gestante do CRAS, o grupo de jovem vinculado a igreja, as usuárias que procuraram os serviços da ESF independente dos motivos de busca, as adolescentes que estiverem freqüentando a escolas de ensino médio e as mulheres da associação comunitária do bairro.

4.4 Período da Intervenção:

A intervenção ocorrerá durante o ano de 2012 de acordo com o cronograma de execução que será elaborado e apresentado a direção da escola, CRAS, associação comunitária e do grupo de jovem. A proposta é que as atividades aconteçam no primeiro

semestre de 2012, durante três meses na escola, um mês no grupo de jovem, outro mês na associação comunitária e outro no CRAS.

As reuniões estarão ocorrendo o ano todo na sala de espera da ESF tendo no segundo semestre a intensificação dessas ações, período que provavelmente estará recebendo um número maior de mulheres para realizar o exame devido à mobilização ocorrida na comunidade no primeiro semestre acerca da temática.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados:

Para coleta de dados serão utilizadas as técnicas de grupo focal e entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada terá questões subjetivas voltadas aos motivos de adesão rotineira ou não ao exame de prevenção de câncer de colo de útero.

A entrevista, segundo Leopardi, Beck e Gonzáles (2001), “é a técnica em que o investigador está junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema”. As autoras ainda colocam que esta pode ocorrer de maneira formal ou não, proporcionando dados relativos a condutas, opiniões, desejos, dentre outros.

É necessária a gravação do conteúdo abordado com o intuito de não haver comprometimento no processo de análise de dados.

Será realizado um pré-teste para aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados. Os sujeitos pesquisados na validação da entrevista serão excluídos da pesquisa. A coleta de dados será realizada com as mulheres que aceitaram participar do grupo focal, no entanto, a entrevista será realizada antes das reuniões em grupo.

Serão realizados quantos grupos focais forem necessários para abordar três questões norteadoras descritas a seguir. Os grupos focais estarão compostos por no máximo oito mulheres, um moderador e dois observadores. As falas das participantes serão gravadas em áudio mediante autorização prévia e posteriormente transcritas na íntegra para assim serem organizadas e realizada a análise temática das falas.

Grupo Focal é uma reunião de trabalho em que os participantes interessados em desenvolver processos de auto-educação, reúnem-se para concentrar sua atenção em um tema gerador ou desencadeante de um auto-diagnóstico situacional de sua realidade. Desta análise extraem-se as conclusões e decisões em torno da solução do problema focalizado (MINAYO, 2007).

Para mobilizar as mulheres para a formação dos grupos focais será feita uma sensibilização a respeito do tema com os coordenadores das instituições de coleta de dados acima citados, com os membros da Equipe de Saúde e com as usuárias da ESF na sala de espera independente do motivo de busca pelo serviço.

Serão realizados grupos focais tendo como questões norteadoras os sentimentos das mulheres a respeito do exame papanicolaou e os anseios sobre os resultados desse exame. Nos grupos focais será abordada também a técnica de realização do exame com vistas a desmistificar o procedimento enfocando os possíveis resultados e esclarecimentos sobre a referência aos serviços de atenção secundária e terciária e ainda a importância epidemiológica do câncer de colo de útero.

4.6 Organização e Análise de Dados:

A tabulação de dados foge do caráter de escolha do pesquisador, a simpatia por uma nova forma de análise de dados estudada, ou um modo de aprender a aplicação da técnica, não devem ser os motivos de uso de um método de análise, mas este se deve adequar ao objeto de estudo.

Por isso será utilizada a Análise Temática, na qual a fala dos participantes é situada em seu contexto real e concreto; processo que compreende a ordenação, classificação e categorização final dos dados (MINAYO, 2007).

4.7 Aspectos Éticos:

Este estudo estará de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, que são: autonomia, liberdade, não-maleficência e justiça (BRASIL, 2002).

O projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para ser apreciado e, assim, possa ser desenvolvido.

5 DETALHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO

A implantação deste projeto de intervenção é de fundamental importância para aumentar a adesão das mulheres adstritas a área de abrangência da ESF à realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero, assim como melhorar a assistência com vistas à atenção integral e humanizada ao tempo em que eleva os indicadores de saúde do município e principalmente, melhora a saúde da mulher da comunidade.

O plano de ação está construído seguindo-se os passos: Definição dos problemas; priorização de problemas; descrição dos problemas selecionados para se ter uma idéia da sua dimensão e tamanho; explicação dos problemas; seleção dos nós críticos; desenho das operações; recursos críticos; análise da viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

5.1 Definição dos Problemas

No que concerne a temática de saúde da mulher envolvendo a questão do exame preventivo contra o câncer de colo do útero foram encontrados os seguintes problemas na área de abrangência da ESF onde se pretende desenvolver esse projeto de intervenção.

- A baixa adesão ao exame preventivo do câncer de colo de útero, frente à quantidade de mulheres aptas para realizar esse exame.
- Freqüência com que as mulheres fazem esse exame tem caráter esporádico.
- Sentimentos de medo, timidez e tabus relacionados à prática do exame.
- Conhecimento distorcido quanto à finalidade do exame de prevenção de câncer de colo de útero.

5.2 Priorização de Problemas

A priorização dos problemas está exposta no quadro abaixo:

Quadro 1 – Adesão ao exame de prevenção de câncer de colo de útero – priorização de problemas. Fortaleza, Ceará, 2011.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao exame de prevenção de câncer de colo de útero.	Alta	10	Parcial	1
Poucas mulheres fazem esse exame todo ano.	Alta	5	Parcial	2
Conhecimento distorcido quanto à finalidade do exame de prevenção de câncer de colo de útero.	Alta	5	Parcial	3
Sentimentos de medo, timidez e tabus relacionados à prática do exame.	Alta	7	Parcial	4

De acordo com os problemas elencados no quadro acima, elegeu-se para traçar planos e metas os sentimentos das mulheres relacionados ao exame de prevenção, visto que a discussão gerada por meio dos grupos focais com essas mulheres acerca dessa temática poderá oferecer subsídios capazes de promover interação entre usuária e profissional de modo a desmistificar medos e tabus, o que acarretará uma procura para a realização do exame pela usuária e uma assistência com qualidade e humanizada por parte do profissional de saúde.

5.3 Descrição do Problema Selecionado

De acordo com o Ministério da Saúde – MS, o câncer de colo do útero é o segundo câncer mais freqüente em mulheres perdendo apenas para o câncer de mama e representa a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Por outro lado, é sabido que apresenta o câncer de colo de útero um elevado potencial de prevenção e cura desde que seja diagnosticado precocemente podendo até ser tratado a nível ambulatorial.

Mesmo assim, nota-se a não adesão ao exame de forma regular. Aspectos culturais podem estar relacionados a essa realidade, tendo em vista que a necessidade de expor as genitálias e introduzir um aparelho no canal vaginal fere o pudor das mulheres ao tempo que gera sentimentos diversos como medo, passividade, timidez, ansiedade diante de um possível prognóstico ruim entre outros.

Outros aspectos também estão implicados como a não permissividade do parceiro para essas mulheres realizarem esse tipo de exame e a possibilidade de diagnóstico de IST, esse fato acarreta uma grande problemática quando o diagnóstico é positivo devido indicar atividades sexuais extraconjugais por um ou ambos os parceiros.

Diante da magnitude da doença, das grandes chances de cura na fase inicial da afecção, facilidades de acesso nas unidades de saúde, baixo custo e elevado valor diagnóstico desse exame, faz-se necessário desmistificar os sentimentos das mulheres sobre esse procedimento e incentivar a adesão rotineira ao exame. Deste modo, torna-se importante a realização deste plano de ação.

5.4 Explicação do Problema

O plano de ação está voltado para promover uma discussão acerca dos sentimentos das mulheres que envolvem a realização do exame de prevenção do câncer de colo de útero. Pretende-se trabalhar a clientela no intuito de mostrar o quanto é importante a prática permanente desse exame de forma que as usuárias se sintam mais seguras e motivadas a manter essa rotina.

5.5 Seleção dos Nós Críticos

Para estabelecer um diálogo em torno dos sentimentos das usuárias acerca da realização do exame preventivo do câncer de colo de útero com vista a problematizar a técnica de realização do exame e a simplicidade, eficiência e acessibilidade, a relevância em aderir a essa prática como uma rotina enfocando o impacto causado na sua qualidade de vida persistem alguns nós críticos.

Sabe-se que mobilizar adolescentes para discutir assuntos relacionados ao exame de prevenção de câncer de colo de útero, com reuniões durando em torno de uma hora e meia, é relativamente desafiador devido às próprias características desse público. O tema não

costuma chamar muito a atenção deles, logo não desperta muito interesse em participar de atividades.

Recrutar as adolescentes da escola em grupos de oito persiste na problemática de precisar se ausentar das aulas, para isso se faz necessária articulação prévia com direção e professores da escola.

Acredita-se que não será empecilho debater esse tema no grupo de jovem devido doutrinas religiosas e na associação comunitária por causa da questão cultural que abarca essa temática desde que a linguagem utilizada seja acessível e de fácil compreensão tornando possível estabelecer um diálogo e relação de confiança desprovido de preconceitos.

Para obter a participação das usuárias que freqüentam a ESF independente do motivo de busca nos grupos focais é necessário convidá-las na sala de espera e durante as consultas. Assim, todos os profissionais da ESF devem estar implicados sobre a importância de desenvolver esta estratégia.

As lideranças comunitárias que participam das associações normalmente dispõem de pouco tempo em decorrência do envolvimento em outras atividades e do lar.

O material necessário para desenvolver essas atividades será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS e pelos próprios profissionais responsáveis pelas ações, ratificando que, devido às ações serem voltadas para o uso de tecnologias leves e leve-duras, não consiste em um entrave.

A estratégia utilizada pelos moderadores, assim como a habilidade de conduzir o grupo é uma preocupação presente nesse projeto. No entanto, acredita-se que nas atividades subsequentes essas dificuldades serão superadas. Sendo assim, a adesão de rotina das usuárias ao exame de prevenção de câncer de colo de útero será ensejada por meio do constante estado de sensibilização por parte dos profissionais que elaboraram e desenvolverão essa pesquisa, isso é considerado um nó crítico importante nesse plano de ação.

5.6 Desenhos das Operações

Diante do levantamento dos possíveis entraves a serem enfrentados, cabe estabelecer métodos capazes de tornar viável a execução exitosa do projeto. Assim, prossegue-se visualizando a operacionalização do projeto e estipulando resultados. O quadro abaixo demonstra como deverá ocorrer o desenho das ações do presente plano de ação.

Quadro 2 – Detalhamento do plano de ação para promover adesão das usuárias ao exame papanicolaou. Fortaleza, Ceará, 2011.

Nó Crítico	Operação do Projeto	Resultados Esperados
Sentimentos de medo, timidez e tabus relacionados à prática do exame.	Discutir as questões norteadoras: Sentimentos das mulheres a respeito do exame papanicolaou; Anseios sobre os resultados desse exame.	As mulheres verbalizam seus sentimentos acerca do papanicolaou. Desmistificação dos medos e tabus.
Baixo conhecimento sobre o exame.	Abordar a técnica de realização do exame; Finalidade; Prognósticos; Referência e contra referência.	Aumentar o nível de informação das mulheres sobre o exame papanicolaou.
Baixa adesão ao exame de prevenção de câncer de colo de útero.	Estimular a adesão ao exame por meio dos grupos focais.	Elevação do percentual de mulheres realizando o exame.

5.7 Identificação dos Recursos Críticos

As ações foram planejadas no intuito de serem realizadas com sucesso, no entanto, torna-se evidente que se faz necessário a participação de todos os profissionais da ESF desde a articulação das atividades, acolhimento das usuárias e realização das reuniões de grupo, o apoio logístico da SMS, da coordenação da escola, grupo de jovem e associação comunitária.

Quadro 3 – Detalhamento dos recursos críticos para promover adesão das usuárias ao exame papanicolaou. Fortaleza, Ceará, 2011.

Operação do Projeto	Recursos Críticos
Promover uma discussão com um grupo de mulheres acerca da realização do exame papanicolaou.	Financeiros – apóio da SMS para aquisição de folhetos educativos, prótese da genital feminina e equipamento usado na realização do exame e revistas para recorte, tesoura, cola, papel madeira.
	Organizacional – SMS, coordenadores das instituições parceiras e profissionais da ESF.
	Político – Articulação entre todos os setores envolvidos e adesão da ESF e coordenadores das instituições parceiras.

5.8 Análise da Viabilidade do Plano

Dentro do que foi proposto no plano de ação, nota-se que esse projeto é totalmente exequível, pois as ações foram pautadas na realidade de apenas uma ESF tornando mais fácil mobilizar uma comunidade pequena a qual já se tem um conhecimento prévio da realidade, ao tempo que este, servirá de piloto para todas as outras Equipes do município.

5.9 Elaboração do Plano Operativo

O plano operativo é detalhado no quadro abaixo:

Quadro 4 – Detalhamento do plano operativo. Fortaleza, Ceará, 2011.

Operações	Resultados	Produtos
Estimular a formação de grupos de mulheres.	Grupos de mulheres em todos os locais de ação.	Reuniões de mulheres até discutir todas as questões norteadoras.
Aumentar o nível de informação das mulheres sobre o câncer de colo de útero.	População feminina mais informada sobre o câncer de colo de útero.	Desmistificação dos medos e tabus sobre o câncer de colo do útero.
Elevar o conhecimento das mulheres com respeito ao exame papanicolaou.	População feminina esclarecida acerca do exame papanicolaou.	Debates sobre a técnica de realização do exame, prognóstico, referência e contra referência.

5.10 Gestão do Plano

Para se alcançar o que foi estabelecido no plano de ação é necessário implementar uma avaliação constante. Esse valioso instrumento de gestão permite monitorar o impacto das atuações e aprimorar o plano favorecendo controle das propostas estabelecidas, oportunizando mudanças e ajustes durante a execução do projeto.

Assim, para avaliação e monitoramento deste projeto de intervenção será realizada análise constante dos dados coletados por meio dos grupos focais e entrevistas semi-estruturadas para garantir a efetivação, discussão das ações propostas e os resultados esperados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde da mulher se configura em um quesito importante na Atenção Primária. Nesse sentido, muitos programas foram desenvolvidos pelo MS por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e em se tratando especificamente do câncer de colo de útero, este está na agenda de política do Sistema único de Saúde – SUS como uma das prioridades do Pacto pela Saúde.

Assim, espera-se que a partir do desenvolvimento dessa intervenção seja possível elevar os indicadores de adesão ao exame papanicolaou como uma prática constante entre as moradoras adstritas a ESF em questão possibilitando, dessa forma, compartilhar com o alcance das prioridades nacionais de prevenir o câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Inca (Org.). **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 10 Set. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira Cancerol.** 2002;48(1):13-5.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas – recomendações para profissionais de saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Política Nacional De Atenção Oncológica**. NT revisada após CT de Atenção à Saúde Brasília, 2005.
- _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRENNA, S.M.F; HARDY, E; ZEFERINO, L.C; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):909-914, jul-ago, 2001.
- CHAN, J.K. **Sexo sem proteção aumenta risco de câncer de colo de útero**. Disponível em: <http://www.terra.com.br/saude/dicas/2002/05/07/001.htm>. acesso em 21/08/2003.
- COSTA, C.R; FERNANDES, P.A. Campanha Nacional de combate ao câncer do Colo Uterino: a contribuição do laboratório de anatomia patológica da santa casa de misericórdia de Passos (MG). **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 49, n.1, p.33-37, 2003.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al . Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300007>.
- DIAS-DA-COSTA, J.S; OLINTO, M.T.A; GIGANTE, D.P; VMENEZES, A.M.B; MACEDO, S; BORBA, A.T; MOTTA, G.L.S; FUCHS, S.C. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):191-197, jan-fev, 2003

D`OLIVEIRA, SENNA. **Saúde da mulher**. In: SCHIRAIER et al. Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

FRIGATO, S; HOGA, L.A.K. Assistência à mulher com câncer de colo Uterino: O papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2003, 49(4): 209-214 Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/artigo1.pdf.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, July 2011 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700007>.

GUIMARÃES, J.L.M; ROSA, D.D. **Rotinas em oncologia**. Artmed, Porto Alegre, 2008.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodología da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 343 p.

LEITE, Francisco Tarciso. **Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2008.

KOERICH, M.S; BACKES, D.S; MARCHIORI, M.C; ERDMANN, A.L. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. **rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8640/7571>>. Acesso em: 23 de agosto de 2011.

KELLY L.S. **Câncer do colo do útero: conversa de mulher para mulher**. Disponível em: http://www2.neftly.com.br/~info_ca/colutero.htm. acesso em 18/07/2003.

MARTINS, L.F.L; THULER, L.C.S; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005;27(8):485-92.

MENDONÇA, V.G; LORENZATO, F.R.B; MENDONÇA, J.G; MENEZES, T.C; GUIMARAES, M.J.B. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sócio-demográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008; 30(5):248-55.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.

SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul da. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, Apr. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200002>.

VALE, Diama Bhadra Andrade Peixoto do et al . Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200017>.

ZERERINO, L.C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008; 30(5):213-5.