

BUSCA ATIVA, RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO AO CÂNCER DE COLO NO ÚTERO NO MUNICÍPIO DE BRASILEIRA- PI

Active search, screening and diagnosis of cervical cancer in the uterus in the city of Brasileira- PI

Aline de Sousa Justino¹

Lídia Araújo dos Martírios Moura Fé²

RESUMO

O câncer do colo do útero é um agravo à saúde da mulher, que se inicia devido inúmeras multiplicações celulares de forma desordenada, onde acomete o epitélio de revestimento deste órgão. No Brasil, em 2016, foram esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. O plano operativo é de grande importância para a realização da intervenção, neste foram designados a situação problema, os objetivos, metas/prazos, as ações estratégicas e os responsáveis por cada etapa. Diante dessa situação e de tantas outras no município, concluiu-se que é preciso da integração e interesse de todos para que se possa ter resolutividade nos serviços de saúde e para que os profissionais possam estar oferecendo um serviço com qualidade e resolutivo, pois é isso que a maioria dos usuários procuram em uma unidade de saúde.

Palavras-chave: Câncer do colo de útero. Rastreamento. Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is an injury to the woman's health, which begins due to numerous cellular multiplications in a disordered way, where it affects the epithelium of this organ. In Brazil, in 2016, 16,340 new cases were expected, with an estimated risk of 15.85 cases per 100,000 women. The Uterine Cancer Care Line is intended to provide women with humanized and comprehensive access to qualified actions and services to promote cervical cancer prevention, access to screening for precursor lesions, early diagnosis, and appropriate, qualified and timely treatment. The operational plan is of great importance for the implementation of the intervention, in this were designated the problem situation, objectives, targets / deadlines, strategic actions and those responsible for each stage. Faced with this situation and many others in the city, it was concluded that it is necessary for the integration and interest of all to be able to have resolution in the health services and so that professionals can be offering a service with quality and resolute, that most users look for in a healthcare facility.

Keywords: Cervical cancer. Tracking. Early diagnosis.

¹ Bacharel em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública com Docência do Ensino Superior, Enfermeira no município de Brasileira- PI. E-mail: alinesousajustino@gmail.com.

² Bacharel em Odontologia, Especialista em Saúde Pública e Ortodontia, Mestre em Saúde da Mulher.

1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um agravo à saúde da mulher, que se inicia devido inúmeras multiplicações celulares de forma desordenada, onde acomete o epitélio de revestimento deste órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma), podendo invadir estruturas e outros órgãos. Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e responsável por 265 mil óbitos por ano (BRASIL, 2013; INCA, 2015).

No Brasil, em 2016, foram esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país. Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

Os exames utilizados para o rastreamento do câncer de colo do útero é a citologia em mulheres de 25 a 64 anos, a colposcopia e a histologia, tem alta sensibilidade, especificidade e baixo custo financeiro, favorecendo a prevenção do câncer que se tornou uma das áreas prioritárias de intervenção na atenção básica (LIMA et al., 2012).

Vale ressaltar que o acolhimento à mulher não deve focar apenas no aspecto biológico para ser resolutiva, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades, circunstâncias sociais, já que o estágio inicial da doença é assintomático e a descoberta só é possível no resultado do exame citopatológico, sendo esta a abordagem mais efetiva para o controle e rastreamento do câncer do colo do útero (FRIGATO; HOGA, 2003).

Apesar do empenho em ampliar o acesso ao exame para detecção precoce do câncer do colo do útero, ressalta que nos anos de 2012 e 2013, houve uma redução na produção do exame citopatológico na maior parte dos estados brasileiros. Mas o estado do Piauí se destacou por apresentar, no período 2002-2012, um dos maiores acréscimos nas taxas de morbimortalidade por câncer do colo do útero (DAMACENA; LUZ; MATTOS, 2017).

Em Brasileira-PI, no mês de novembro de 2014 foram realizados 22 exames citopatológicos, dezembro de 2014, 06 exames, janeiro de 2015, 23 exames (SISCOLO, 2014). E em todo o ano de 2016, na Unidade de Saúde Mãe Sabina 01, foram realizados 164 procedimentos de coleta citológica em mulheres acima de 25 até 64 anos de idade (BRASIL, 2017).

Um dos atendimentos de baixa prevalência na unidade básica é o da coleta citológica, que geralmente é procurado devido a outras queixas ginecológicas e não para o rastreamento. Entretanto no município de Brasileira – PI há uma demora de mais de 30 dias para recebimento do resultado de prevenção (coleta citológica ou pccu), sendo que esse resultado era para ser enviado em até 10 dias úteis (BRASIL, 2013). Como isso não acontece, o rastreamento, a assistência, o diagnóstico e tratamento da usuária ficam prejudicados, sem contar que isso leva a mulher a desacreditar no serviço de saúde do município. Pensando nessa situação problema foram pensadas estratégias de rastreamento para que se tenha uma solução do caso de forma que não atrapalhe a atuação do

laboratório, da gestão, mas que ao mesmo tempo tenha uma saída para esse problema que só afeta a assistência as mulheres.

Logo esse projeto tem como objetivo geral, elaborar um projeto de intervenção para realização de busca ativa, rastreamento e diagnóstico em tempo hábil na população alvo relacionado ao câncer de colo no útero no município de Brasileira- Pi e objetivos específicos, promover educação em saúde sobre as mulheres de 25 a 64 anos de idade sobre o câncer do colo de útero; disponibilização dos resultados no tempo sugerido pelo Ministério da Saúde- MS (até 10 dias); disponibilizar atendimento semanal à mulher; monitoramento mensal dos indicadores através do ESUS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CANCER DE COLO DO ÚTERO

O útero é um dos órgãos que compõe o aparelho reprodutor feminino, que fica localizado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto, e é dividido em corpo e colo. Este último contém duas partes: a parte interna (canal cervical ou endocérvice, camada única de células cilíndricas) e a parte externa (ectocérvice revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado). O câncer do colo do útero se inicia devido uma replicação desordenada do epitélio que reveste o órgão e compromete o estroma (tecido subjacente), podendo invadir estruturas e outros órgãos (BRASIL, 2013).

A realização da coleta de material para exame citopatológico e microflora é um dos métodos mais utilizado para rastreamento e/ou detecção precoce do câncer de colo do útero em todo país A efetividade desse procedimento associado ao tratamento no começo de suas fases tem garantido uma significativa redução nas taxas de incidência de câncer invasor podendo chegar a 90%. Em conformidade com a Organização Mundial da Saúde- OMS, quando o rastreamento denota uma cobertura de 80% e sendo este realizado dentro dos critérios de qualidade, automaticamente se tem uma baixa nas taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (INCA, 2016a).

São considerados fatores de proteção contra o câncer, alimentação saudável, prática de atividade física, sexo seguro, peso corporal adequado – índice de massa corporal- IMC entre 18,5 kg/m² e 24,99 kg/m². Já os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer seria, gênero, idade e herança genética; e comportamentais: tabagismo, exposição excessiva à radiação solar, alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016 a).

A infecção pelo Vírus Papiloma Humano - HPV, seja pelo tipo, carga viral, infecção única ou múltipla como também os fatores relacionados, à imunidade, à genética, ao comportamento sexual, a idade e o tabagismo são também considerados fatores de risco para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2013).

A cirurgia, radioterapia e quimioterapia são exemplos de tratamento contra não só o câncer de colo do útero, como também para outros tipos de câncer. Essas categorias de tratamento

direcionado as células neoplásicas malignas vão ser direcionadas para cada tipo e fase do câncer seguindo recomendações de segurança do paciente (BRASIL, 2016b).

A chamada “Razão entre Exames Citopatológicos do Colo do Útero e a População-Alvo”, é nada mais que um indicador que demonstra a produção de exames citopatológicos na população-alvo, ou seja, a população feminina de 25 a 64 anos e que permite estimar a oferta de exames para a cobertura da própria (BRASIL, 2013). A razão de exames preventivos em mulheres de 25 a 64 anos foi de 0,61 e o total de exames chegou a 368 em todo o município de Brasileira- PI no ano de 2016 tendo uma população feminina de 1804 habitantes (BRASIL, 2017).

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CANCER DE COLO DO ÚTERO

Com o início do movimento da Reforma Sanitária e conseqüentemente a Constituição Federal - CF, o Sistema Único de Saúde- SUS tinha como intenção a junção das ações de saúde, bem como a descentralização dos serviços de forma igualitária e com qualidade, todavia os problemas de atenção à saúde se mostraram diferentes ao que foi instituído e hoje existem serviços de baixa qualidade aumentando os problemas de saúde pública como o câncer de colo do útero apontado como um dos tipos de câncer mais comum entre as mulheres, entretanto sua incidência e mortalidade podem ser restringidas através dos rastreamentos, ou seja, o exame citopatológico. (SOARES; et al, 2010).

É importante entender que este enfoque a mulher com a doença deve abranger as mais diversas extensões do sofrimento, seja ele físico, o espiritual e o psicossocial para buscar o controle do câncer com o intuito de preservar a qualidade de vida da mulher acometida por essa doença. As vertentes de diligência do Câncer do Colo do Útero preconiza uma composição de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização ordenados com o suporte na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, pois estas intervenções vão agir diretamente na sobrevivência dessas mulheres (BRASIL, 2013).

Esse fator de sobrevivência é um importante indicador de acompanhamento e controle de câncer do colo do útero. Consta-se que essa taxa se expressa divergente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil esse fator transfigura conforme o tratamento que a mulher irá receber. Para aquelas que deram início ao tratamento em pouco tempo, como por exemplo, menos de um mês, a sobrevivência chega a 62,5%, entendendo-se que essas mulheres foram assistidas em menor tempo, pois foram diagnosticadas precocemente (NAKAGAWA; ESPINOSA; BARBIERI; SCHIRMER, 2011).

Neto, Guimarães, Cunha (2006) dizem que o indivíduo deve ser “visto como um todo” e que seus prejuízos à saúde sejam observados além da cura e reabilitação com inclusão intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional, com o propósito de recompor as circunstâncias de saúde e a propriedade de vida das pessoas.

Para muitas mulheres as circunstâncias de saúde estão anexadas à saúde de toda sua família como os filhos e marido. Elas enxergam a prevenção ou a atitude de ceder ao exame Papanicolau como uma forma de frear o surgimento da doença, devido o fato de existir um temor da

instalação desta e as consequências que pode trazer na vida desta mulher e conseqüentemente a toda família (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Analisando o estudo de Madeiro et al. (2016), o estado do Piauí entre os anos 2000 a 2011 ocorreram 1.158 óbitos por câncer do colo do útero e 261 por câncer de útero sem especificação no mesmo estado. A idade das mulheres variou de 22 a 95 anos, com predomínio da faixa etária de 50-59 anos (23,6%). A taxa de mortalidade padronizada apresentou aumento de 2,3% (IC95%=0,2-4,5) durante o período estudado no Estado como um todo.

2.3 O DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO PRECOCE

Segundo a OMS, quando o serviço de atenção primária a saúde cobre a população-alvo feminina com o rastreamento de no mínimo, 80% e assegura o diagnóstico e tratamento adequados dos casos alteração, é factível limitar em média, de 60% a 90% a incidência do câncer cervical. O Mecanismo com custo-benefício mais barato é o teste de Papanicolau (INCA, 2016b).

O progresso do câncer de colo uterino, na maior parte dos casos, acontece lentamente, evoluindo de fases pré-clínicas detectáveis e até as curáveis, pois dentre os vários tipos de câncer, este é o que aponta a maior probabilidade de cura pela prevenção. O câncer cérvico-uterino é a doença crônico-degenerativa que aflige muitas mulheres, porquê aponta alto grau de letalidade e morbidade, mas que apresenta viabilidade de cura quando é diagnosticado precocemente. (DUAVY et al., 2007).

A introdução adequada dos programas de rastreamento tem um expressivo impacto na redução da incidência de câncer do colo do útero e da mortalidade por esse importante agravo em diversas regiões mundiais. Todavia, assim como em outras disfunções, a baixa condição socioeconômica, em específico a pouca escolaridade, pode interferir negativamente no acesso das mulheres aos serviços de prevenção (MADEIRO et al., 2016).

Em diversos estudos foram constatados a associação entre o câncer cérvico-uterino e o baixo nível socioeconômico em todas as regiões do mundo. Os grupos mais vulneráveis centralizam onde existem as maiores barreiras de acesso à rede de serviços, para detecção e tratamento precoce da afecção e de suas lesões precursoras, resultados de dificuldades econômicas e geográficas, ineficiência dos serviços e por questões culturais, como medo e até mesmo o preconceito dos companheiros (DUAVY et al., 2007).

O papel da atenção primária é de desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio da promoção, prevenção na faixa etária sugerida pelo MS, detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. Este é uma das principais ferramentas da atenção primária e dos profissionais que atuam diariamente neste nível de atenção, sendo de inteira importância ter conhecimento sobre o procedimento, a periodicidade e a população-alvo recomendadas, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento (INCA, 2016a).

Santos, Fernandese Cavalcanti, (2016) explicam em seu estudo que a principal procura para a realização da consulta se dá por queixas ginecológicas, mas este é um momento em que o profissional deve usufruir para intensificar as medidas preventivas relacionadas ao câncer, além de

ele mesmo esclarecer sobre a doença e amadurecer as ideias pelas quais dificultam a adesão ao rastreamento, sem esperar que a usuária procure por estas informações.

O planejamento em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino é dividido em dois eixos: a prevenção primária, que vai envolver o uso do preservativo masculino ou feminino em todas as relações sexuais, com o intuito da mulher não contrair o vírus HPV, pois o mesmo está relacionado com o desenvolvimento da doença e a prevenção secundária que é o exame de coleta citológica que funciona como rastreamento (SOARES et al., 2010).

O péssimo ingresso aos sistemas de saúde importuna não somente para as mulheres de baixa renda que passarão a ter um diagnóstico mais tardio, mas também que poderão ter dificuldade em obter tratamento especializado em tempo hábil (MADEIRO et al., 2016).

A respeito desse importante agravo a saúde da mulher, afirma-se que a prevenção, bem como a detecção precoce, consegue diminuir seus impactos mais graves. Portanto o ato da prevenção deveria englobar o acesso integral aos serviços de saúde, onde aspectos educativo-preventivos devem ser abordados (NETO; GUIMARÃES; CUNHA, 2006).

Com o protocolo sobre as recomendações de rastreamento, diagnóstico e acompanhamento, é preciso ter profissionais de saúde especializados nos diversos tipos de cuidados e tecnologias para detecção precoce e confirmação diagnóstica do câncer de colo do útero. Como também é necessário que as Redes de Atenção a Saúde - RAS, construídas no território a partir dos profissionais, recursos físicos e tecnológicos existentes, programam metodicamente os rendimentos econômicos da proporção e desígnio, acesso, eficiência assistencial e sanitária nos níveis de atenção (INCA, 2016a).

2.4 CANCER DE COLO DO ÚTERO E SAÚDE PÚBLICA

Refletindo sobre as últimas décadas no Brasil em relação às causas de mortalidade e morbidade associado às transformações demográficas, sociais e econômicas, inferimos que sucedeu alternância no perfil epidemiológico e uma dessas oscilações é o câncer, que está no grupo de doenças não transmissíveis e, por conseguinte se tornado importante para a epidemiologia e coletividade pois o mesmo está sendo classificado como um problema de saúde pública. (INCA, 2012).

A OMS estabeleceu a atenção primária à saúde como o primeiro nível de proximidade dos indivíduos, família e a comunidade, com o sistema nacional de saúde, ampliando esta atenção o mais próximo possível do território de abrangência onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (NETO; GUIMARÃES; CUNHA, 2006).

As atuações e atividades de saúde direcionadas ao individual e coletivo, disponibilização da promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde são estratégias que devem ser encontradas atenção básica, já que esta é a porta de entrada do usuário a saúde que deve dar-se de forma universal (BRASIL, 2012).

Ao analisar esse acesso e as ações da atenção básica, percebe-se que no atendimento à mulher em muitos casos, são encontradas barreiras para realização do exame de coleta citológica,

isso mostra deficiência no programa de acolhimento devendo ser corrigido pelos profissionais e o sistema de saúde com propósito de instigar entre as mulheres a consciência da prevenção em saúde e a formação de vínculo com a unidade (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

É importante enfatizar que a educação em saúde deve ser usada como meio de obter resultado positivo no controle desse tipo de câncer. A promoção da saúde pode ser utilizada no momento da consulta ginecológica, cabendo ao profissional orientar sobre as doenças sexualmente transmissíveis, os ricos, os cuidados, ou seja, abordar de forma geral a saúde da mulher para que esta se torne um instrumento de cuidado (SANTOS; FERNANDES; CAVALCANTI, 2016).

Outro fator importante é a participação da comunidade nas ações de saúde oferecidas pela atenção primária, uma vez que os programas de detecção e prevenção do câncer cérvico uterino são avaliados como de baixo custo, claramente vantajoso, para o controle dessa doença, que apresenta alto índice de cura quando detectado precocemente (DE OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005).

Neto, Guimarães e Cunha, (2006) dizem que para devida efetivação da assistência, é preciso que o modelo de atendimento privilegie a integração horizontal dos pontos de atenção e que os atores envolvidos devem procurar avaliar esta atenção propondo mudanças. Os gestores, como profissionais responsáveis pela execução das políticas públicas na área, necessitam melhor planejar, organizar e avaliar os serviços a fim de que possam assegurar que estes sejam eficientes, efetivos e eficazes para a clientela envolvida.

Para Da Silva, (2002) o indivíduo que é acometido pelo câncer já associa a doença com a morte, como se tivesse algo a esconder, pois o estigma é um sentimento que se encontra enraizado às pessoas. Estar com câncer pode motivar o preconceito e rejeição social, desde o recinto familiar até o trabalho, onde o sujeito além de vivenciar a condição da doença em si, precisa encarar o descrédito social.

Em um estudo feito por Lima, et al. (2012), apontou que a idade média de maior prevalência para ocorrência de hospitalização com diagnóstico de câncer do colo do útero é de 38,3 anos, onde todos os diagnósticos foram detectados por meio do exame citológico, entretanto esses diagnósticos não ocorreram de forma eficiente devido os resultados falso positivos e tratamento adiado devido à ausência do diagnóstico.

3. PLANO OPERATIVO

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

Essa etapa é de grande importância para a realização do plano de intervenção, neste foram designados à situação problema, os objetivos, metas/prazos, as ações estratégicas e os responsáveis por cada etapa.

Tabela 01: Plano operativo.

Situação Problema	Objetivos	Metas/Prazos	Ações estratégicas	Responsáveis
Desconhecimento sobre a doença	- Informar e sensibilizar o público-alvo sobre a importância do exame de coleta citológica.	- Propagar conhecimento. - Imediato	- Promoção de educação em saúde/doença.	Enfermeira Médica ACS Técnicos em Enfermagem
Baixa adesão à prevenção	- Maior procura para o rastreamento.	- 3 meses. - Rodas de conversa.	- Instigar o interesse da usuária; - Estimular a prevenção.	Enfermeira Médica ACS
Baixa participação da usuária	- Rastreamento de pelo menos 70% das mulheres do território de abrangência.	- Um ano	- Busca ativa de mulheres resistentes. - Disponibilização dos resultados no tempo sugerido (até 10 dias). - Disponibilizar mais dias de consulta.	Enfermeira ACS
Monitorização ineficiente	- Monitorar as buscas ativa. Monitorar os indicadores no E-SUS.	- Imediato - Monitoramento mensal.	- Acolhimento a mulher. - Fortalecer vínculo.	Enfermeira ACS Técnicos em Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

O acompanhamento do projeto se fez de forma mensal através da análise dos indicadores dentro do sistema E-SUS, das reuniões de equipe (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnicos de enfermagem), das rodas de conversa com o público alvo e busca ativa na comunidade dessas mulheres faltosas no serviço de saúde.

Tabela 02: Proposta de Acompanhamento do Plano.

Problema	Ações Planejadas	Resultados Alcançados
Desconhecimento sobre a doença	<ul style="list-style-type: none">- Promover educação em saúde/doença.-Propagar conhecimento.	<ul style="list-style-type: none">- Aumento na procura para o agendamento e realização do exame.
Baixa adesão à prevenção	<ul style="list-style-type: none">-Instigar o interesse da usuária;-Estimular a prevenção.-Disponibilização dos resultados no tempo sugerido (até 10 dias)	<ul style="list-style-type: none">- Aumento na procura para o agendamento e realização do exame.- Resultados chegarão mais rápidos, entretanto não foi no tempo esperado.
Baixa participação da usuária	<ul style="list-style-type: none">- Busca ativa de mulheres resistentes.	<ul style="list-style-type: none">- Identificação de usuária faltosas ao serviço de saúde.- Aumento no agendamento e realização do exame.
Monitorização ineficiente	<ul style="list-style-type: none">- Acolhimento a mulher.- Fortalecer vínculo.- Monitoramento mensal.	<ul style="list-style-type: none">- Melhoramento no vínculo com as usuárias.- Aumento dos indicadores em três meses.- Diminuição da procura para consulta, pois os resultados voltaram a demorar a chegar.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO

Depois de uma análise situacional do território e dos principais problemas da área de abrangência, foi decidido realizar um plano de intervenção. Dentre os problemas observados, nas fases de definição e priorização optou-se pelo rastreamento Câncer do Colo de Útero, sobretudo, ineficazmente diagnosticado, associado ou não, a demora do resultado do exame de coleta citológica.

Das 816 mulheres que habitam o território (Brasileira- PI), 422 desta estão na faixa etária para o rastreamento do câncer do colo de útero, entretanto foram realizadas apenas 164 coletas citológicas em todo o ano de 2016, demonstrando a instabilidade do serviço de saúde (BRASIL, 2017).

Tabela 02: Situação sócio-demográfica feminino da Unidade de Saúde Mãe Sabina, 2017.

Faixa etária	Quantidade
Menos de 01 ano	0
01 ano	10
02 ano	14
03 ano	14
04 ano	12
05 à 09 anos	52
10 à 14 anos	49
15 à 19 anos	73
20 à 24 anos	71
25 à 29 anos	62
30 à 34 anos	64
35 à 39 anos	65
40 à 44 anos	58
45 à 49 anos	38
50 à 54 anos	49
55 à 59 anos	47
60 à 64 anos	39
65 à 69 anos	20
70 à 74 anos	15
75 à 79 anos	23
80 anos ou mais	41
TOTAL	816

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Brasileira 2015 – 2017, 2017.

Após a coleta de dados e análise deste, foi apresentado ao gestor o projeto e nesse mesmo período, houve quase que simultaneamente uma mudança na forma de enviar as amostras dos exames citopatológicos para o laboratório de referência. Esta mudança foi realizada pelo próprio laboratório que já havia recebido várias reclamações de outros municípios também devido à demora na entrega dos resultados. Por conseguinte não precisou que a gestão fizesse algum tipo de intervenção, pois o próprio laboratório tomou as providências.

Com isso facilitou a comunicação com o laboratório, pois este criou um sistema próprio de regulação, que é “alimentado” pelo município a cada dia que se realiza a coleta citológica, através do envio on-line da ficha de anamnese da paciente, resultando assim como uma marcação para a análise do material que é enviado posteriormente pelo município para ser analisado e assim ter um retorno mais rápido.

Após apresentação desse projeto ao gestor, foi realizado um treinamento com os quatro agentes comunitários de saúde, as duas técnicas de enfermagem, e a médica da equipe, sobre o câncer do colo do útero, a importância do rastreamento e diagnóstico precoce desta doença.

A partir dessa mudança, ocorreu nos primeiros meses um retorno mais rápido dos resultados de prevenção, os indicadores subiram, e houve um envolvimento maior dos profissionais da equipe com a comunidade, mas no decorrer do tempo à demora retornou e concomitante a isso, a evasão das mulheres na atenção básica.

Vale ressaltar, que esse sistema criado pelo laboratório de referência tem falhas e dentre uma delas é não permitir a mulher que ela refaça o exame, caso dê algum tipo de alteração, ou seja, o laboratório só aceita uma amostra por ano de cada mulher, logo se uma mulher apresenta no

resultado algum tipo de alteração que precise de acompanhamento ou tratamento, ela tem que procurar por um serviço privado.

6. CONCLUSÃO

Através desse plano de intervenção pretendeu-se oferecer a mulher do território de abrangência, um melhor acolhimento, conscientização sobre o processo saúde doença, incentivar seu autocuidado, garantir mais dias de consultas, disponibilizar os resultados dos exames preventivos em até 10 dias, maior interação dos profissionais da equipe de saúde, melhorar os indicadores da Estratégia Saúde da Família- ESF Mãe Sabina 01 e envolver mais gestão nas ações de saúde.

Esse plano permitiu conhecer melhor o território, a realidade das usuárias, as condições do serviço de saúde, aprimorar o conhecimento de todos da equipe, além de contribuir para um melhor acolhimento e atendimento as mulheres. Com esse plano também podemos analisar que outras questões de saúde que podem está sendo falhas e que contribuem para uma evasão da ESF, acarretando consequências que acabam lotando os hospitais públicos, gerando outros problemas.

Durante o processo de implantação surgiram muitas dificuldades relacionadas à comunicação com os membros da equipe, tais como resistência para a realização da busca ativa, e promoção da educação em saúde. Além disso, não houve muito interesse da gestão em melhorar a comunicação com o laboratório de referência, pois houve um acomodamento desta em entender que só o sistema de regulação iria resolver o problema.

Diante dessa situação e de tantas outras no município, concluiu-se que é preciso da integração e interesse de todos para que se possa ter resolutividade nos serviços de saúde e para que os profissionais possam estar oferecendo um serviço com qualidade e resolutivo, pois é isso que a maioria dos usuários procuram em uma unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Estado do Piauí. Município de Brasileira. Unidade de Saúde Mãe Sabina. Relatório Consolidado de Cadastro do Território- Série Histórica. Emissão em 28 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASILEIRA. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASILEIRA 2015 – 2017. Secretaria Municipal de Saúde. 30 pag. Brasileira 2015.

DA SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino percepção de como enfrentam a realidade. **Rev Bras Cancerol**, v. 48, n. 4, p. 493-8, 2002.

DAMACENA, A. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I. E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 71-80, 2017.

DE OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta paul enferm**, v. 18, n. 2, p. 150-5, 2005.

DUAVY, Lucélia Maria et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 3, p. 733-42, 2007.

FRIGATO, S.; HOGA, Luiza A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev Bras Cancerol**, v. 49, n. 4, p. 209-14, 2003.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016a.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro : Inca, 2016b.

LIMA, T. M. et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. *Acta paul. enferm.* [online], vol.25, n.5, pp.673-678. ISSN 1982-0194, 2012.

MADEIRO, A. et al. Tendências da mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí, 2000-2011. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2016.

NAKAGAWA, J. T.; ESPINOSA, M. M.; BARBIERI, M.; SCHIRMER, J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. *Acta paul. enferm.* [online]. vol.24, n.5, pp.631-637. ISSN 1982-0194. 2011.

NETO, X.; GUIMARÃES, F. R.; CUNHA, I. C. K. O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2006.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant**, p. 31-38, 2007.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Sci Health Sci**, v. 26, n. 2, p. 319-24, 2004.

SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C.; CAVALCANTI, P. P. Consulta ginecológica–motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 5, n. 1, 2016.

SISCOLO. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. Disponível em:
<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>. Acessado em 08 de março de 2017.

SOARES, Marilu Correa et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 90-6, 2010.