

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**EXAME CITOLÓGICO – AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NO CENTRO
DE SAÚDE FELICIDADE II- BELO HORIZONTE/MG**

FERNANDA BELIZARIO DOS SANTOS INNECCO

Belo Horizonte – Minas Gerais

2011

FERNANDA BELIZARIO DOS SANTOS INNECCO

**EXAME CITOLÓGICO – AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NO CENTRO
DE SAÚDE FELICIDADE II - BELO HORIZONTE/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Belo Horizonte – Minas Gerais

2011

FERNANDA BELIZARIO DOS SANTOS INNECCO

**EXAME CITOLÓGICO – AMPLIAÇÃO DA COBERTURA NO CENTRO
DE SAUDE FELICIDADE II, EM BELO HORIZONTE / MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suelene Coelho – Orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte 17/09/2011

Ao meu marido, pelo amor,
dedicação e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida.

Ao meu marido, pela confiança, amor e companheirismo nessa importante etapa de minha vida.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e incentivo.

Aos professores, pelos ensinamentos, em especial, à professora Suelene, pela dedicação, ensinamentos e sabedoria.

Aos colegas, pelo companheirismo durante este percurso em que estivemos juntos.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes”.

Cora Coralina

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi elaborar um plano de ação para ampliar a cobertura do exame colpocitológico no Centro de Saúde Felicidade II, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / MG, promovendo assim, a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres. A metodologia utilizada se baseou na revisão de literatura do tipo narrativa. Ao final do estudo foi apresentado um plano de ação, pois, diante dos resultados apurados percebeu-se a necessidade das intervenções a serem efetuadas no Centro de Saúde Felicidade II, visando melhorar o índice de cobertura dos exames preventivos. Sabe-se que a política da saúde tem como principal objetivo promover mudanças no intuito de melhorar o nível da saúde da população. A realidade percebida no Centro de Saúde Felicidade II é que o desempenho da equipe exerce grande impacto no desenvolvimento das ações, alcançando, dessa forma, o objetivo de contribuir com o aprimoramento e a consolidação da assistência à saúde da população, em especial a cobertura da população feminina na prevenção do câncer cervico-uterino.

Palavras-chave: Saúde. Prevenção. Câncer do Colo do Útero.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to elaborate an action plan to expand the coverage of colpocytological examination at the Center for Health Felicidade II, of Municipal Secretary of Health of Belo Horizonte / MG, thus promoting the improvement of living conditions and health of women. The methodology used was based on a review of the literature about the narrative. At the end of the study was presented an action plan, because of the key results before it was noticed the need for interventions to be made at the Center for Health Felicidade II, to improve the coverage of preventive exams. It is known that health policy has as main objective to promote changes in order to improve the level of population health. The perceived reality at the Center for Health Felicidade II is that the team's performance has great impact on the development of actions, achieving in this way the objective of contributing to the improvement and consolidation of health care to the population, in particular the coverage of the female population in prevention of uterine cervical cancer.

Keywords: Health Prevention. Cervical Cancer

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| Aids | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> |
| CCU | Câncer do Colo do Útero |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| HPV | <i>Human Papiloma Vírus</i> |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| Km | Quilometro |
| NESCON | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| p. | página |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVOS..... | 15 |
| 2.1 Objetivo geral | 15 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 15 |
| 3 METODOLOGIA | 16 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 17 |
| 4.1 A promoção da saúde das mulheres..... | 17 |
| 4.2 A prevenção do câncer do colo do útero | 17 |
| 4.3 Contexto histórico da citologia oncótica | 23 |
| 4.4 Conceitos e características do exame de prevenção do câncer..... | 25 |
| 4.5 O câncer do colo do útero | 25 |
| 5 PLANO DE AÇÃO PARA A AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DO EXAME COLPOCITOLÓGICO NO CENTRO DE SAÚDE FELICIDADE II | 30 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família é oferecido pelo Nescon aos profissionais de saúde das prefeituras municipais do estado de Minas Gerais, na perspectiva de que cumpra seu importante papel na consolidação da estratégia e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade (NESCON, 2009).

O Nescon, órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, vem se caracterizando como uma das instâncias de cooperação mais atuantes na organização de serviços de saúde no Brasil. Desde sua criação, em 1983 e reativação em 1986, o Nescon tem acumulado experiências que o capacitaram institucionalmente para atividades de pesquisa, assessoria e formação de recursos humanos (NESCON, 2009).

No art. 3 do Capítulo I - Da Conceituação e Objetivos do Regulamento de Orientação do Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Licenciatura em Letras – Português-Espanhol, da Universidade Estadual de Ponta (2010) define que “O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) constitui uma atividade acadêmica de pesquisa e sistematização do conhecimento sobre um objeto de estudo pertinente à profissão do licenciado, e à realidade social em suas diferentes expressões”. Ele é desenvolvido mediante controle, orientação e avaliação docente, cuja exigência é um requisito essencial para o crescimento pessoal e profissional do aluno uma vez que possibilita integrar os conhecimentos acumulados durante o curso (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - 2010).

Neste sentido, a motivação para desenvolver este estudo surgiu da necessidade de ampliar a cobertura de exame colpocitológico às mulheres pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde Felicidade II. A identificação do baixo acesso das mulheres a esta modalidade de exame foi percebida graças à realização da atividade de coleta de dados realizada por ocasião do desenvolvimento do Módulo Saúde da Mulher, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Esta atividade consistia no levantamento da cobertura do exame citológico aplicado às mulheres em idade fértil da área de abrangência do Centro de Saúde em que atuo como enfermeira. A análise dos dados apontou que o número de exames realizados no referido Centro de Saúde,

não atingia a cobertura preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 85% das mulheres adscritas na área de abrangência da equipe.

Após a coleta e análise dos dados para a apresentação da atividade referente ao Módulo Saúde da Mulher, deparei-me com a seguinte situação: no ano de 2008 foram realizados 507 exames preventivos do câncer de colo do útero, o que correspondia a 18,78% de cobertura e, no período de setembro/2009 a setembro de 2010 foram realizados 583 exames preventivos, correspondendo a 21,59% de cobertura. Considerou-se como fonte de registro do exame citológico o livro do consultório ginecológico, no período total de um ano.

A análise da cobertura foi feita com base no total de mulheres entre 19 e 59 anos (aproximadamente 2.700 mulheres) de um total aproximado de 9.000 moradores. O valor da cobertura populacional encontrado está muito abaixo do preconizado pela OMS, para se atingir a meta de prevenção de morbimortalidade por câncer do colo do útero (BELO HORIZONTE, 2008).

Contribuíram também para a escolha do tema deste trabalho, a necessidade de estudar e analisar as causas da deficiência na cobertura e, principalmente, propor ações com o intuito de atingir o objetivo preconizado pela OMS e referência para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Outro fato que contribuiu também, foi a análise da atenção primária à saúde, realizada por ocasião das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde/SESMG), ministradas no Centro de Saúde.

O Centro de Saúde surgiu em 26 de novembro de 2001 como um anexo do Centro de Saúde Felicidade I em função do aumento do número de equipes de saúde, e o local não comportou esse aumento. Hoje em dia, os dois Centros de Saúde funcionam em unidades separadas, onde cada uma possui uma estrutura própria e tem áreas de abrangência diferentes o que divide as duas Unidades é o córrego Tamboril. A área de abrangência do Centro de Saúde Felicidade II tem uma população de aproximadamente 9.000 pessoas que se encontram em alta vulnerabilidade social, e assim como toda região Norte, está classificada em risco elevado e muito elevado. O atendimento da população no Programa de Saúde da Família é coberto por três equipes completas e constituídas por médico, enfermeiro, dois auxiliares e quatro ACS (Agente Comunitário de Saúde).

O Centro de Saúde possui uma população de aproximadamente 9.000 pessoas em sua área de abrangência, das quais 2.700 são mulheres com idade entre 19 e 59 anos. Está localizado atualmente na Rua Pau Brasil, 160, no bairro Jardim Felicidade, Distrito Sanitário Norte e funciona neste endereço desde novembro de 2006.

O Distrito Sanitário Norte ocupa uma área de 34,32 km², limitando-se com o Município de Santa Luzia e com os Distritos Sanitários de Venda Nova, Pampulha e Nordeste, sendo sua sede localizada na Avenida Cristiano Machado, 10.657, Bairro Planalto. Abrange 47 bairros da região Metropolitana de Belo Horizonte.

Segundo o Censo do IBGE (2000), o Distrito Sanitário Norte possui uma população de 193.764 habitantes, compondo um quadro de grandes contrastes. Possui, de um lado, bairros com razoável infra-estrutura urbana e poder aquisitivo da população, como por exemplo, Campo Alegre, Heliópolis, Planalto, Floramar; e de outro, bairros, vilas e assentamentos que oferecem condições inadequadas de habitação, como Mariquinhas, Zilah de Souza Spósito, Novo Aarão Reis e o Conjunto Jardim Felicidade, que contam com uma infra-estrutura urbanística precária.

Os serviços de atenção básica à saúde do Distrito Norte são realizados em suas 19 unidades de saúde, com funcionamento de 2^a a 6^a feira, de 07:00 às 19:00 horas, no geral, sendo o atendimento de urgência realizado na UPA Norte (Unidade de Pronto Atendimento Norte), com funcionamento diário de 24 horas. Contam ainda com atendimento de saúde mental em 06 unidades.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1994 como resultado do avanço do Sistema Único de Saúde. Este programa aumentou significativamente ao longo da última década, oferecendo um novo modelo de cuidado à saúde, capaz de melhorar a qualidade de vida da população por meio de novas políticas e organização dos serviços. O PSF representa uma maneira de levar a saúde para mais perto das famílias. De acordo com o Ministério da Saúde:

O programa de Saúde da Família é uma proposta concreta na mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde. O programa prioriza as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade, estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes (BRASIL, 2002, p. 5).

Segundo Pinto e Coelho (2011), a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte aderiu ao Programa Saúde da Família em maio de 2000. O projeto foi implantado dando prioridade às áreas onde a população estava exposta e a implantação começou pelos Centros de Saúde com população de muito elevado risco, e foi se estendendo gradativamente para as populações de elevado risco e médio risco. De lá até os dias atuais, ficou evidente a importância da mobilização social para manutenção das equipes e, com isso, o projeto já não pertencia mais ao governo, pois foi incorporado pela cidade de Belo Horizonte como direito.

De acordo com os autores, passados mais de 10 anos, o programa continua e o número de equipes de saúde da família alcançou as 506 equipes planejadas em 2001, mas isso não se deveu à cobertura da população de baixo risco e sim ao crescimento populacional.

Os agentes comunitários de saúde fazem cerca de 2.900.000 visitas domiciliares por ano. O número de consultas médicas realizadas pelas equipes de Saúde da Família foi de 1.899.347 em 2002 (ano de implantação das equipes) e de 2.203.257 em 2004. Em março de 2010, apenas 3% das equipes de Saúde da Família estavam desfalcadas de médico generalista e mais da metade dos médicos de saúde da família tinham mais de 5 anos de trabalho na Prefeitura de Belo Horizonte (PINTO e COELHO, 2011).

O exame de citologia oncótica, também conhecido como Papanicolaou ou preventivo foi introduzido na atenção básica na década de 1970. Em Belo Horizonte, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, criou um protocolo, o qual é um instrumento que estabelece normas para intervenções técnicas, o qual uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços. Um desses protocolos aborda especificamente o controle e prevenção do câncer de colo de útero (BELO HORIZONTE, 2008).

A colpocitologia oncótica é utilizada principalmente para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer de colo do útero, não se tratando somente de uma maneira de diagnosticar a doença. Ele é essencial também, para determinar outras condições de saúde, como nível hormonal, doenças da vulva, do canal vaginal, do ânus, das mamas, entre outros. O exame deve ser realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos de idade, com intervalo de três em três anos se os dois primeiros exames realizados a cada ano forem normais. Toda

mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo até os 69 anos de idade (BELO HORIZONTE, 2008).

Destaca-se ainda, que a importância do exame consiste no fato de que é nessa oportunidade que o profissional avalia a saúde sexual e reprodutiva da mulher, pois tais fatores raramente são considerados durante uma consulta clínica geral. Ressalta-se também, que o acesso das mulheres ao exame colpocitológico faz parte da garantia de direitos legalmente constituídos com a ampliação dos serviços de promoção, prevenção e assistência ao câncer de colo de útero.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a humanização da atenção à saúde da mulher; proporcionando um olhar mais amplo e integral sobre o estado de saúde das mulheres e seus determinantes sociais. Para tal, buscar-se-á sensibilizar a equipe do Centro de Saúde Felicidade II quanto à importância da assistência integral à saúde da mulher, promover a educação em saúde para as usuárias quanto à importância de realizar o exame preventivo de câncer de colo do útero; expandir a agenda de consultas de assistência à mulher, garantindo aumento da cobertura de exames preventivos e proporcionar educação permanente à toda a equipe, em especial os ACS para uma abordagem humanizada, eficaz e efetiva das usuárias.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um plano de ação para ampliar a cobertura do exame colpocitológico no Centro de Saúde Felicidade II, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / MG, promovendo assim, a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres.

2.2 Específico

Realizar uma revisão de literatura sobre a promoção da saúde das mulheres dando ênfase à prevenção do câncer do colo do útero, no sentido de subsidiar o plano de ação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão narrativa, com natureza compreensiva do tema proposto, realizada por meio da consultas a livros e artigos em revistas científicas do acervo de bibliotecas e base de dados virtuais, no sentido de subsidiar a elaboração de um plano de ação para o Centro de Saúde Felicidade II, buscando ampliar a cobertura do exame de Papanicolaou.

A busca foi efetuada nas bases de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica*), LILACS (*Literatura Latino-americana em ciência da Saúde*) e outras. Foram utilizados os descritores “saúde das mulheres”, “câncer”, “câncer do colo do útero”, “citologia oncótica” e “prevenção”.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 A promoção da saúde das mulheres

Corrêa e Villela (2008) relatam que foi nas primeiras décadas do século XX que o Brasil passou a incorporar a questão da saúde da mulher nas políticas nacionais cujo enfoque estava em prestar assistência aos filhos das mulheres que não tinham acesso aos serviços de saúde, constituindo a atenção pré-natal como única ação de caráter universalista com relação à saúde da mulher.

Com as mudanças na condição social das mulheres, ocorridas ao longo da segunda metade do século XX, as propostas de atenção materno-infantil mostram-se insuficientes. Em 1984 é proposto, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando à extensão das ações básicas em saúde da mulher e incluindo, entre outras, atividades preventivas e de diagnóstico do câncer do colo do útero e mamário. A assistência integral envolvia o atendimento de todas as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes, incluindo ações educativas. Porém, a implementação efetiva do Programa não aconteceu como desejado, ficando as atividades nos serviços de saúde bastante focalizadas nas demandas relativas à contracepção, acompanhamento da gravidez e ao parto. A prevenção e controle do câncer ginecológico continuaram em segundo plano (CORRÊA e VILLELA, 2008.p.1).

Domingos et al. (2008, p. 1) afirmam que, “por meio da promoção da saúde, caracterizada como sendo promoção primária, e detecção precoce das lesões precursoras (exame de Papanicolaou), é possível reduzir a mortalidade e incidência”.

Em 1997, foi implantado, no Paraná, o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, que prioriza inicialmente o atendimento da faixa etária de 30 a 49 anos (a mais acometida pela doença no Estado), atendendo na seqüência todas as faixas etárias expostas ao risco. O intervalo entre os exames para controle dos casos negativos é de três anos (DOMINGOS et al., 2008, p. 1).

4.2 A prevenção do câncer do colo do útero

Narchi, Janicas e Fernandes (2007) ensinam que a prevenção do câncer cérvico-uterino é realizada em dois planos: a prevenção primária e a secundária. Na forma primária, conforme os autores deve-se atentar para os fatores de risco

evitáveis e na atuação do enfermeiro. Já na fase de prevenção secundária, deve ser feito o rastreamento, captação e identificar a vulnerabilidade do câncer.

Domingos et al. (2007) afirmam que a principal estratégia para a prevenção primária da doença é o uso de preservativo (masculino ou feminino) durante as relações sexuais, visto que a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV) está presente em 90% dos casos. A prevenção secundária é realizada por meio do exame preventivo (Papanicolaou) para a detecção precoce da doença.

Albuquerque et al. (2007) afirmam que desde 1988 o Ministério da Saúde tem como objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade e, com isso, adota como norma a recomendação da Organização Mundial da Saúde, a qual propõe que seja feito a cada três anos a realização do exame citológico do colo do útero, sendo dois exames anuais consecutivos negativos para mulheres na faixa de idade de 25 a 59 anos ou que já tenham atividade sexual.

Iniciativas como o Programa Viva Mulher, lançado em 1996, e o desenvolvimento de campanhas nacionais sistemáticas têm contribuído para o aumento da cobertura do exame no país. Contudo, verifica-se que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações (ALBUQUERQUE et al, 2007, p. 1).

Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2007) relatam que, a associação do vírus HPV com o câncer de colo de útero começou em 1949, quando o patologista George Papanicolaou introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença: o exame que leva o seu próprio nome, ou seja, Papanicolaou.

De acordo com o desenvolvimento do carcinoma de colo de útero Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2007, p. 1) afirmam que:

Esse exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-maligna, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo de útero. No entanto, somente na década de 70, o conhecimento acerca da etiologia da doença teve considerável avanço. Estudos constataram que tal associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão sexual. Harold zur Hausen, um infectologista alemão, constatou que o Papiloma Vírus Humano (vírus HPV) poderia ser esse agente estabelecendo inicialmente a relação do vírus com as verrugas e condilomas. Somente anos mais tarde, o vírus foi relacionado com o desenvolvimento do carcinoma de colo de útero (NAKAGAWA, SCHIRMER e BARBIERI, 2007, p. 1).

Os autores relatam que, devido ao advento da clonagem molecular na década de 90 e a utilização de tal tecnologia na replicação do genoma do Papiloma Vírus, outros aspectos da infecção foram elucidados.

Devido à discrepância entre a alta frequência de infecções HPV em mulheres jovens sexualmente ativas e a ocorrência relativamente baixa de lesões cervicais nas mesmas, colocou-se em dúvida a etiologia viral da doença, e concluiu-se que a infecção era causa necessária, mas "não suficiente para o desenvolvimento da doença", uma vez que, virtualmente, somente uma fração de mulheres portadoras do vírus a desenvolveria. Estudos prévios já sugeriam que um forte fator diferenciava a progressão ou não da doença, sugerindo que isto estaria relacionada aos diversos tipos do vírus HPV. Estudos posteriores mostraram que a sua progressão depende não somente da presença do vírus, mas também do tipo de vírus, da persistência da infecção e da evolução das lesões precursoras para o carcinoma invasivo (NAKAGAWA, SCHIRMER e BARBIERI, 2007, p. 1).

Segundo Narchi, Janicas e Fernandes (2007), a prevenção primária do câncer cérvico-uterino refere-se à redução da exposição aos fatores de risco, como o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a infecção causada pelo HPV, e multiparidade. Além disso, outros fatores têm sido relacionados ao câncer cérvico-uterino em estudos epidemiológicos ainda não conclusivos, dentre eles o uso de anticoncepcional oral; as situações de imunossupressão, como diabetes, lupus, corticoterapia e Aids; o tabagismo; e a alimentação pobre em folatos, vitaminas A e C e betacaroteno.

Atualmente, considera-se fundamental a relação entre o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e a transmissão sexual HPV. Nesse sentido, a prevenção primária tem como foco a prática de sexo seguro. No entanto, apesar da divulgação da importância do uso de preservativos para diminuição potencial do risco de transmissão do HPV, observa-se que seu uso depende de uma série de fatores, como o conhecimento a respeito da doença e suas formas de prevenção, a percepção de risco de infecção, as crenças e valores culturais, as iniquidades de gênero e como elas se revelam, o grau de autonomia e poder de negociação sexual nas relações afetivo-sexuais, acesso ao serviço de saúde e a oferta de preservativos (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007, p. 129).

César et al. (2003) afirmam que exames preventivos periódicos permitem reduzir em até 70% a sua mortalidade na população de risco. A faixa etária mais acometida vai dos 25 aos 60 anos e o seu mais importante determinante é o papilomavírus humano. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA):

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda o exame citopatológico para câncer de colo uterino a toda mulher com idade entre 20 e 60 anos e que possua vida sexual ativa. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada três anos. Em caso de dois resultados negativos para displasia ou

neoplasia, um novo exame deverá ser repetido uma vez a cada três anos (BRASIL, 2002 *apud* CÉSAR et al ., 2003, p. 1.371).

Narchi, Janicas e Fernandes (2007) afirmam que, de modo contextual, a prevenção primária é realizada a partir identificação da presença de fatores de risco com vistas a prevenir o surgimento da doença. Sabe-se que o câncer cérvico-uterino há muito vem sendo associado ao baixo nível socioeconômico, tanto a exposição aos fatores de risco quanto, especialmente, pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Essas barreiras são multidimensionais, inserindo-se em um contexto social amplo que a barca desde dificuldades geográficas, de informação, familiares, econômicas, culturais, religiosas e emocionais, até as relacionadas às políticas de saúde. Diante dessa constatação, acredita-se que a análise dos programas e a proposição de estratégias devam também corresponder à amplitude dos fatores intervenientes.

De acordo com as autoras, no que diz respeito à prevenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem importante papel na identificação de grupos de mulheres com perfil de risco para desenvolver o câncer cérvico-uterino e, com base nas necessidades levantadas, implementar ações de intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco. De acordo com as autoras, diversas estratégias podem reduzir os fatores de risco para câncer cérvico-uterino, dentre as quais destacam-se: realização de grupos educativos que permitam a discussão de temas como sexualidade e gênero, vulnerabilidade e prevenção as DST, planejamento familiar, qualidade de vida e prevenção do câncer ginecológico, entre outros. As autoras destacam também, a importância mobilização das mulheres para o autocuidado e a busca de melhor qualidade de vida (grupos de caminhada, cultivo de hortas caseiras, por exemplo); valorização da integralidade na assistência e no estímulo a uma participação ativa das mulheres, com atitudes assertivas em relação a saúde; identificação e minimização das dificuldades de acesso ao serviço de saúde, sejam elas barreiras individuais e institucionais (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007).

Ainda conforme as autoras, além das atividades comunitárias, que podem ser realizadas pela equipe de saúde da família, o enfermeiro também pode instituir grupos educativos de coleta ou de resultados da colpocitologia na unidade básica de saúde (UBS) ou na unidade de saúde da família (USF), abordando temáticas

voltadas à sexualidade, higiene íntima, prevenção de DST, prevenção do câncer ginecológico e técnica de coleta do exame. As autoras afirmam que esses grupos, além de disponibilizarem um espaço para a socialização do conhecimento, possibilitam a integração entre profissionais e pacientes e estimulam o autoconhecimento do corpo e da sexualidade, familiarizando a mulher ao ambiente e ao exame e minimizando sentimentos negativos como o medo, a vergonha, o nervosismo e o constrangimento, que por vezes as impedem de aderir ao programa. Essa estratégia será possível à medida que o profissional estiver sensibilizado e capacitado para implementá-la, utilizando habilidades de aconselhamento e abordagem empática (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007).

O enfermeiro deve, ainda, avaliar a presença de fatores de risco na consulta de enfermagem à mulher com vistas a realizar as intervenções necessárias e o acompanhamento mais frequente. Diante disso, é recomendado que, na consulta de retorno para recebimento do laudo da colpocitologia, seja realizado procedimento de aconselhamento sobre DST e Aids, antes de discutir o resultado e a conduta.

No que diz respeito à prevenção secundária do câncer cérvico-uterino, Narchi, Janicas e Fernandes (2007) afirmam que se deve realizar o exame citopatológico para que seja feita a detecção do câncer *in situ* ou das lesões precursoras, tratáveis e curáveis em até 100% dos casos. Para as autoras, o acolhimento deverá ocorrer em todas as fases da assistência, ou seja, desde o primeiro contato com a mulher, o que pode ocorrer em seu domicílio, quanto no agendamento, ao se verificar acerca do aprazamento da colpocitologia. Citam também, que esse exame tem sido utilizado em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino em todo o mundo (*screening*) para interromper o ciclo evolutivo da doença, detectando-a em fase pré-invasiva, tratável e curável. Relatam ainda, que os países que desenvolveram o programa, tanto com identificação efetiva da população de risco, qualidade coleta e na interpretação dos resultados quanto com tratamento e acompanhamento adequados dos casos de alto risco, lograram redução significativa na incidência e na mortalidade por essa patologia.

Segundo a OMS, para que um programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino cause impacto epidemiológico é necessário realizar uma cobertura superior a 80%, o que representaria um impacto de 50% na redução da mortalidade por essa doença. Entretanto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a cobertura

desse teste ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina sob maior risco de contrair a doença.

Narchi, Janicas e Fernandes (2007) relatam que no Brasil, as ações de intervenção e controle do câncer cérvico-uterino têm sido norteadas pela distribuição das lesões cervicais segundo as faixas etárias de mulheres mais acometidas pela doença e pela periodicidade dos exames citopatológicos, seguindo a lógica epidemiológica do risco e da relação custo/benefício que norteiam as intervenções em saúde pública. Porém, por vários anos essa cobertura esteve descontextualizada no país, de forma a disponibilizar a citopatologia apenas durante o pré-natal, não atingindo a população de mulheres da faixa etária de maior risco, subutilizando os equipamentos de saúde e tornando o programa ineficiente. Conforme as autoras, vários estudos que investigaram os motivos que dificultam a captação das mulheres para a prevenção do câncer ginecológico ressaltam a amplitude do problema que perpassa por diversas esferas, assumindo aspecto multidimensional.

Narchi, Janicas e Fernandes (2007) ressaltam ainda, que o modelo contextual, proposto por Pinho & França-Junior, analisa o acesso e a utilização dos serviços preventivos em três planos: individual, organizacional/programático e social, dispostos em uma estrutura dinâmica e relacional. Esse modelo propõe que a realização da colpocitologia seja produto da interação desses três planos, dos quais emergem os elementos necessários para definir uma situação de vulnerabilidade individual, programática/organizacional e social do câncer cérvico-uterino. Para as autoras, o plano individual representado por características relacionadas à realização do exame definirá a vulnerabilidade individual da mulher a doença. A vulnerabilidade é representada por um conjunto de fatores cognitivos relacionados a real falta de conhecimento sobre a doença e o exame, o que contribui para a redução de práticas sexuais seguras e de prevenção secundária. Tal vulnerabilidade individual pode ser criada e percebida pelas mulheres ou a elas imposta no momento em que se enfatiza o risco da não-realização da colpocitologia em vez da ênfase ao benefício da ação, gerando ou reforçando sentimento de medo em relação ao câncer, que pode provocar tanto um efeito propulsor que induz a mulher para a realização do exame, quanto um efeito mais restritivo ao exame pelo medo de sentir dor ou de receber um resultado positivo, concluem as autoras.

No plano organizacional ou programático, inserem-se as características relacionadas à disponibilidade de serviços de saúde em relação à demanda e a sua acessibilidade geográfica, a organização e as necessidades da população usuária, e ao planejamento das ações efetivas na prevenção e na promoção a saúde, sob a forma de programas organizados de rastreamento do câncer cervical que primem pelo respeito à autonomia individual e pela abordagem integral mulher (NARCHI, JANICAS e FERNANDES, 2007).

Ainda segundo os autores, um dos fatores que contribuem para a baixa adesão das mulheres ao programa é a falta de humanização na assistência, pois a violência institucional sofrida pelas mulheres durante a consulta ginecológica pode ser traduzida pela humilhação, por constrangimento e pela forma fria e despersonalizada com que são atendidas sem serem esclarecidas quanto ao resultado do exame ou por realizarem tratamentos por vários anos sem sequer terem noção dos seus objetivos. Isso submete a mulher a uma assistência medicalizada e indigna, na qual se perde a oportunidade de investir em prevenção primária (NARCHI, JANICAS E FERNANDES, 2007).

De acordo com Dias-da-Costa et al. (2003), quando se fala acerca da saúde pública, é sabido que a efetividade do programa de controle do câncer de colo do útero depende da cobertura populacional alcançada. Porém, no Brasil, a avaliação da efetividade de programas de prevenção e ações de saúde pública ainda é considerada incipiente.

4.3 Contexto histórico da citologia oncótica

Montemor et al. (2008, p. 45) relatam que na época em que a citologia ginecológica estava em desenvolvimento, à idéia preponderante entre os ginecologistas era que, sendo o colo uterino facilmente acessível à biópsia, dava-se preferência ao estudo histológico, pois a citologia ainda carecia de credibilidade diagnóstica.

Os autores afirmam que foi Aureli Babes, um patologista romeno, em 1928, que sugeriu que fosse feita a coleta direta de material do colo uterino para o diagnóstico do câncer, sendo que o mesmo foi o primeiro pesquisador que descreveu de forma minuciosa a técnica de coleta, utilizando a coloração através do

método de Giemsa. Entretanto, ainda de acordo com os autores, foi George Nicholas Papanicolaou, um grego, nascido em 1883, em Kymi, na ilha grega de Euboea, que se aprofundou nos estudos acerca da citologia ginecológica, o qual em 1913 se fixou nos Eua, como pesquisador do laboratório do Hospital de Nova Iorque. Segundo os autores. Neste sentido os autores afirmam que

Papanicolaou, quando estudava as alterações hormonais das células nas diferentes fases do ciclo menstrual, observou que também era possível o diagnóstico das células tumorais do colo uterino. Em 1941, publicou no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, em co-autoria com Traut, um trabalho com o título de *O valor diagnóstico dos esfregaços vaginais no carcinoma do útero*. Nessa publicação, mostra a possibilidade de fazer diagnóstico de carcinoma do colo uterino através de células atípicas presentes nos esfregaços, bem como enfatiza a necessidade de aplicar esse método simples e de baixo custo a um grande número de mulheres. O método de coloração dos esfregaços citológicos, que leva o nome de "Coloração de Papanicolaou", é ainda hoje largamente utilizado (MONTEMOR et al., 2008, p. 46).

Os autores relatam ainda, que em meados de 1940, o J. Ernest Ayre, um médico canadense, utilizou uma espátula, a qual leva o seu nome, para obter raspados do colo uterino possibilitando, dessa forma, uma maneira prática e eficiente de coleta de material para a realização de exames em grande escala (MONTEMOR et al., 2008). De acordo com Tavares et al. (2007), o exame citopatológico foi sugerido como uma ferramenta para a detecção precoce do câncer do colo do útero em 1941

Conforme Hackenhaar; César e Domingues (2006), a prevenção considerada como secundária do câncer do colo uterino tem se centralizado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino. O qual foi adotado para rastreamento na década de 50 em vários países, uma vez que identifica lesões pré-cancerosas que, se tratadas, minimizam a incidência de carcinoma invasor e, com isso, a mortalidade pelo câncer de colo uterino. Segundo os autores

Em 1998, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu que o exame para a detecção precoce do câncer do colo uterino deveria ser realizado por mulheres com idade entre 25 e 60 anos ou antes desta faixa etária caso já tivessem mantido relações sexuais. Para estas mulheres, a periodicidade deveria ser de três em três anos se os dois primeiros exames realizados a cada ano fossem normais. Em 2002 ocorreu a fase de intensificação da campanha que tinha por objetivo realizar exames nas mulheres de 35 a 49 anos que nunca haviam realizado este tipo de exame, ou que o houvessem

realizado há mais de três anos (HACKENHAAR, CÉSAR e DOMINGUES, 2006, p. 1).

4.4 Conceitos e características do exame de prevenção do câncer

Conforme Montemor et al. (2008), o exame citopatológico, também conhecido como exame Papanicolaou ou ainda, exame preventivo do câncer do colo do útero, tem como objetivo a análise das células obtidas por raspagem do colo uterino (ectocérvice e canal endocervical) com as quais é realizado esfregaço sobre uma lâmina de vidro. De acordo com os autores, as características morfológicas das células são observadas ao microscópio e, quando alteradas, ou seja, quando estão diferentes daquelas consideradas normais, sugerem tratar-se de processo pré-neoplásico ou neoplásico. Os autores afirmam ainda, que atualmente o exame citopatológico é o método de rastreamento para câncer do colo uterino mais utilizado em todo o mundo.

De acordo com Tavares (2007) o exame citopatológico é considerado um método eficiente, pois tem a habilidade de identificar lesões precursoras do câncer do colo do útero, que naquele momento são tratáveis, podendo resultar em significativo decréscimo da mortalidade por esse tipo de câncer.

4.5 O câncer do colo do útero

Segundo Zeferino (2008), o câncer do colo uterino tem sido um desafio para a saúde pública na redução de morte de mulheres por causa desse mal, uma vez que se trata de uma doença que pode ser evitada por meio do diagnóstico e do tratamento de suas lesões precursoras. Neste sentido, Narchi, Janicas e Fernandes (2007) concordam com Zeferino (2008) quando afirmam que o câncer, chamado por eles de câncer cérvico-uterino vem sendo alvo de atenção por parte da comunidade científica devido ocupar lugar de destaque no que diz respeito às elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre a população feminina, principalmente em países em desenvolvimento, uma vez que trata-se de um tipo de câncer que está relacionado ao perfil epidemiológico das mulheres, cuja frequência dos fatores de risco e do grau de implementação de ações de curto e longo prazos em todos os níveis de atenção.

De acordo com Hackenhaar, César e Domingues (2006, p.1), “o câncer do colo uterino é um problema de saúde pública mundial”. Segundo os autores

Em 2000, havia uma estimativa de 468.000 casos com 233.000 mortes por este tipo de câncer em todo o mundo. Destas mortes, 80% ocorreriam nos países em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de colo uterino representa a segunda maior causa de morte por câncer entre as mulheres (HACKENHAAR; CÉSAR e DOMINGUES, 2006, p. 1).

Por meio do controle periódico utilizando-se o exame citológico é possível reduzir sua incidência, pois dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que a cada ano surgem cerca de 500 mil novos casos de câncer do colo uterino por ano no mundo todo, sendo que mais de 400 mil ocorrem em países em desenvolvimento (ZEFERINO, 2008). Este dado é confirmado por César *et al.* (2003), quando os autores afirmam que cerca de 80% dos casos de câncer de colo uterino ocorrem nos países pobres.

Domingos *et al.* (2007, p. 1), explicam que “o câncer de colo de útero é uma doença de evolução lenta, levando, em média, 14 anos para sua evolução total. Inicia-se com alterações mínimas nas células denominadas displasia, e se não forem tratadas, estas alterações evoluem”. De acordo com os autores

Com o desenvolvimento da doença, em média três anos após a constatação das primeiras alterações celulares, surge um tumor localizado chamado carcinoma *in situ*. Este câncer desenvolve-se por mais seis anos, invadindo a mucosa do útero, quando recebe o nome de carcinoma invasor. Após 14 anos das primeiras alterações celulares, o câncer atinge a forma mais grave, com o aparecimento de metástase, espalhando-se, assim, por outras regiões do corpo (DOMINGOS *et al.*, 2007, p. 1).

Conforme Rodrigues Neto; Figueiredo e Siqueira (2008, p. 1), o câncer tem sido responsável por seis milhões de mortes por ano, correspondendo a 12% das mortes mundiais. “Estima-se a ocorrência de mais de dez milhões de novos casos de câncer por ano, sendo que para o ano de 2020, espera-se que haja mais de 15 milhões de casos novos”. Para os autores

O câncer do colo do útero (CCU) ocupa o 2º lugar na incidência mundial de neoplasias, estando atrás, apenas do câncer de mama. Por ano, no mundo, ocorrem cerca de 235 mil mortes devido ao CCU, sendo 218 mil em países considerados pobres ou emergentes⁽⁴⁾, onde ocorre quase 60% dos casos novos de câncer, ocupando um lugar de destaque nas taxas de morbimortalidade entre a população feminina. Ressalta-se que na América Latina se encontram as mais altas taxas de incidência desta doença,

representando uma das causas de óbito mais freqüente entre as mulheres. [...] Não considerando os carcinomas de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na Região Norte (22/100.000). Já, nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição e no Sudeste (18/100.000) a quarta posição, estando assim associado a regiões brasileiras de baixo nível socioeconômico (RODRIGUES NETO; FIGUEIREDO e SIQUEIRA, 2008, p. 1).

Dentre os fatores causadores e facilitadores desse tipo de câncer, César et al. (2003), citam: fatores reprodutivos maternos tais como início precoce de atividade sexual e comportamento sexual masculino; baixo nível socioeconômico; múltiplos parceiros sexuais; higiene sexual precária; ocorrência de abortos (particularmente os induzidos); alcoolismo e tabagismo; e, uso de anticoncepcional oral. Domingos et al. (2007, p. 1) afirmam que “o câncer do colo do útero é um dos maiores problemas da saúde da mulher em todo o mundo. Estima-se que, a cada ano, ocorram, no mundo, 493.000 novos casos da doença e 274.000 mortes”.

“Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2002, 4.091 mulheres morreram, no Brasil, vitimadas por este tipo de câncer. Destas, 297 ocorreram no Estado do Paraná, na faixa etária de 30 a 49 anos” (DOMINGOS et al, 2007, p. 1).

Zeferino (2008) relata que no Brasil, o câncer do colo uterino é o terceiro mais freqüente, o qual é superado apenas pelos cânceres de pele e de mama. Trata-se da quarta causa de óbito entre as mulheres, superado apenas pelos cânceres de mama, do pulmão e do cólon-reto. No ano de 2003 foram registradas 4.110 mortes com câncer de colo uterino, correspondendo a 7% do total dos óbitos devido a câncer em mulheres. De acordo com o autor

Cerca de 90% dos cânceres de colo uterino originaram-se de células escamosas, sendo chamados de carcinomas escamosos ou carcinomas epidermóides, e outros 10% originaram-se de células glandulares, sendo então chamados de adenocarcinomas. Raramente, podem aparecer os dois tipos de células, e são chamados carcinomas adenoescamosos. Todavia, tem sido observado que a proporção de adenocarcinoma do colo uterino tem aumentado nas últimas décadas, particularmente em mulheres jovens (BULK et al., 2005 *apud* ZEFERINO, 2008, p. 68).

Segundo dados do INCA (2002 *apud* César et al., 2003, p. 1.366), “no Brasil, o câncer de colo uterino é o segundo entre os tumores ginecológicos malignos e o terceiro mais comum na população feminina. Representa 10% de todos os cânceres malignos em mulheres”.

De acordo com Albuquerque et al (2009) “a infecção prévia pelo papiloma vírus humano (HPV) tem sido apontada como o principal fator de risco para o câncer de colo de útero”. Fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo, situação conjugal e baixa condição sócio-econômica têm sido apontados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento dessa neoplasia.

Narchi; Janicas e Fernandes (2007) relatam que o câncer cérvico-uterino tem sua origem a partir de uma lesão intra-epitelial progressiva, a qual pode evoluir para um câncer invasivo dentro de um prazo em torno de 10 a 20 anos, caso não seja oferecido tratamento.

Conforme as autoras, durante o período de evolução da doença ela passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, lhe conferindo elevado potencial de prevenção e cura. Corresponde a cerca de 15% de todos os cânceres femininos, sendo o segundo tipo mais comum entre as mulheres. Ainda na visão das autoras, a mortalidade pelo câncer cérvico-uterino pode ser evitada devido à lenta evolução da doença e devido aos recursos tecnológicos, o diagnóstico e o tratamento oportunos das lesões precursoras, as quais são curáveis em até 100% dos casos. Entretanto, conforme as autoras, mesmo o Brasil ter sido um dos primeiros países a realizar os exames de colpocitologia e colposcopia, esse tipo de câncer ainda continua sendo um sério problema de saúde pública por manter uma das mais elevadas taxas de óbito, como pode ser verificado a seguir.

No Brasil, as ações de controle do câncer ginecológico iniciaram-se de forma programática em 1983, época de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou uma ampliação do foco de assistência à mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. No entanto, apesar das recomendações de implantação ou ampliação das atividades de diagnóstico do câncer cérvico-uterino e de educativas com vistas à prevenção da doença, por mais de uma década as ações de combate a essa doença foram desenvolvidas no país de forma desarticulada, por iniciativa de apenas alguns Estados e municípios (NARCHI; JANICAS e FERNANDES, 2007, p. 128).

Os autores pesquisados nesta revisão narrativa serviram de subsídios para a elaboração do plano de ação apresentado no próximo capítulo, cujo objetivo é aumentar a cobertura do exame de prevenção do câncer do colo do útero no Centro de Saúde Felicidade II.

5 PLANO DE AÇÃO PARA A AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DO EXAME COLPOCITOLÓGICO NO CENTRO DE SAÚDE FELICIDADE II

De acordo com a atividade realizada no Módulo da Saúde da Mulher foram constatados alguns problemas em relação à cobertura do exame colpocitológico no Centro de Saúde Felicidade II, o qual apresentou, em 2009, baixa cobertura. A partir daí foram detectados outros fatores que contribuem para o baixo índice de cobertura, aquém do que é preconizado pela Secretária Municipal de Saúde. Neste sentido, o plano de ação, descrito no Quadro 1, vem propor estratégias visando ampliar a cobertura do exame colpocitológico e minimizar os problemas levantados.

Acredita-se que, por meio da implantação do plano de ação sugerido, o Centro de Saúde Felicidade II terá maior e melhor desempenho de sua equipe, alcançando, com isso, o aprimoramento no atendimento da população alvo da instituição.

QUADRO1 - PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA DO EXAME DE PREVENÇÃO DO COLO DO UTERO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DO CENTRO DE SAÚDE FELICIDADE II

| PROBLEMA | ATIVIDADES | AÇÕES | META | RESPONSÁVEL | PERÍODO |
|--|--|---|---|---|--------------------------------|
| As ACS sentem inseguros para orientar às mulheres em relação aos cuidados para realizar o exame preventivo por falta de conhecimento | Educação em Saúde | Capacitação da equipe sobre a importância do exame colpocitológico | Nivelar o conhecimento dos membros da equipe. | Município /Gerência Regional de Saúde | Outubro/2011 |
| Enfermeiro não se sente capacitado para a realização do exame de Papanicolaou | Capacitação Técnica do enfermeiro para a realização do exame de Papanicolaou. | Solicitar à Ginecologista/enfermeira treinamento/capacitação do enfermeiro. | Instrumentalizar o enfermeiro para a realização coleta de material. | Enfermeira de outra Unidade Básica de Saúde Médico Ginecologista | Outubro/2011 |
| Baixo índice de cobertura do exame citológico. | Elaboração de um instrumento para coleta de dados para identificar as mulheres de 25 a 59 anos na área de abrangência do centro de saúde, e também para levantar quais os fatores que impeditivos para a realização do exame. Incluir as mulheres identificadas no arquivo rotativo. | Visita domiciliar | Visitar todas as mulheres dentro da área de abrangência da UBS | ACS | Novembro/2011 Dezembro/2011 |
| Baixo índice de cobertura do exame citológico. | Agendamento da consulta de enfermagem /consulta médica para atender as prioridades levantadas no diagnóstico da atividade anterior para realização do exame. Priorizar mulheres que nunca fizeram o exame ou que fizeram a mais de três anos. | Visita domiciliar Consulta de Enfermagem e consulta médica | Orientar as mulheres sobre o exame preventivo. Realizar o exame. | ACS Médico e enfermeira. | Janeiro/2012 |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---------------|
| O agendamento das consultas e marcado para datas muito distantes, o que geralmente faz com que a mulher esqueça. | Comunicação da data do exame com antecedência | Elaborar uma forma de entrar em contato com a paciente cinco dias antes da consulta agendada. | Diminuir o índice de ausência às consultas | ACS | Novembro/2011 |
| Desconhecimento das mulheres sobre o exame preventivo e os cuidados preparativos para o exame. | Orientação das mulheres sobre o exame e os cuidados preparativos para o exame. | Criar um informativo contendo as orientações sobre o exame e os cuidados para serem entregues às usuárias no momento da visita do ACS para informá-las da data e horário da consulta | Orientar todas usuárias | Enfermeiro ACS | Janeiro/2011 |
| Entrega de resultados dos preventivos sem alterações pelos ACS's. | Entrega do resultado do exame. | Agendar um dia na semana para a entrega dos resultados dos exames. Todos os exames deverão ser vistos pelo enfermeiro. Aqueles que apresentarem alguma alteração a paciente deve ser encaminhada ao médico. Técnico de Enfermagem Enfermeiro. | Orientar as usuárias. | Os exames com resultados normais serão entregues pelo técnico de enfermagem. Aqueles que apresentarem alguma alteração serão entregues pelo enfermeiro que deverá fazer os devidos encaminhamentos quando necessários | Dezembro/2011 |
| Entrega dos resultados de exames com alterações após consultas de retorno agendadas para usuárias. | Orientação, encaminhamento e acompanhamento da usuária. | Visita domiciliar Consulta de enfermagem/consulta médica. | Avaliar o estado de saúde da mulher. Acompanhamento e orientações | Médico e enfermeira | Janeiro/2012 |
| Monitoramento e acompanhamento | - Agendamentos anuais. - Elaboração um arquivo rotativo - Estabelecimento de Indicadores de acompanhamento e | - Controlar a marcação de consulta no intervalo de três anos se após dois anos consecutivos de coleta os resultados forem negativos para | Monitorar o exame preventivo. Acompanhar o estado de saúde das mulheres pela | Enfermeira e Técnico de enfermagem | Novembro/2011 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|----------------|
| | avaliação das ações votadas à saúde da mulher pela equipe de saúde. | displasia ou neoplasia. - Fazer a busca das usuárias faltosas aos exames e consultas. | equipe. | | |
| Falta de interesse e conscientização em relação à importância do exame preventivo. | Atendimento de Grupos | Retomar o grupo de mulheres onde serão abordados temas relativos à saúde da mulher. Realizar orientações por meio de palestras nos grupos operativos | Conscientizar as mulheres sobre a importância da realização do exame. | Equipe de Saúde | Fevereiro/2012 |
| Consulta é marcada com um médico do sexo masculino. | Agendamento com o enfermeiro quando possível | Reforçar com a paciente que durante a consulta estará presente uma Auxiliar de Enfermagem. | Diminuir a evasão do exame preventivo. Diminuir a resistência ao atendimento masculino | Disponibilizar uma auxiliar ou técnica de enfermagem para acompanhar o médico durante o exame. | Dezembro/2011 |
| Falta disponibilidade de horários mais flexíveis, pois há concentração de horário pela manhã. | Adequação da Agenda | Alterações na agenda com horários para adequar às necessidades dos usuários. | Marcar os exames preventivos para o horário da tarde. | Enfermeira e médico. | Janeiro/2012 |

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política da saúde tem como principal objetivo promover mudanças no intuito de melhorar o nível da saúde da população. Diante dos resultados apurados nesse estudo, percebe-se a necessidade das intervenções a serem efetuadas no Centro de Saúde Felicidade II, visando melhorar o índice de cobertura dos exames preventivos.

Assim, a realidade percebida no Centro de Saúde Felicidade II é que o desempenho da equipe exerce grande impacto no desenvolvimento das ações, alcançando, dessa forma, o objetivo de contribuir com o aprimoramento e a consolidação da assistência à saúde da população.

Como problemas levantados em relação a baixa cobertura da prevenção do câncer do colo do útero identificamos as seguintes: o ACS sentir inseguro para orientar às mulheres em relação aos cuidados para realizar o exame preventivo a falta de capacitação técnica para o enfermeiro realizar o exame de Papanicolaou; consultas agendadas para datas muito distantes, fazendo com que a mulher se esqueça do dia;.desconhecimento das mulheres sobre o exame preventivo e os cuidados preparativos para o mesmo; falta de interesse e conscientização em relação à importância do exame preventivo por parte das usuárias;.pudor da mulher diante do profissional de sexo masculino e falta de disponibilidade de horários mais flexíveis, com concentração das consultas no horário da manhã.

A partir dos problemas levantados, foram propostas as atividades, ações, metas e os responsáveis pelas atividades, no sentido de ampliar a cobertura das mulheres por meio da participação de toda a equipe de saúde. Desse modo, foi muito importante também a elaboração das estratégias para que o número de usuárias seja aumentado. Neste sentido, destaca-se o papel do enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde e que desempenha um importante papel na promoção da prevenção, educação e melhorias constantes nos serviços oferecidos à população.

Nesta direção, o Centro de Saúde Felicidade II deve se preocupar com a capacitação de seus funcionários, com a organização do processo de trabalho das equipes, bem com um investimento maior nas ações de promoção e prevenção da saúde conforme abordado neste estudo.

Desse modo, cabe a todos os profissionais atuar mais na prevenção, promoção e recuperação por meio de práticas educativas, promovendo campanhas palestras sobre a saúde da mulher; fornecendo orientações durante as consultas para que se possa reverter o quadro de baixo índice de cobertura no exame preventivo de câncer do colo do útero, alcance assim, a cobertura preconizada pela Secretária de Saúde o que vai refletir na melhoria da assistência a saúde à mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.M. et al. Cobertura do Teste de Papanicolau e Fatores associados à Não-Realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012>. Acesso em 6 nov. 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prevenção e Controle do Câncer do Colo de Útero**. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebatea/porta/mostravirtual/publicacoes/psf_atencaobasica.pdf>. Acesso em 01 abr. 2010.

CÉSAR, J.A. et al. Fatores Associados à não Realização de Exame Citopatológico de Colo Uterino no Extremo Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19,n.5, p.1365-1372, set/out, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n5/17808.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2010.

CORRÊA, D.A. D., VILLELA, W.V. O Controle do Câncer do Colo do Útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infantil** v.8, n.4,p.491-497, out/dez. 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Cobertura do Exame Citopatológico na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.191-197, jan/fev, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14919.pdf>>. Acesso em 16 jul. 2010.

DOMINGOS, A.C.P. et al. Câncer do Colo do Útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, 6 (Suplem. 2): p. 397-403. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5337/3385>>. Acesso em 5 nov. 2010.

HACKENHAAR, A.A.C., JURACI A., DOMINGUES, M.R. Exame Citopatológico de Colo Uterino em Mulheres com Idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.9,n.1 Mar, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100013>. Acesso em 16 jul. 2010.

MONTEMOR, E.B.L. et al. Controle do Câncer de Colo de Útero: o exame citopatológico. *In*: LOPES, M.H.B.de M. (org.). **Enfermagem na Saúde da Mulher**. Goiânia: AB, 2006. p. 45-65.

NAKAGAWA, J.T.T. SCHIRMER, J., BARBIERI, M. Vírua HPV e Câncer de Colo de Útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, Brasília, mar./abri. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021>. Acesso em 6 nov. 2010.

NARCHI, N.Z., JANICAS, R.de C.S. V., FERNANDES, R.Á.Q. Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino. *In*: FERNANDES, R.Á.Q., NARCHI, N.Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 127-149.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON. **Faculdade de Medicina** – UFMG. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/>>. Acesso em 12 dez. 2009.

PINTO, C.A.G., COELHO, I.B. **BH Vida**: pensando a implantação da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Belo Horizonte, passados 10 anos <<http://xa.yimg.com/kq/groups/15983109/953140003/name/Implantacao+do+BH+VIDA++Carlos+Gama+e+Ivan+Coelho%5B1%5D.pdf>>. Acesso em 01 mar. 2011.

RODRIGUES NETO, J.F; FIGUEIREDO, M.F.S.; SIQUEIRA, L.G. Exame Citopatológico do Colo do Útero: fatores associados a não realização em ESF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 10 (3): 610-21, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a07.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2010.

TAVARES, S.B. do N. et al. Controle da Qualidade em Citopatologia Cervical: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 53(3): 355-364, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao6.pdf>. Acesso em 17 jul. 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA. **Regulamento de Orientação Do Trabalho De Conclusão De Curso Do Curso De Licenciatura Em Letras – PORTUGUÊS-ESPANHOL**. Disponível em: <http://www.uepg.br/uepg_departamentos/delet/pdf/REG.%20PORT.%20ESPANHOL.pdf>. Acesso em 23 set. 2011.

ZEFERINO, L. Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino. *In*: LOPES, M.H.B. de M. (org.). **Enfermagem na Saúde da Mulher**. Goiânia: AB, p. 67-80, 2006.