

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

TATIANE SOUZA OLIVEIRA

**BAIXA COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO DO COLO DO
ÚTERO (PAPANICOLAU) NA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SENHOR DOS MONTES NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DEL-REI – MINAS GERAIS: um projeto de intervenção**

**SÃO JOÃO DEL-REI - MINAS GERAIS
2015**

TATIANE SOUZA OLIVEIRA

BAIXA COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO DO COLO DO ÚTERO (PAPANICOLAU) NA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SENHOR DOS MONTES NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL-REI – MINAS GERAIS: um projeto de intervenção

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**SÃO JOÃO DEL-REI - MINAS GERAIS
2015**

TATIANE SOUZA OLIVEIRA

**BAIXA COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO DO COLO DO
ÚTERO (PAPANICOLAU) NA EQUIPE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA SENHOR DOS MONTES NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DEL-REI – MINAS GERAIS: um projeto de intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em: 03/04/ 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde que se empenham em fazer o seu trabalho de forma mais humana e solidária. Em especial a Agente Comunitária de Saúde Rosemary, cujo apoio foi fundamental para execução das ações e do contato efetivo e educativo com a comunidade e com cada paciente avaliado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o apoio da minha família e dos amigos que conquistei ao longo dessa trajetória longe de casa.

Agradeço em especial ao meu tutor Dr. Juarez, pelos ensinamentos e apoio em momentos cruciais. E à professora Dra. Maria Rizioneide, por ter sido uma orientadora tão cuidadosa e gentil.

A todos os funcionários diretos e indiretos do PSF Senhor dos Montes que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.”

Aristóteles

RESUMO

O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente nas mulheres e a quarta causa de morte por câncer na população feminina no Brasil. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical chegam a 100%. 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 no rastreamento abrangente e efetivo do câncer do colo do útero. Dentre eles estão o despreparo das equipes de saúde para o enfrentamento do problema, a baixa adesão por parte das mulheres em maior risco de doença, a ausência de sistema de informação adequado para acompanhamento. O objetivo deste projeto de intervenção foi mobilizar a comunidade para alcançar melhores metas de adesão e cobertura do exame preventivo do colo do útero para a população alvo e de maior risco na ESF Senhor dos Montes na cidade de São João del-Rei. Foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), avaliação quantitativa prospectiva de uma microárea, revisão bibliográfica e planejamento de ações práticas a serem realizadas. Com a implantação das ações do plano de ação, observou-se aumento da cobertura dos exames de forma expressiva, bem como atuação mais ativa dos profissionais de saúde e da comunidade. Contudo, sabe-se que as ações devem ser contínuas e passar por reavaliações periódicas sobre sua eficácia e eficiência, ou seja, a gerência das ações é de fundamental importância.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Teste de Papanicolau. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Cervical cancer is the third most common tumor in women and the fourth leading cause of cancer death in the female population in Brazil. When diagnosed in the early stage, the chances of cure of cervical cancer reach 100%. According to the Ministry of Health, screening should begin at age 25 for women who already had sexual intercourse and must follow until 64 years. There are many challenges to be faced to the effective screening of cervical cancer. These include the lack of preparation of health teams to fight the problem, poor compliance by women at increased risk of disease, the lack of appropriate information system for monitoring. The objective of this intervention project was to mobilize the community to achieve better adhesion and coverage of preventive screening for the target population with higher risk in São João del-Rei city. We used the method of Strategic Situational Planning (SSP), prospective quantitative assessment, literature review and planning of practical actions to be performed. With the implementation of the plan, there was significantly increasing in coverage of the tests, as well as more active participation of health professionals and the community. However, it is known that actions must be continuous and undergo periodic reviews of its effectiveness and efficiency, *i. e.*, the management of the intervention is of fundamental importance.

Keywords: Cervix Neoplasms. Papanicolaou test. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Geral.....	12
3.2 Específicos.....	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

A cidade de São João del Rei está localizada no estado de Minas Gerais e fica há 180km da capital Belo Horizonte; seus municípios vizinhos são Santa Cruz de Minas, Tiradentes, Coronel Xavier Chaves, Ritópolis, Barroso, São Tiago, Conceição da Barra de Minas, Nazareno, Madre de Deus de Minas, Carrancas, Piedade do Rio Grande, Barbacena e Ibertioga.

1.2 Histórico de criação do município

O município supracitado foi fundado como Vila em 08/12/1713 e como cidade em 06/03/1838. Contudo, data de 1701 sua ocupação quando se estabeleceu na região o Porto Real da Passagem. Entre 1707 e 1709 ocorreu a famosa Guerra dos Emboabas. O motivo primário da sua fundação não foi a extração do ouro mais - tarde estabelecida - mas sim, para escoar a produção mineral das cidades da região central de Minas (Outro Preto, Mariana, Conselheiro Lafaiete, etc.) para o litoral e depois para Portugal. O seu nome foi uma clara homenagem a Dom João V. O que permitiu o desenvolvimento da região e a elevação à categoria de cidade foi o ouro, a pecuária e a agricultura (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

1.3 Aspectos geográficos

A área total do município é de 1463,593 km², com uma densidade populacional de 57,67 hab/km². O número aproximado de domicílio e famílias é de 33 mil. O município se localiza na região sudeste de Minas Gerais, na Bacia do Alto Rio Grande e tem seu relevo formado pelas serras do complexo da Mantiqueira. O clima é tropical de altitude e média térmica anual de 19,2°C (mínima 3°C e máxima 38°C). O rio das Mortes é o principal entre os rios que banham a cidade. A vegetação é de

grande diversidade ecológica com biodiversidade representativa da Mata Atlântica e Cerrado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JÃO DEL-REI, 2013).

1.3 Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,816 (considerado elevado). A taxa de urbanização é de 95%, a renda média familiar *per capita* é por volta de 277,24 reais. O município tem boa cobertura de abastecimento e água tratada chegando a 94,1% e o recolhimento de esgoto pela rede pública é de 85,6%. As principais atividades econômicas são agricultura, indústria (principalmente têxtil, metalurgia, alimentícia) e comércio (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JÃO DEL-REI, 2013).

1.4 Aspectos demográficos

No quadro 1 apresenta-se a população do município por faixa de idade, referente ao ano de 2013.

Quadro1 - Distribuição da população do município de São João Del Rei por faixa etária, 2013.

Município: São João Del-Rei										
Total da População 85.353*										
Nº de indivíduos	> 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-59	60 e +	Total
Área Urbana	4.562	5.309	6.360	6.806	13.726	13.189	23.825	11.576	85.353	
Área Rural **	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4.562	5.309	6.360	6.806	13.726	13.189	23.825	11.576	85.353	

*Dado retirado do Relatório de Gestão Municipal 2013

** No censo de 2010, a população rural era estimada em 8.463. Não constam dados atuais.

1.5 Sistema local de saúde

O município possui 13 equipes de saúde da família, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O sistema de referência ainda é muito moroso, com longas esperas por consultas especializadas. Ainda faltam algumas especialidades na rede de assistência municipal. A Contrarreferência é ainda mais difícil e seria interessante investigar porque é tão difícil estabelecer esse vínculo.

A Rede de Média e Alta Complexidade é composta por: uma Policlínica, nove clínicas/Centro de especialidade, dois hospitais gerais referências da rede, um Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) funcionando 24 horas.

As principais causas de morte são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. É importante ressaltar o aumento do número de casos de doenças infecciosas na região (dengue, leptospirose) devido condições ambientais; lixo exposto em local irregular, acúmulo de água em locais propícios à proliferação de mosquitos.

1.5.1 Unidade Básica de Saúde Senhor dos Montes

A Unidade está localizada na Rua José Pedro de Azevedo, sem número, em uma rua íngreme, o que dificulta muito o acesso a idosos e deficientes. Existe uma linha de ônibus com intervalo médio de 20 minutos entre cada horário e o ponto de parada está próximo à unidade de saúde. As calçadas do bairro são irregulares e escorregadias, o que dificulta o acesso e pode provocar quedas. O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 às 17:00 horas..

A unidade conta com os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, três cirurgiões dentista, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um fisioterapeuta e um auxiliar de serviços gerais. Os profissionais da equipe de saúde

da família trabalham 40 horas semanais. Os profissionais da saúde bucal, fisioterapia e auxiliar de serviços gerais têm horários reduzidos, 20 e 30 horas semanais.

A unidade está localizada em prédio novo, projetado para atender as demandas da comunidade. Possui espaço físico adequado e suficiente para atender as demandas da comunidade no que diz respeito às atividades da atenção primária à saúde. Porém ainda faltam equipamentos médicos, materiais como pinças para realização do exame ginecológico preventivo, cilindro de oxigênio, suporte de soro, etc. A manutenção de aparelhos como balança de pesagem e cadeira odontológica são deficitários. Infelizmente, o espaço físico é subutilizado. Um dos motivos é a localização da unidade, que fica em região íngreme do bairro. Dessa forma, os grupos de apoio são realizados em salão paroquial do bairro para que mais pessoas da comunidade possam ter acesso.

Quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), fiz juntamente com a equipe de saúde da unidade um levantamento dos principais problemas que afetam a comunidade e vários problemas foram elencados, mas ao priorizá-los destacamos aquele que deveríamos voltar as nossas ações conjuntas. Foi, portanto, selecionado a baixa adesão ao exame preventivo de Papanicolaou.

O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente nas mulheres e a quarta causa de morte por câncer na população feminina no Brasil. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical chegam a 100%. Apesar da atual melhoria no acesso ao exame de prevenção Papanicolaou, estamos aquém dos índices apresentados por países desenvolvidos (BRASIL, 2014).

Ademais, as cidades com maior desigualdade social geralmente não alcançam as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, como é o caso da cidade de São João del-Rei. Vale lembrar que as vacinas contra o Papilomavirus humano (HPV) protegem contra os subtipos de vírus mais comumente relacionados com o câncer de colo uterino. Contudo, a vacinação não reduz a necessidade de realização do exame Papanicolaou, uma vez que não representa uma proteção absoluta, e há

gerações de mulheres susceptíveis ao câncer cervical expostas ao vírus antes do surgimento da vacina (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres. Além disso, é possível através do exame identificar outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e realizar educação sexual individual no momento do atendimento. Além disso, realiza-se conjuntamente o rastreamento do câncer de mama nas pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A observação da baixa adesão das mulheres da comunidade ao exame preventivo (exames atrasados ou nunca realizados) e investigação de suas causas durante a consulta médica é que nos motivou para a elaboração de um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a cobertura do exame preventivo do colo do útero bem como promover a educação sexual da população feminina com vida sexual ativa e o rastreamento oportuno do câncer de mama na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo fato do câncer do colo do útero ser o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma e ser a quarta causa de morte por câncer na população feminina no Brasil. É sabido da existência de uma fase pré-clínica (assintomática) do câncer do colo do útero, em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolaou). Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical podem chegar a 100% (BRASIL, 2014).

Esse tema se destacou após observar os seguintes aspectos: A pouca solicitação de exames por parte da população feminina de maior risco na comunidade; o atraso ou não realização do exame relatado em anamnese; alta incidência de DSTs e de parceiros não fixos, ou seja, de relação sexual de risco; início da relação sexual - desprotegida - em idade precoce, inclusive com número considerável de gestações em adolescentes e o baixo grau de preocupação da equipe de saúde com a importância do exame.

As consequências potenciais da não adesão ao exame preventivo do colo do útero são: Diagnósticos tardios de doenças, aumento da mortalidade, aumento de internações, invalidez e aumento dos gastos para o sistema de saúde. Além disso, não é realizada a detecção oportuna de outras DSTs e há menor oportunidade de rastreamento do câncer de mama.

Existem aproximadamente 950 mulheres entre 25 a 65 anos na comunidade (dado a ser revisto esse ano com o cadastramento individual). Dessa forma, se a meta de realização de no mínimo 40 exames/mês for mantida, pode-se chegar a 50% de cobertura anual. Porém, a periodicidade do exame não é anual e sim de 3 em 3

anos após 2 exames anuais normais. O que possibilita uma cobertura ainda maior do que 50%.

Portanto, justifica-se a importância de implantar o projeto de intervenção para melhorar a adesão das mulheres ao exame preventivo e ter como consequência em médio prazo a redução da morbimortalidade de mulheres por câncer do colo do útero.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Aumentar a cobertura do exame preventivo do colo do útero bem como promover a educação sexual da população feminina com vida sexual ativa e o rastreamento oportuno do câncer de mama na comunidade.

3.2 Específico

Realizar mobilização da comunidade para o problema encontrado, com vistas a alcançar melhores metas de adesão e cobertura do exame preventivo para a população alvo e de maior risco, garantindo a qualidade das ações, o monitorização e gerenciamento contínuo das ações propostas.

4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção foram seguidos os seguintes passos:

- Dados do diagnóstico situacional em que durante as consultas médicas foram avaliadas as principais causas da não adesão, tais como: educação sexual deficiente, analfabetismo e pouca escolaridade, crenças socioculturais, medo, vergonha durante a realização do exame realizado por enfermeiro homem e morador da comunidade, indisponibilidade de horário para realização do exame, falta de orientação e medidas educacionais por parte da equipe, indefinição do serviço responsável pela coleta, e baixa cobertura do exame.

Foi realizada também avaliação quantitativa prospectiva de uma microárea (cobertura no último ano de apenas 18% das mulheres entre 35 e 65 anos de uma das 6 microáreas), que confirmou a baixa cobertura do exame.

Realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema e planejamento de ações práticas de intervenção para alcançar o objetivo final: aumento da cobertura e adesão ao exame preventivo, Papanicolau.

A revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em saúde utilizando os seguintes descritores:

Neoplasias do Colo do Útero.

Teste de Papanicolau.

Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O estudo da história natural do câncer do colo do útero mostra que a doença está intimamente relacionada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), bem como ligada a fatores de risco como número de parceiros sexuais e tabagismo na população feminina. É considerado um grave problema de saúde pública na América Latina, uma das regiões com maior incidência no mundo (MENDONÇA *et al.*, 2008).

O câncer do colo do útero está classificado dentro das Causas de Morte Evitáveis (CME), que são causas de morte totalmente ou parcialmente preveníveis pela ação adequada dos serviços de saúde disponível em determinado lugar e espaço de tempo. Por isso é um indicador de qualidade da assistência à saúde.

Segundo Malta e Duarte (2007, p.770)

[...] o óbito por câncer de colo de útero seria evitável pela prevenção primária - práticas educativas e orientação - em 30%; pela prevenção secundária - detecção precoce por meio de rastreamento e encaminhamento oportuno - em 50% e pela prevenção terciária - acesso e intervenção cirúrgica oportuna - em 20%.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do contágio pelo vírus HPV. Sua transmissão ocorre por via sexual, por meio de microlesões na mucosa ou pele da região genital. Sendo assim, uma forma de prevenção é adotar o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual.

Vale lembrar que essa medida reduz o risco de contágio, mas não protege totalmente, pois o contágio também pode ocorrer por contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal. Outra forma de prevenção primária é a utilização das vacinas anti-HPV, porém estas não eliminam a necessidade de rastreamento (prevenção secundária), já que não oferecem proteção para 30% dos casos causados por outros tipos virais (BRASIL, 2013).

Os tipos de HPV de alto risco oncogênico e que estão associados a mais de 70% dos casos de câncer do colo do útero são os 16 e 18 (BRASIL, 2013).

A prevenção secundária abrange a detecção precoce (em indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento – aplicação de teste ou exame em uma população aparentemente saudável, assintomática com o objetivo de identificar lesões precursoras ou suspeitas e encaminhar para investigação e tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), 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 e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos. Não se observaram evidências de que o exame seja útil fora desse intervalo de idade e vários fatores devem ser levados em consideração para a realização fora dessa população a longevidade da população e a baixa incidência de lesões precursoras abaixo dos 25 anos, entre outros. O intervalo de exame deve ser de 3 anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Nas mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o rastreamento, deve-se realizar dois exames consecutivos com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos podem ser dispensadas de exames adicionais. Existem outras recomendações para grupos específicos de mulheres como as imunossuprimidas, as grávidas, as sem história de atividade sexual e as que estão na pós-menopausa.

Segundo Zeferino (2008, p. 214) as taxas de incidência da doença ainda são altas, mesmo com implementação do rastreamento. Este autor comenta que

[...] independente do nível inicial de incidência do câncer do colo do útero, os países que implantaram um programa de rastreamento reduziram a incidência para menos de dez casos por 100.000 mulheres/ano. Obviamente não é o caso do Brasil, pois dados dos registros populacionais de câncer de várias cidades brasileiras mostram incidência padronizada, variando entre 50,7/100.000 mulheres/ano em Brasília e até 14,3/100.000/ano em Salvador, sendo que, em Recife, foi de 26,2 casos/100.000 mulheres/ano para o período entre 1995 e 1998. Para estes níveis de incidência, estimam-se entre 8 e 20 mortes/100.000 mulheres/ano.

Existem muitos desafios a serem enfrentados no rastreamento abrangente e efetivo do câncer do colo do útero. Dentre eles estão o despreparo das equipes de saúde para o enfrentamento do problema, a baixa adesão por parte das mulheres em maior

risco de doença, a ausência de sistema de informação adequado para acompanhamento dos exames e do seguimento das mulheres com suspeita de doença ou já diagnosticadas.

Com relação à população alvo, existem muitas variáveis que dificultam a adesão ao exame preventivo que são abordados no trabalho de Ferreira (2009, p. 381-2) destacando que:

As mulheres demonstraram desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do preventivo. Revelaram ainda medo na realização e resultado do exame. A vergonha e o constrangimento foram sentimentos expressados por elas pela exposição da intimidade a que se submetem. Expressaram ainda possuírem valores culturais que dificultam mudança de atitude. O acesso ao serviço, ter emprego e filhos também foram relatados como impedimento [...] Algumas mulheres têm comportamento que as tornam vulneráveis à doença. Sentem-se constrangidas e envergonhadas ao se submeterem ao exame de prevenção, revelam ainda que a vergonha é mais acentuada quando o profissional que realiza o exame preventivo é do sexo masculino.

Quanto às equipes de saúde, observamos ações de prevenção pouco efetivas que não seguem as recomendações do Ministério da Saúde e que não possuem autogerenciamento e avaliação continuada das ações realizadas. Em muitos casos, ocorre um super-rastreamento em um grupo restrito de mulheres. Muitas vezes os exames são oportunistas, motivados por outros problemas ou condições de saúde que estimulam às mulheres a procurarem o sistema de saúde. Isso pode explicar a não redução das mortes por câncer de colo do útero, apesar de haver um programa de rastreamento. Esse problema pode ser consequência da falta de um sistema de informação adequado, conforme avaliação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, ano 2013, p. 50)

É fato que o País ainda não dispõe de um sistema de informação de base populacional, item importantíssimo para um rastreamento organizado, que é o sistema de informação longitudinal em saúde (registra o cuidado que as pessoas recebem ao longo do tempo); o que se tem à disposição é um sistema de informação transversal (Siscolo – que registra exames realizados e não estabelece conexão com os sucessivos exames). Assim, o sistema disponível não permite identificar as mulheres que estão em falta com o

rastreamento para chamá-las a repetir ou fazer pela primeira vez os exames.

Segundo Vale *et al.* (2010, p. 388), algumas medidas devem ser implementadas nas equipes de ESF para melhoria do rastreamento e destaca a importância das ACS nessa ação:

[...] 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 frequentam 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.

Ressalta-se que é necessário qualificar as ações de promoção à saúde, objetivando reduzir desigualdades e estimular a educação em saúde colocando as mulheres como protagonistas nas ações de prevenção do câncer do colo do útero.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do projeto de intervenção foram utilizados os passos do planejamento estratégico situacional (PES), que descrevemos a seguir:

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar de estar apenas há poucos meses na unidade, pude perceber a falta de sistematização com que a equipe planejava e avaliava suas ações. Foi durante as consultas e conversando com os demais profissionais que percebi os principais problemas existentes no território da unidade.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A partir do andamento dos atendimentos e entrosamento com a equipe, fui propondo mudanças e solicitando ajuda com o intuito de estimular a equipe a trabalhar em conjunto. A partir da evolução das ações, fomos priorizando os temas que deveriam de forma mais urgente serem abordados, não só pelo grau de importância, mas pelo pouco preparo da equipe para abordá-los.

No quadro 1 apresentam-se os problemas identificados em conjunto com a equipe e a capacidade de enfrentamento dos mesmos.

Quadro 1 – Problemas identificados no território e a priorização para o enfrentamento

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfiamento	Seleção
Baixa adesão ao exame preventivo do colo do útero (Papanicolaou) e pouca educação sexual	Alta	RUIM (Necessidade de investigação de cobertura, grau de entendimento do exame e motivos da não adesão)	1
Controle pressórico e glicêmico inadequado em pacientes hipertensos e diabéticos	Alta	REGULAR (utilização de dados já existentes para avaliar risco e direcionar esforços: consultas mais regulares, grupos, visitas)	2
Baixa adesão da puericultura em crianças de até 2 anos devido horário de trabalho das mães	Alta	BOM (local de atendimento flexibilizado - creche - e maior divulgação e busca ativa)	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.	Alta	BOM (Renovação de receita somente após reavaliação médica em presença do paciente)	4

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O problema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão das mulheres ao exame preventivo (papanicolaou) para prevenção do câncer do colo do útero. Esse tema se destacou após observar os seguintes aspectos:

- A pouca procura de exames por parte da população feminina de maior risco na comunidade.

- O atraso ou não realização do exame relatada em anamnese por grande parte das mulheres nas consultas médicas.
- Alta incidência de DST e de parceiros não fixos, ou seja, de relação sexual de risco.
- Início da relação sexual - desprotegida - em idade precoce, inclusive com muitas gestações em adolescentes.
- Como resultado de avaliação prospectiva temos que: Apenas 21% das mulheres entre 35 a 65 anos (28 mulheres em 128 avaliadas) de uma das seis microáreas (área 11) relatam estar com o exame em dia.

Quarto Passo: Explicação do problema

Causas da não adesão:

- Não entendimento da importância ou da existência do exame.
- Pouca educação sexual (analfabetismo/pouca escolaridade).
- Crenças culturais.
- Medo.
- Falta de orientação e medidas educacionais por parte da equipe.
- Dificuldade de realização do exame.
- Indisponibilidade de horário para realização do exame.
- Recusa do exame por ser realizado por enfermeiro homem e morador da comunidade.
- Pouco horário reservado para a coleta em decorrência do pressuposto de que as mulheres estavam realizando o serviço em outro local de assistência (Núcleo Materno Infantil - atendimento de todo município por demanda espontânea).

Consequências da não adesão:

- Diagnósticos tardios.
- Aumento da mortalidade.
- Aumento de internações, invalidez e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde.
- Não detecção oportuna de outras DST's.
- Menor oportunidade de rastreamento de outras formas de câncer feminina: câncer de mama

Consequências da adesão efetiva:

Segundo a OMS uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. Alguns países desenvolvidos mostram que a incidência foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres. Além disso, é possível através do exame identificar outras DST's e realizar educação sexual individual no momento do atendimento. Além disso, realiza-se conjuntamente o rastreamento do câncer do colo do útero nas pacientes de risco.

- **Quinto passo:** Identificação dos “nós críticos”

- Informação, educação e mobilização da comunidade.
- Alcance de metas de cobertura da população alvo e de maior risco
- Garantir a qualidade das ações.
- Monitorização e gerenciamento contínuo das ações

Após a seleção do problema efetuamos as operações para ajudar na resolução do mesmo. No quadro 2 apresenta-se o desenho das operações, a identificação dos recursos disponíveis e a análise da viabilidade e ainda o plano operativo.

Quadro 2 – Operações relacionadas á baixa adesão e cobertura do exame preventivo do colo do útero, papanicolaou, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Senhor dos Montes em São João del-Rei, Minas

Gerais. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.

Desenho das operações	Identificação dos recursos críticos necessários	Análise da viabilidade	Plano operativo
Apresentação das propostas a todos profissionais da ESF	Disponibilidade dos profissionais de realizar encontro para discussão	Atores: profissionais ESF Recursos: sala de reunião Motivação: satisfatória	Realizada por mim, médica do PROVAB Prazo: setembro 2014
Capacitação para as agentes comunitárias de saúde sobre o câncer de colo do útero, fatores de risco e formas de abordagem com as mulheres	Disponibilidade de horário para encontro de capacitação	Atores: Médica e ACS Recursos: sala de reunião, material multimídia Motivação: satisfatória	Realizado por mim conjuntamente com as ACS Prazo: outubro 2014
Pesquisa quantitativa sobre a realização do exame entre as mulheres de 25 a 64 anos nas demais microáreas e fatores de riscos associados.	Busca ativa da população alvo nas microáreas para realização de pesquisa bem como avaliação das fichas de coletas já realizadas	Atores: ACS e população alvo Recursos: planilhas Motivação: satisfatória, porém horários dificultados por outras demandas.	A ser realizado pelas ACS Prazo: fevereiro 2015
Realização de caderno de controle anual dos exames por microárea com atenção para as mulheres de maior risco	Tempo disponibilizado para a atividade	Atores: ACS Recursos: 1 caderno por microárea Motivação: Indeterminada	Realizado pelas ACS e coordenado pelo gerente da unidade Prazo: fevereiro 2014
Realização do exame por profissionais do sexo masculino e feminino para aumentar a adesão	Material de coleta suficiente para nova demanda, manutenção de profissional do sexo feminino após PROVAB para realização de exames.	Atores: Médicas, enfermeiro da unidade e população alvo Recursos: sala, maca ginecológica, material de coleta, exame e fixação da lâmina, fichas de atendimento Motivação: Boa motivação	Realizado pelo enfermeiro e médica do PROVAB Prazo: Já posto em prática desde o início, com demanda correspondente à iniciativa.
Marcação de exames preventivos em horários flexíveis (manhã e tarde) e alguns sábados (mutirões)	Disponibilidade de horários, mudança no cronograma de atendimento anteriormente definido, avaliação com a secretaria de saúde sobre a possibilidade do	Atores: gerente da unidade, médica, ACS, coordenadora da atenção básica no município Recursos: já existentes	Realizado após definição pelo gerente e médica do PROVAB Prazo: Imediato

	uso da unidade aos sábados.		
Preparação de folheto educacional sobre a importância do exame e sobre DST's a serem distribuídos no dia da coleta	Disponibilidade para elaboração textual do folheto e recurso financeiro para confecção do mesmo	Atores: Médica do PROVAB com auxílio das ACS Recurso: computador, internet, programa de edição, material para confecção	Realizado pela médica do PROVAB e ACS Prazo: Janeiro 2015
Período do ano (janeiro e julho) com exposições educativas como palestras e apresentações visuais informando sobre a importância do exame e sua periodicidade	Preparação de banner educativo e expositivo, criação de símbolo para a campanha, preparação de palestras educativas para as mulheres alvo	Atores: Todos profissionais da ESF e comunidade Recursos: Sala para palestras, materiais educativos e motivacionais.	Atores: Todos profissionais da ESF Prazo: Janeiro de 2015
Reavaliação das ações e objetivos propostos	Disponibilidade de avaliação das ações em reunião de equipe e análise de dados coletados e armazenados	Atores: Equipe ESF Recursos: avaliação quantitativa dos cadernos de controle, pesquisa de satisfação da comunidade e dos profissionais envolvidos	Atores: Equipe ESF Prazo: Fevereiro 2015

Ressalte-se que mesmo não tendo colocado em prática todas as etapas do plano de ação, muitas atividades já foram incorporadas à prática dos profissionais da equipe e certamente será trabalhado um fichário rotativo para acompanhar longitudinalmente as mulheres para a realização do exame preventivo e também acompanhar aquelas com classificação de risco. A semente foi plantada e os frutos serão colhidos de forma participativa: equipe e mulheres cadastradas no serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma preocupação que se tem é rastrear de forma efetiva as pacientes incluídas no grupo de risco e evitar a realização de exames desnecessários como vinha sendo feito: exame anual de um grupo restrito de mulheres sem conhecimento da frequência correta de acompanhamento adequado. Para que essa organização e eficiência (com eficácia) sejam alcançadas é preciso realizar um cadastro individual onde se registre a realização dos exames e sua frequência. Infelizmente esse registro ainda não foi iniciado - não pela ausência de motivação da equipe, mas pelo acúmulo de funções das ACS que também realizam atividade de secretariado, recebendo os pacientes na unidade em regime de rodízio.

A implantação do fichário rotativo ajudará o acompanhamento do rastreamento das mulheres e também da busca ativa das faltosas ao exame agendado.

A educação permanente é outro tópico importante e deve ser contínuo e programado, pois auxilia no esclarecimento sobre a doença, desmitificação do exame e o aumento a adesão das mulheres da comunidade.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer do colo do útero. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterode/cao_precoceAcesso em: 25 de setembro. 2014

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação dos serviços de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 378-84, Jun., 2009 .

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, p. 765-776, Jun., 2007.

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.**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 5, p. 248-255, May., 2008 .

SÃO JOÃO DEL REI, 2014 <(http://www.saojoaodelrei.mg.gov.br,> acessado em 14 maio, 2014).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DEL REI. **Relatório de Gestão do município de São João del Rei**, 2013.

VALE, D. B. A. P. *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, p. 388-390, Fev., 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 5, p. 213-5, Maio, 2008.