



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Lorena Góis Corradi

Baixa cobertura do exame preventivo do colo do útero
na equipe de Estratégia de Saúde da Família Onofre
Ruela no município de Barra Mansa - RJ

Florianópolis, Março de 2023

Lorena Góis Corradi

Baixa cobertura do exame preventivo do colo do útero na equipe
de Estratégia de Saúde da Família Onofre Ruela no município de
Barra Mansa - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Camila Biribio Woerner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Lorena Góis Corradi

Baixa cobertura do exame preventivo do colo do útero na equipe de Estratégia de Saúde da Família Onofre Ruela no município de Barra Mansa - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Camila Biribio Woerner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: o câncer de colo do útero, no Brasil, ocupa a terceira posição entre as neoplasias de maior incidência na população feminina e configura-se como a quarta causa de morte por câncer nessa população. Quando diagnosticado em fase inicial, o câncer cervical possui chance de 100% de cura. Segundo o Ministério da Saúde, o rastreamento deve ser iniciado aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiverem relação sexual e deve seguir até os 64 anos. Existem muitos desafios a serem enfrentados para que ocorra um rastreamento abrangente e efetivo do câncer do colo do útero. Dentre eles estão: o despreparo das equipes de saúde para o enfrentamento do problema; aspectos vinculados aos serviços de saúde (dificuldade de acesso à consulta, inflexibilidade de horário para coleta); a baixa adesão por grande parte das mulheres em maior risco de doença; adesão prejudicada pelo baixo nível de formação, sentimentos de vergonha, crenças, preconceitos, influencias culturais. **Objetivo:** desenvolver alternativas a fim de ampliar a realização do exame preventivo (citopatológico do colo do útero) em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual, atendidas na Estratégia de Saúde da Família Onofre Ruela e, oportunamente, promover educação sexual para essa população. **Metodologia:** o presente projeto de intervenção foi realizado em três etapas: diagnóstico situacional (baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), revisão bibliográfica e, elaboração de um plano local de intervenção. **Resultados esperados:** com a implantação do plano de ação, espera-se obter um aumento na cobertura do exame citopatológico das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Onofre Ruela em um ano, e oportunamente, promover educação sexual para essa população. Contudo, reitera-se a importância do gerenciamento do plano de ações, por meio de reavaliações periódicas e contínuas sobre sua eficácia e eficiência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Doenças do Colo do Útero, Prevenção de Câncer de Colo Uterino, Saúde da Mulher, Teste de Papanicolaou

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família - ESF Onofre Ruela localiza-se na microrregião do Vale do Paraíba, na cidade de Barra Mansa, no estado do Rio de Janeiro e, faz divisa com a cidade de Volta Redonda. Possui equipe única composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma assistente de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista.

Situa-se no bairro Vila Elmira, em área urbana, com acesso a água tratada, rede coletora de esgoto, iluminação pública e coleta de lixo. A população cadastrada nas quatro micro-áreas totaliza 2.155 pessoas, com faixa etária predominante de 20 a 54 anos, o que representa mais da metade da população geral. Em relação ao gênero, a maioria dos cadastrados são do sexo feminino – 1173 mulheres (54,4% da população absoluta). Os usuários são distribuídos da seguinte forma por faixa etária: 4 menores de 1 ano, 320 na faixa etária de 1 a 14 anos, 134 entre 15 e 19 anos, 682 na faixa etária 20 aos 39 anos, 548 indivíduos no grupo de 40 a 59 anos e, 467 com 60 anos ou mais.

Nas micro-áreas 01, 02, 03 e 04 existem duas escolas de educação básica, uma particular e uma municipal; sete igrejas evangélicas e uma igreja católica.

O lazer encontra-se vinculado aos espaços de atividades físicas coletivas – grupos de ginástica, alongamentos, futebol, caminhadas; celebrações e eventos religiosos e bares.

Este, por sua vez, relaciona-se com um dos principais problemas da área: o tráfico de drogas. Entre principais agentes envolvidos tem-se adultos e adolescentes do gênero masculino.

Grande parte dos usuários possuem baixo poder aquisitivo, pequeno grau de escolaridade (ensino fundamental incompleto) e culturalmente economizam recursos que seriam destinados a higiene pessoal e dos animais de estimação. Observa-se crescimento desordenado do bairro com construções irregulares.

Identifica-se na população adscrita uma considerável parcela de adoecimento mental. As doenças crônicas mais prevalentes são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Entre as queixas mais observadas, estão as questões sobre as principais doenças crônicas referenciadas e afecções da população materno-infantil. Entretanto, as queixas ginecológicas de mulheres, seja na idade fértil seja no climatério, apresentam maior expressão no território.

Durante a realização do curso de Especialização em Atenção Básica foram realizados diagnósticos situacionais da área de abrangência da ESF Onofre Ruela, bem como uma classificação de problemas prioritários desse território.

Sendo assim, o problema com maior expressão, urgência e governabilidade para seu enfrentamento, tornou-se a base para elaboração do presente estudo - o baixo índice de

coleta de amostras de colpocitologia oncótica do colo do útero (preventivo) no ano de 2019.

Dados do SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica do ano de 2019 revelam que de um total de 668 mulheres de 25 a 64 anos de idade, foram coletados apenas 144 exames citopatológicos do colo do útero, o que representa 21,55% dessa população. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza uma cobertura de 80% de exames a serem coletados nessa população alvo, a fim de reduzir a incidência do câncer cervical invasivo em 60 a 90 %.

Esse exame periódico continua como a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). No âmbito da atenção primária para que se obtenha redução significativa da incidência e da mortalidade por câncer de colo uterino, é necessário atingir alta cobertura da população alvo, na faixa etária de 25 a 64 anos. Dessa forma, os baixos números de preventivo coletados, configura-se como um problema que envolve o indivíduo, familiares e a comunidade por envolver prevenção, possibilidade de tratamento oportuno e suspeição de doenças sexualmente transmissíveis.

Nesse sentido, a baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo, caracteriza-se como um problema: atual, terminal, de baixo controle, estruturado, passível de intervenção em equipe, com possibilidade de governabilidade local. Dessa forma, torna-se o motivador deste projeto de intervenção que visa aumentar a cobertura do exame de colpocitologia oncótica do colo do útero, além de promover educação sexual oportuna para população feminina sexualmente ativa.

Este trabalho justifica-se por se tratar de tema de relevância em saúde pública, com vistas à saúde da mulher, por meio da detecção precoce do câncer de colo de útero. Este que ainda hoje é uma das principais causas de mortalidade em mulheres no Brasil.

Na população feminina brasileira o câncer de colo do útero ocupa a terceira posição entre as neoplasias de maior incidência e configura-se como a quarta causa de morte por câncer nessa população. Estudos demonstram que as lesões precursoras do câncer de colo do útero possuem lenta progressão, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame preventivo (Papanicolau). Nesse contexto, o câncer cervical, quando diagnosticado em fase inicial, possui chance de 100% de cura (BRASIL; INCA, 2016).

Nesse sentido, programas de rastreio reduzem tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero. Soma-se a isso o fato do teste utilizado para esse fim (rastreamento - pessoas assintomáticas) e para diagnóstico precoce (pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) ser seguro (sensibilidade e especificidade adequadas) e apresentar relação custo-efetividade favorável.

Esse tema destacou-se após observação de baixa cobertura do exame preventivo do colo do útero na equipe estratégia de saúde da família Onofre Ruela; grande parte da população local com comportamentos sexuais de risco; início precoce de atividade sexual; além da alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis no território.

Os riscos da não adesão ao exame de rastreamento de câncer do colo do útero implicam em diagnósticos tardios, não detecção oportuna de DSTs, aumento de internações, aumento de mortalidade e, conseqüentemente onera muito mais o sistema de saúde.

Na área de abrangência da ESF Onofre Ruela segundo cadastro individual do ano de 2019, existem 668 mulheres de 25 a 64 anos de idade. Sendo assim, para alcançar uma cobertura anual mínima anual de 50% da população alvo, faz necessário atingir uma meta de 28 preventivos coletados por mês.

No entanto, a recomendação da OMS para o rastreamento é a realização do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. O que traduz uma cobertura muito maior que 50% da população alvo.

Portanto, justifica-se a importância do presente estudo afim de aumentar a cobertura do exame preventivo (Papanicolau), com vistas à redução da morbimortalidade na população feminina por câncer do colo do útero no território referenciado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver alternativas a fim de ampliar a realização do exame preventivo (citopatológico do colo do útero) em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual, atendidas na Estratégia de Saúde da Família Onofre Ruela e, oportunamente, promover educação sexual para essa população.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender a realidade do problema local, buscar ações eficazes com respaldo da literatura científica, para garantir a qualidade dos serviços prestados.
- Reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, por meio de capacitação e de ferramentas que organizem, facilitem e viabilizem o planejamento assistencial.
- Fortalecer estratégias de busca ativa da população alvo, sobretudo por meio de visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde.
- Envolver e assegurar a participação da comunidade no problema identificado, com objetivo de alcançar melhor adesão e cobertura do exame preventivo na população alvo.
- Promover diálogo com o usuário, por meio de salas de espera realizadas pela médica e/ou enfermeira, destinadas a esclarecer as dúvidas da população e orientá-los sobre a importância de realizar o rastreamento do câncer de colo do útero.
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações propostas, com enfoque de aumentar a cobertura anual da população alvo, em respeito à prevenção, detecção precoce e tratamento da doença.

3 Revisão da Literatura

O câncer de colo do útero representa o terceiro câncer mais comum no mundo, atrás do câncer de mama e do colorretal e, configura-se como a quarta causa de morte por câncer em mulheres brasileiras. Estima-se uma média anual de 471.000 novos casos, com aproximadamente 80% de ocorrência em países em desenvolvimento. Dessa forma, torna-se um problema de saúde pública mundial, sobretudo na América Latina, uma das regiões com maior incidência no mundo (MENDONÇA *et al.*, 2008).

A história natural da doença demonstra que a infecção persistente pelo papiloma vírus humano (HPV) encontra-se intimamente relacionado ao desenvolvimento do câncer de colo do útero. Segundo dados da literatura, a prevalência do HPV na lesão do colo é superior a 98% e dois subtipos do vírus encontram-se envolvidos na patogênese de mais de 80% dos cânceres invasores – (subtipos 16 e 18). Nesse sentido, entre os fatores de risco estão o grande número de parceiros sexuais e o início precoce da atividade sexual; assim como o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais e o tabagismo. Entre outros co-fatores relacionados encontra-se as outras doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a história de transplante de órgãos e o uso de imunossupressores (BRASIL, 2006).

O câncer de colo uterino ocorre em mulheres na faixa etária reprodutiva, com maior incidência acima dos 35 anos de idade, sobretudo na faixa etária dos 45 aos 49 anos. Entretanto, observa-se um número crescente de ocorrência em mulheres com idades mais precoces (BRASIL, 2010).

Este câncer constitui uma causa de morte evitável, uma vez que a doença apresenta facilidade de detecção das alterações em estágios iniciais e longo período de evolução, o que viabiliza o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz. Sendo assim, encontra-se como um dos cânceres com maior potencial de prevenção e cura (DEROSSO *et al.*, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a redução nas taxas de incidência de câncer invasor pode chegar a 90% devido a efetividade da detecção precoce, aliada ao tratamento instituído em fases iniciais. Sendo assim, rastreamento dentro dos padrões de qualidade e que apresente boa cobertura, 80% da população alvo, modifica de forma efetiva as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (WHO, 2007).

Segundo MALTA e DUARTE (2007) a prevenção primária, por meio de orientações e práticas educativas, é capaz de evitar o óbito por câncer de colo uterino em 30%; enquanto pela prevenção secundária, através de rastreamento/detecção precoce e encaminhamento oportuno, evita-se esse desfecho desfavorável em 50% dos casos. Já com a prevenção terciária, elucidada pelo acesso a intervenção cirúrgica oportuna, a mortalidade pode ser evitada em 20% dos pacientes.

Segundo Giuliano *et al.* (2011), a prevenção primária do câncer do colo do útero

relaciona-se com a redução da incidência de pacientes infectadas com HPV. Sabe-se que a transmissão do vírus se dá por contato direto com pele ou mucosa infectada, sendo a principal forma de transmissão desse vírus a via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou até manual-genital. Estatísticas estimam que a infecção pelo HPV acomete de 25 a 50% da população feminina e 50% da população masculina. Sendo assim, as ações educativas e o uso de preservativo durante as relações sexuais, tornam-se formas de prevenção expressiva.

As vacinas anti-HPV configuram-se como outra forma de prevenção primária. No entanto, estas não eliminam a necessidade do rastreamento do câncer - (prevenção secundária), uma vez que não confere proteção contra todos os subtipos oncogênicos de HPV. A vacina quadrivalente aprovada no Brasil previne contra infecção pelos tipos 6, 11, 16 e 18. Os subtipos 6 e 11 associam-se a mais de 90% das ocorrências de verrugas genitais, enquanto os subtipos 16 e 18 correspondem a 70% dos casos de câncer de colo uterino ([BRASIL, 2013](#)).

A história natural do câncer de colo uterino, evidencia que o câncer invasivo possui lesões precursoras como, adenocarcinoma in situ e lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, que são detectadas com facilidade pelo exame de rastreamento do câncer do colo do útero. Sabe-se que o exame de colpocitologia oncótica, popularmente conhecido como Papanicolau, é o principal método e mais amplamente utilizado para esse rastreamento. Trata-se de um exame com bom custo-efetividade, boa sensibilidade e especificidade, capaz de detectar lesões precursoras e trata-las de maneira adequada, impedindo assim a progressão para o câncer invasor ([WHO, 2007](#)).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe a possibilidade de redução média da incidência do câncer cervical invasivo em 60 a 90%, desde que haja uma cobertura da população alvo de no mínimo 80%, aliada a garantia de diagnóstico e tratamento adequados. Em países desenvolvidos, nos quais houve implantação de rastreio citológico de qualidade, com boa cobertura, tratamento e seguimento da população alvo, observou-se uma redução de 80% dos casos. Soma-se ao exposto, a identificação oportuna através do exame de rastreio de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's), além da consulta se estabelecer como um momento para reforçar individualmente a educação sexual ([WHO, 2007](#)).

No Brasil o rastreamento do câncer do colo do útero é desenvolvido por meio do exame citopatológico, o teste de Papanicolaou, destinado a mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A coleta após dois exames anuais consecutivos negativos, deve ser realizada a cada três anos. Mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o preventivo, devem ser submetidas a dois exames consecutivos com intervalo de um a três anos. Se ambos negativos, dispensa-se exames adicionais ([BRASIL; INCA, 2016](#)).

A OMS recomenda a periodicidade de três anos baseada em diretrizes da maior parte

dos países com programa de rastreamento organizado; as quais demonstram ausência de evidências sobre maior efetividade do rastreamento anual em relação ao realizado a cada três anos (WHO, 2007).

No entanto, o rastreamento de mulheres imunodeprimidas ou portadoras do vírus HIV, em função da defesa imunológica comprometida, constitui uma situação especial. Dessa forma, após início da atividade sexual o primeiro exame deve ser realizado e, a partir de então passará a ter periodicidade anual após dois exames negativos realizados com intervalo de seis meses (BRASIL; INCA, 2016).

O Ministério da Saúde com objetivo de minimizar a mortalidade por câncer de colo uterino, definiu como estratégia a cobertura do exame citopatológico anual de pelo menos 30% da população alvo. Assim, a garantia dessa cobertura configura-se como um bom indicador de gestão capaz de refletir o acesso a atenção primária à saúde (BRASIL, 2013).

A avaliação do indicador referenciado ocorre anualmente, dessa forma se 30% da cobertura for alcançada; no período recomendado para rastreio a cada três anos, pelo menos 90% da população alvo terá sido submetida a coleta do preventivo (colpocitologia oncológica do colo uterino) (BRASIL, 2013).

Segundo Ferreira (2009) entre os desafios enfrentados para se alcançar um efetivo rastreamento com a cobertura preconizada, destacam-se variáveis que dificultam a adesão ao exame preventivo conforme listadas a seguir:

- Desconhecimento sobre o câncer de colo do útero por parte da população feminina
- Temor quanto a realização do exame preventivo, bem como em relação ao resultado da colpocitologia oncológica;
- Exposição da intimidade feminina, gerando sentimentos de vergonha e constrangimento;
- Mudanças de atitude limitadas por valores culturais;
- Co-fatores capazes de gerar impedimento: filhos e emprego;
- Mulheres com comportamento de risco para doença, sentem-se mais constrangidas e envergonhadas ao realizar o exame preventivo, o que piora quando o profissional responsável pelo rastreio é do sexo masculino.

Nesta perspectiva, GONÇALVES, BARBIERI e GABRIELLONE (2008), reiteram a importância de iniciativas voltadas para educação sobre a prevenção do câncer de colo uterino, baseadas em orientações e informações capazes de recrutar população alvo para realizar o exame preventivo (GONÇALVES; BARBIERI; GABRIELLONE, 2008).

Segundo avaliação do Ministério da Saúde a ausência de um sistema de informação adequado para acompanhamento dos exames e do seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero ou com suspeita da doença, pode explicar a não redução das mortes por câncer de colo do útero, apesar de existência de um programa de rastreamento. Dessa forma, ocorrem ações de prevenção sem autogerenciamento, sem avaliação continuada das ações instituídas, portanto pouco efetivas. Nesse sentido, em muitos casos,

em um grupo restrito de mulheres ocorre um super-rastreamento, enquanto em outros grupos, o exame preventivo torna-se oportunístico; ou seja, motivados por outras condições de saúde que levam às mulheres a acessarem o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

No país tem-se a disposição o Siscolo, um sistema de informação transversal, que apenas registra os exames realizados, sem no entanto estabelecer conexão entre os sucessivos exames. Logo, o Brasil encontra-se desprovido de um sistema de informação de base populacional capaz de realizar um registro longitudinal em saúde. Sendo assim, o sistema vigente não identifica mulheres faltosas em relação ao rastreamento, para realizar busca ativa e convidá-las a repetir o exame ou mesmo realiza-lo pela primeira vez (BRASIL, 2013).

Segundo VALE (2010), para maior efetividade do rastreio de câncer de colo uterino algumas medidas podem ser implementadas nas equipes de atenção básica, com destaque para ações realizadas pelos ACS como listados a seguir:

- Cadastro de população alvo para rastreamento, bem como registro dos controles realizados;
- Evitar favorecimento de mulheres que mais frequentam o serviço de saúde;
- Evitar exames de rastreio excessivos em mulheres na faixa etária mais jovem;
- Busca ativa por ACS visando identificação, educação e convencimento para realizar exames preventivos periódicos, respeitando as normativas do Ministério da Saúde.

Em suma, torna-se necessário qualificar as ações de promoção à saúde, por meio de ações educativas, de mobilização social, de incentivos a redução das desigualdades, de garantia de acesso as ações de qualidade e monitoramento propostos. Nesse cenário, o estímulo ao protagonismo feminino frente aos desafios do rastreamento abrangente e efetivo do câncer do colo uterino torna-se imprescindível.

4 Metodologia

Trata-se de uma proposta educativa realizada na área de abrangência da equipe de saúde da família (ESF) Onofre Ruela, na cidade de Barra Mansa, no período compreendido entre janeiro e abril do ano de 2020; com o objetivo de ampliar a cobertura do exame de rastreio do câncer de colo do útero na população alvo e como consequência reduzir as taxas de morbimortalidade nesse grupo.

O presente estudo foi executado em três etapas: diagnóstico situacional, revisão em base literária e, elaboração do plano local de intervenção.

Na primeira etapa, com base nos conceitos de Planejamento Estratégico Situacional (PES), obteve-se o diagnóstico situacional da área abrangência o qual permitiu a identificação dos problemas de cunho social, econômico, político, cultural, ambiental, epidemiológico e de morbimortalidade populacional existentes no território. Nesse cenário, a baixa cobertura do exame citopatológico do colo do útero (preventivo) apresentou-se como o problema de maior expressão, urgência e governabilidade para seu enfretamento.

Nessa fase foram recrutados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da documentação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A partir da análise destes bancos de dados, identificou-se o número de mulheres na faixa etária alvo para rastreamento do câncer de colo uterino (25 aos 64 anos) cadastradas na ESF Onofre Ruela, quais realizaram ou não o exame e, a cobertura atingida no ano de 2019.

A segunda etapa pautou-se na revisão literária, através da busca de informações em base de dados da PEBMED, SCIELO, documentos do Ministério da Saúde (MS) com destaque para o INCA. Por meio deste recurso, procurou-se identificar dados estatísticos; reiterar a importância do rastreamento e do tratamento do câncer de colo do útero preconizados pelo MS; compreender os impactos na saúde da mulher e na saúde pública, bem como na mortalidade desse grupo; além de identificar experiências de outros profissionais de saúde que enfrentaram problemas semelhantes. Para revisão bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores na Biblioteca Virtual em saúde: Teste de Papanicolau, Atenção Primária a Saúde, Neoplasia de Colo Uterino, Baixa Cobertura de Preventivos, Saúde da Mulher, Protocolos, Rastreamento do Câncer de Colo do Útero.

Na terceira etapa foi elaborado um plano de intervenção, a partir do problema priorizado no diagnóstico situacional. Dessa forma, foram realizadas duas reuniões de equipes em janeiro 2020 e, naquelas ocasiões ocorreram capacitações da equipe de saúde da família (ESF), realizadas pela médica e enfermeira da unidade (com apoio da ginecologista e obstetra do NASF), as quais permitiram esclarecimentos de dúvidas e tornaram todos profissionais potenciais disseminadores de informação/formadores de opinião. Foram discutidos motivos apresentados por pacientes entrevistadas, durante consultas médicas e de

enfermagem e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS por meio de busca ativa, sobre o motivo de não estarem com preventivo em dia e/ou não realizar esse acompanhamento na unidade. A análise destas respostas norteou o plano de ação elaborado pela equipe com objetivo de aumentar a cobertura do exame de rastreio do câncer de colo uterino na população alvo adscrita. A queixa de ter que perder o dia de trabalho para coletar o exame, foi comum a grande parte do grupo entrevistado. Dessa forma, os três últimos horários da agenda da enfermagem, três dias na semana, foram reservados para coleta do preventivo, com objetivo de facilitar o acesso para população alvo que trabalha longe da unidade de saúde e, que passaram a não ter que retornar as atividades laborais no dia da realização do exame – todas receberam a declaração de comparecimento para exame, mas não perderam o dia trabalhado.

Observou-se que ambiente cultural, educacional, socioeconômico, nível de formação, crenças e preconceitos; contribuíram para a baixa cobertura de exames citopatológicos do colo de útero no ano de 2019. Dessa forma, o envolvimento da comunidade no problema identificado, tornou-se uma estratégia fundamental para aumentar a adesão ao rastreio do câncer de colo uterino. Nesse sentido, o diálogo com a usuária por meio de salas de espera, busca ativa e em reuniões com líderes locais foi reestruturado, com objetivo de esclarecer as dúvidas da população, desmistificar crenças infundadas e promover educação em saúde. Foram, inicialmente, realizadas salas de espera semanais, nos meses de janeiro a abril 2020, informando sobre o sigilo dos profissionais de saúde, como o exame é realizado e, sobre a necessidade de todas as mulheres que se enquadre na população alvo, realizarem esse rastreio para câncer de colo uterino. O objetivo dessa ação foi de criar vínculos de corresponsabilidade, sobretudo na prevenção, no entanto sem deixar de lado a manutenção e recuperação da saúde. Além disso, foram realizados espaços de discussões ampliados sobre a questão, envolvendo profissionais de saúde, comunidade – uma reunião mensal entre os meses de janeiro a março do ano de 2020. Em relação à articulação com lideranças locais, houve apoio de um vereador residente no bairro que forneceu auxílio, sobretudo para divulgação das informações. Nesse sentido, houve incentivo por parte da equipe de saúde, para que as associações de bairro constituíssem um conselho local de saúde para exercer o controle social.

A revisão de literatura também subsidiou as ações de monitoramento e gerenciamento das ações propostas, com vistas a ampliar a cobertura anual do rastreio do câncer referido na população alvo.

5 Resultados Esperados

Espera-se obter após a implantação do plano de ações educativas elaborado um aumento na cobertura do exame citopatológico do colo do útero das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Onofre Ruela em um ano; atingindo uma cobertura anual mínima de 30% da população alvo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. O que representa na realidade local, em números absolutos, um mínimo de 201 preventivos coletados em um ano – segundo dados do SIAB do ano de 2019 que identifica um total de 668 mulheres de 25 a 64 anos de idade no território.

Essa cobertura mínima preconizada baseia-se na periodicidade indicada para coleta do exame de rastreamento de câncer do colo do útero no Brasil, destinada a mulheres que já tiveram relação sexual, especialmente dos 25 aos 64 anos de idade, com periodicidade anual, sendo trienal após dois exames anuais consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia. Dessa forma, se a proposta de 30% da cobertura anual for alcançada; no período recomendado para rastreamento a cada três anos, pelo menos 90% da população alvo terá sido submetida a coleta do preventivo (colpocitologia oncótica do colo uterino). Valores que reiteram a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que objetiva uma cobertura mínima de 80% da população de risco para situação em tela.

Cabe ressaltar que a OMS recomenda a periodicidade de três anos para realização do papanicolaou baseada em diretrizes da maior parte dos países com programa de rastreamento organizado; as quais demonstram ausência de evidências sobre maior efetividade do rastreamento anual em relação ao realizado a cada três anos.

Logo, com a expectativa de alcance da cobertura proposta, almeja-se minimizar a morbimortalidade por câncer de colo uterino na área de abrangência da equipe da saúde referida. Sendo assim, ensina-se reduzir internações, inclusive por DST's oportunamente identificadas; melhorar o acesso a atenção primária à saúde; otimizar a utilização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS); além de promover educação sexual, em uma população com comportamento de risco.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária n°29)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- BRASIL, M. da S.; INCA, I. N. de C. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento de câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 10, 16 e 17.
- DEROSSI, S. A. et al. Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em salvador (ba), 1979-1997. *Rev Bras Cancerol*, v. 47, n. 2, p. 163–170, 2001. Citado na página 15.
- FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, v. 13, n. 2, p. 378–384, 2009. Citado na página 17.
- GIULIANO, A. R. et al. Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (him): a cohort study. *Lancet*, p. 1–10, 2011. Citado na página 15.
- GONÇALVES, M. B.; BARBIERI, M.; GABRIELLONE, M. C. Teste de papanicolaou: construção e validação do material educativo para usuária de serviços de saúde. *Saúde Coletiva*, v. 5, n. 20, p. 1–10, 2008. Citado na página 17.
- MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 13, p. 765–776, 2007. Citado na página 15.
- MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de recife, pernambuco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v. 30, n. 5, p. 242–255, 2008. Citado na página 15.
- VALE, D. B. A. P. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família no município de amparo, são paulo, brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 388–390, 2010. Citado na página 18.
- WHO, W. H. O. *Cancer Control. Knowledge into ation. Early Detection (module 3). WHO guide for efective pogrammes*. Zurique: WHO, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- WHO, W. H. O. *ICO information centre on human papilloma vírus and cervical cancer human papilomavírus and relates canceres in Brazil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 10.